



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**LA DEMARCHE QUALITE :
UN ENJEU POUR LES INSTITUTS
DE FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS**

Marie-Christine DORE

Remerciements

Remerciements

à Christine Quélier,
responsable de l'atelier
mémoire pour sa disponibilité,
ses conseils avisés
et à toutes les personnes qui
ont contribué, de près ou de
loin, à l'élaboration de ce
mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA DEMARCHE QUALITE TRANSPPOSEE A LA FORMATION INFIRMIERE	5
1.1 La qualité	5
1.1.1 Définition	5
1.1.2 Qualité et évaluation	6
1.1.3 Historique de la qualité	7
1.2 La démarche qualité.....	8
1.2.1 La qualité comme projet.....	8
1.2.2 Qualité et management	9
1.2.3 La cohérence de la démarche.....	10
1.2.4 L'écoute client.....	11
1.2.5 Accréditation, normalisation, certification	12
1.3 La formation infirmière.....	13
1.3.1 Son histoire.....	13
1.3.2 Ses caractéristiques	15
1.4 La qualité en formation.....	18
1.4.1 Le contexte national et européen.....	18
1.4.2 Des incertitudes.....	19
1.4.3 La qualité : un levier managérial	20
1.4.4 L'évaluation d'une formation	20
2 LES DEMARCHES QUALITE INITIEES DANS LES IFSI : ENQUÊTE SUR LE TERRAIN	22
2.1 Le cadre de l'étude	22
2.1.1 Les hypothèses de travail.....	22
2.1.2 La méthode.....	22
2.2 Les résultats : des points de divergence mais aussi de convergence	23
2.2.1 Données générales	23
2.2.2 La genèse et la mise en place de la démarche dans les quatre structures.....	25
2.2.3 Les enjeux	28
2.2.4 Les attentes	29

2.2.5	Les effets.....	30
2.2.6	Les ressources et les contraintes	31
2.2.7	Le sens des mots.....	32
2.3	Éléments de synthèse des résultats : des hypothèses partiellement vérifiées.....	33
3	STRATEGIE DU DIRECTEUR POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE	39
3.1	Des préalables à la mise en place de la démarche qualité.....	39
3.1.1	Instaurer un rapport de confiance.....	39
3.1.2	Professionnaliser les acteurs.....	41
3.1.3	Pérenniser la démarche.....	43
3.2	L'utilisation d'un référentiel qualité.....	44
3.2.1	S'approprier le référentiel qualité.....	45
3.2.2	Limiter le champ de la normalisation	45
3.3	L'étudiant au centre du dispositif	46
3.3.1	Etre à l'écoute des étudiants	46
3.3.2	Organiser l'alternance de la formation	47
	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	53
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé remplacée par la Haute Autorité en Santé (HAS).

AMP : aide médico-psychologique.

APHP : assistance publique des hôpitaux de Paris.

AS : aide-soignant(e).

CEFIEC : comité d'entente des formations infirmières et écoles de cadres.

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées.

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

DS: directeur des soins.

ENSP: Ecole Nationale de la Santé Publique.

ETP : équivalent temps plein.

IADE: infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat.

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat.

IFCS : institut de formation des cadres de santé.

IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

ISO : International Standardisation Organisation.

GERACFAS: Groupe d'Etudes, de Recherche et d'Actions pour la Formation Aide Soignante.

INTRODUCTION

Dans la construction de l'Europe, la formation occupe une place particulière ; depuis 1999, les accords de Bologne proposent qu'un espace européen de la formation supérieure soit créé. Les États membres sont invités à travailler sur des programmes communs, des indicateurs qualité européens et sur la création de réseaux entre organismes de formation. Les pratiques d'accréditation des formations professionnelles supérieures se développent. Le contexte européen voire mondial de la formation supérieure évolue donc vers une harmonisation des qualifications et, dans une moindre mesure, des cursus ; celle-ci ne pourra se faire sans analyser les formations existantes et développer une culture qualité.

Sur le plan national, la démarche qualité arrive dans l'organisation hospitalière, avec quelques années de retard par rapport au secteur industriel, grâce aux ordonnances de 1996¹ et à la création de l'ANAES. Mais les IFSI n'y sont pas intégrés : aucun référentiel n'a été proposé pour la formation initiale infirmière. Ils doivent obtenir un agrément délivré par le ministère de la Santé, après avis des DDASS, DRASS et du Conseil Supérieur des Formations Paramédicales². Celui-ci porte essentiellement sur l'organisation et la conception générales de la formation (listes des intervenants, des terrains de stage, règlement intérieur...).

Dans le secteur hospitalier, la deuxième version de l'accréditation³ attache une importance toute particulière à l'évaluation des pratiques professionnelles. Il devient donc indispensable de mesurer la qualité des apprentissages effectués en amont de l'exercice professionnel.

Au fur et à mesure que l'Europe se construit, que la qualité se structure au niveau national, la décentralisation se poursuit et concerne maintenant la formation infirmière⁴. Devant les enjeux financiers qu'elle représente, le conseil régional, qui découvre ce

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel du 25 avril 1996.

² Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, titre V.

³ ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation*. Septembre 2004.

⁴ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel n°190 du 17 août 2004.

domaine, va interroger les IFSI sur leur fonctionnement. Au cas où ce transfert de charges aboutirait à une mutualisation des IFSI, l'anticipation au regard de l'évaluation de la qualité de la formation s'impose.

Toutes ces évolutions vont nécessairement avoir un impact sur les structures de formation elles-mêmes, notamment en terme de management pour le directeur. En effet, selon le décret 2002-550 (et l'arrêté du 30 mars 1992, titre II, relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI), le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales, est responsable sous l'autorité du chef d'établissement :

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

...Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines »⁵. Contrairement aux missions du directeur des soins gestion, la qualité n'est pas abordée dans ce texte législatif pour le directeur d'école mais pour la conseillère pédagogique régionale.

Pourtant, le directeur d'institut est responsable de la mise en œuvre du projet d'école, donc de la cohérence et de l'efficacité de la formation dispensée. Il sera à l'initiative de la démarche qualité qui va mobiliser l'ensemble de l'équipe ; elle aura des effets sur la dynamique interne et sur le développement des compétences des formateurs. La qualité peut aussi être utilisée comme outil de management externe et fournir une image de vitalité à l'environnement de l'IFSI (l'établissement de rattachement, les terrains de stage, les tutelles). Actuellement, excepté quelques repères quantitatifs, les indicateurs qualité y sont très peu développés. Les processus mis en œuvre ne sont pas clairement identifiés donc non évalués et le traitement des dysfonctionnements reste ponctuel.

Ainsi, l'arrivée de la qualité dans le champ de la formation infirmière va inciter les instituts à s'interroger sur leur service rendu et sera source de changements, que le

⁵ Décret n°2002-550 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel du 23 avril 2002.

directeur doit anticiper et accompagner. Conduire une démarche qualité suppose d'adopter un mode de management fondé sur la démarche projet. Et, en ce sens, nous pouvons nous interroger sur la nécessité de l'engagement d'un IFSI dans un processus d'évaluation de la qualité de la formation ; en quoi la mise en œuvre d'une démarche qualité constitue-t-elle un levier de management pour le directeur des soins ?

En tant que futur directeur d'IFSI, ce travail poursuit donc trois objectifs :

- élargir nos connaissances en matière de démarche qualité appliquée à la formation
- approfondir la réflexion sur les enjeux managériaux de la mise en place d'une démarche qualité
- anticiper les évolutions à venir dans le cadre de la régionalisation de la formation.

A la lumière des démarches qualité développées dans l'industrie puis dans les établissements publics de santé, nous évoquerons, dans une première partie, comment celle-ci peut se concevoir pour la formation en soins infirmiers, formation professionnelle organisée en alternance. Puis, une enquête menée dans quatre structures de formation viendra préciser les enjeux et les effets de l'engagement dans un processus d'évaluation de la qualité des prestations fournies. Enfin, compte tenu de la nécessité d'une forte implication du directeur des soins, une stratégie de mise en œuvre sera proposée quant à la nécessaire préparation de la démarche, l'utilisation d'outils adaptés et la place de l'étudiant dans le dispositif de formation.

1 LA DEMARCHE QUALITE TRANSPPOSEE A LA FORMATION INFIRMIERE

1.1 La qualité

Après en avoir donné une définition et abordé un autre concept qui lui est lié, à savoir l'évaluation, quelques données historiques sur le phénomène permettront d'en comprendre l'ampleur actuelle.

1.1.1 Définition

La signification du mot qualité a évolué ; « D'un aspect suscitant un jugement favorable ou défavorable sur quelque chose »⁶, elle devient ce qui fait la valeur de quelque chose, ce qui rend quelqu'un remarquable.

Cette notion est difficile à définir car elle revêt un caractère multidimensionnel qui dépend du point de vue adopté. Pour le consommateur, la qualité est l'aptitude d'un produit à satisfaire ses besoins ; pour le producteur, c'est produire au moindre coût, dans un délai le plus court possible, un produit correspondant aux besoins de ses clients. Pour le manager, la qualité peut se traduire par la mise en œuvre d'une politique qui va mobiliser les personnels pour améliorer le fonctionnement de l'organisation.

Face à ces différents points de vue, l'Association Française de Normalisation (AFNOR), dans sa norme ISO 8402, définit la qualité comme « l'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. » Cette définition est présentée comme un résultat à atteindre où le client joue un rôle primordial puisque ses besoins explicites ou non doivent être, au préalable, analysés et décrits. Cette association définit, par ailleurs, l'assurance qualité comme un ensemble de dispositions visant « à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites ».

⁶ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse p.8633

1.1.2 Qualité et évaluation

La recherche de la qualité est inévitablement associée à l'évaluation qui en est une phase importante ; en la matière, il est important de définir la fonction attribuée à celle-ci et d'en préciser les objectifs.

➤ Définition et fonctions de l'évaluation

Définir le concept d'évaluation n'est pas chose facile car chaque courant théorique en évaluation a élaboré sa propre définition dans le champ qui le concerne. Selon C.Hadji, « Evaluer, c'est procéder à une analyse de la situation et à une estimation des conséquences probables de son acte dans une telle situation ». Dans un sens très général, il définirait l'évaluation comme la gestion du probable : celle-ci « se déploie dans l'espace ouvert entre doute et certitude par la volonté d'exercer une influence sur le cours des choses, de « gérer » des systèmes en évolution, l'homme constituant le premier de ces systèmes »⁷. Cette définition correspond à ce qu'est l'évaluation de la qualité d'une organisation dans la mesure où il s'agit bien d'acteurs et d'interactions entre eux.

En ce qui concerne les fonctions, C.Hadji les décrit par rapport à l'apprenant mais elles sont tout à fait transposables à l'évaluation de la qualité d'un service. Le premier rôle joué par l'évaluation est de faire un « *inventaire* » de ce qui existe, un bilan ; le deuxième est « *diagnostique* », c'est-à-dire expliciter les forces et les faiblesses de l'organisation et le troisième, dit « *pronostique* », consiste à guider, orienter dans les choix à faire, en s'appuyant sur les ressources du système exploré.

➤ Les objectifs de l'évaluation

Après avoir évoqué les trois fonctions de l'évaluation, il faut en définir le ou les objectifs. En effet, évaluer la qualité d'une prestation ou d'un service peut conduire à apprécier plusieurs critères :

- L'efficacité : « capacité d'une organisation, d'un processus ou d'une entité opérationnelle à satisfaire, à chaque fois du premier coup, les exigences et les attentes des clients ».⁸

⁷ HADJI C. *l'évaluation, règles du jeu*. Paris : ESF éditeur. 1995, p16-17. Collection Pédagogies.

⁸ BERNARD C-Y. *Le management par la qualité totale*. Paris La Défense : Editions AFNOR , 2000 . 327p.

- L'efficience : « d'une organisation à utiliser les ressources, les moyens et les approches les plus pertinentes et optimales pour assurer ce résultat (maîtrise des coûts, qualité, adaptabilité...) »⁹.
- La cohérence : « propriété de ce qui est cohérent, dont les parties s'enchaînent bien et présentent entre elles des rapports logiques ».¹⁰
- La conformité : « état de deux ou plusieurs choses semblables entre elles, en harmonie, concordance ou accord ».¹¹
- La pertinence : « qualité de ce qui est logique, parfaitement approprié, adapté, qui fait preuve de justesse dans son raisonnement. Se dit de ce qui manifeste de la compétence ».¹²

En fonction du but poursuivi par l'évaluation, les moyens mis en place pour la réaliser sont différents ; par exemple, lorsqu'il est question d'efficience, une étude des coûts est effectuée.

Mais, pour mieux appréhender ce concept de qualité, il faut comprendre comment il s'est développé.

1.1.3 Historique de la qualité

La recherche de la qualité apparaît dans les entreprises à la fin du dix-neuvième siècle avec la révolution industrielle. Elle a évolué au cours du temps ; tout d'abord, son objectif a été d'inspecter chaque produit final et de supprimer les non conformes. Mais, avec l'accroissement de la production, cette méthode est devenue coûteuse d'autant qu'elle n'avait pas d'influence en amont sur les modes de fabrication. Elle va donc s'orienter vers un contrôle par échantillonnage statistique des produits puis des procédés de fabrication, qui pourront être modifiés pour anticiper les défaillances.

Puis, après la deuxième guerre mondiale, les Etats-Unis veulent étendre les normes de qualité élaborées pour le matériel militaire au secteur civil. La qualité va donc se tourner vers le mode d'organisation des entreprises puis vers la satisfaction des clients. Elle ne se limite plus à un service d'assurance qualité mais s'étend à un système de management de la qualité nécessitant la participation de tous. C'est ainsi qu'au début des années quatre-vingt, est créée l'International Standardisation Organisation (ISO) qui a pour mission de d'élaborer des normes internationales et des guides en matière de

⁹ Ibid

¹⁰ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse p.2354

¹¹ Ibid p.2509

¹² Ibid p.8015

management et d'assurance de la qualité. En 1987, les premières normes ISO 9000 sont publiées.

Dans le même temps, un autre pays très touché par la guerre, le Japon, va être confronté à la reconstruction de son industrie et l'amélioration de l'image de marque de ses produits. Pour cela, les dirigeants et les chefs d'entreprise ont opté pour des actions de formation massives de tous les acteurs de la production, qui ont abouti à la constitution de cercles de qualité ; ces groupes pluriprofessionnels avaient pour mission d'analyser et de traiter les problèmes rencontrés.

Ces deux pays ont utilisé une porte d'entrée différente dans la qualité : le premier s'est intéressé à la réalisation d'un produit et le deuxième, à l'implication des hommes de l'entreprise, leur motivation et leurs idées. Ces deux aspects, technique et humain, sont indispensables pour augmenter l'efficacité économique d'une organisation.

La qualité s'est donc installée dans les entreprises sous une forme dynamique d'amélioration continue et devient un outil de management pour les dirigeants qui sont, maintenant, à la recherche de la qualité totale voire du modèle d'excellence. La démarche qualité apparaît alors et va rapidement s'orienter vers la recherche de l'efficacité et la satisfaction du client.

1.2 La démarche qualité

Sa mise en œuvre est celle d'une démarche projet et repose sur quelques principes essentiels que sont le management, la maîtrise de quatre dimensions essentielles (stratégique, culturelle, structurelle, technique) et l'écoute client.

1.2.1 La qualité comme projet

Selon JP. Boutinet, «le projet matérialise la pensée, ce qui donne l'occasion à l'auteur de mieux savoir ce qu'il veut ; il communique la pensée, ce qui permet à autrui de ne pas rester indifférent face à l'intention qui lui est présentée »¹³. Il associe donc les deux moments de l'activité de création : le moment de la conception et celui de la réalisation.

¹³ BOUTINET JP. *Psychologie des conduites à projet*. Paris : Presse Universitaire de France, avril 2004 ; 126p. Collection Que sais-je ?

Mettre en projet, c'est donner du sens à l'initiative, la rendre plus pertinente, plus attractive et fédératrice ; c'est aussi permettre l'anticipation donc agir en intégrant les forces, les résistances, les atouts et les contraintes. En fixant un sens, un cadre, le projet donne aux acteurs une liberté d'action orientée, donc plus d'autonomie pour l'individu ou pour le groupe. Il va être source d'efficacité : il oriente l'énergie des acteurs vers un but, nécessite de poser des objectifs et de s'organiser. Enfin, il renforce la motivation des acteurs qui se sentent engagés et responsabilisés dans ce projet puisqu'ils sont investis d'une mission, d'un rôle dans un cadre bien défini.

La démarche projet fait son apparition dans les entreprises autour des années 1980, date à laquelle la qualité va aussi être formalisée. Elle vient répondre à des exigences de l'époque : responsabilisation, valorisation de la ressource humaine, participation aux décisions et désir d'autonomie.

Sa mise en place a inévitablement des effets sur le management.

1.2.2 Qualité et management

Elle va permettre de concilier deux formes de management : directif par la définition, le cadrage du projet et participatif parce qu'elle introduit la concertation quant aux modalités d'action. « Le management par projets instaure un style d'autorité qui se veut plus démocratique mais pas moins exigeant sur les résultats rendus nécessairement plus visibles et attribués à des individus plus responsables. »¹⁴ La régulation se fait plutôt par la négociation, le consensus, la concertation et la recherche en commun de solutions. Il est surtout participatif dans la mesure où l'amélioration du système va se décliner en projets que les acteurs concernés sont les mieux à même de faire évoluer. Leur participation à la mise en œuvre du projet qualité leur permet de s'approprier les objectifs, de proposer les actions d'amélioration les plus pertinentes et de s'investir dans le changement.

Par ailleurs, pour animer et mobiliser l'équipe autour des processus à améliorer, le dirigeant fait appel à ses qualités de leader plus que de manager ; créer la dynamique du groupe nécessite adaptation, fermeté, diplomatie et sens de la négociation. Il concilie les intérêts de l'entreprise et ceux des individus qui la composent.

Le management par projet va introduire la notion de transversalité dans l'organisation et favoriser le décroisement. Cependant, l'installation de cette forme de management ne peut être que progressive, habilement menée et souple car elle va soulever de nombreuses résistances liées aux habitudes, à l'histoire et aux mentalités.

¹⁴ BELLENGER L. *Piloter une équipe* projet. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, Collection Formation Permanente. Janvier 2004, p.42

Pour garantir l'efficacité et la pérennité de la démarche, le management doit être structuré en système de management de la qualité qui permettra d'établir une politique, des objectifs et leur atteinte.

1.2.3 La cohérence de la démarche

Compte tenu de son ampleur, quatre dimensions du management, décrites par Shortell¹⁵, sont à prendre en compte pour en assurer la cohérence.

➤ La dimension stratégique

La stratégie, terme emprunté au vocabulaire militaire, est « l'art de combiner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but »¹⁶ ou encore, « la conception et l'exécution de toutes les opérations permettant, grâce aux moyens dont on dispose, d'atteindre un but déterminé quelles que soient la nature ou la dimension de ce but »¹⁷. C'est dans cette dimension que vient s'inscrire la politique qualité de la structure c'est-à-dire, selon la norme ISO 9000, « les orientations et objectifs généraux d'un organisme, concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau »¹⁸. Celle-ci permet donc de clarifier les objectifs de l'entreprise, d'établir des priorités sur lesquelles les professionnels vont se mobiliser au quotidien. Les processus clés sont identifiés et leur amélioration rend plus efficiente la démarche mise en œuvre.

➤ La dimension culturelle

Elle fait référence à l'histoire de la structure, aux valeurs, aux normes et aux représentations qui y sont véhiculées. L'évolution de la culture nécessite du temps et se fera progressivement en développant le travail en équipe et l'esprit d'ouverture. Cette dimension est la plus délicate à prendre en compte et fait appel à des compétences en matière de conduite du changement. En effet, la culture de l'évaluation et l'approche positive de l'erreur sont des notions qui vont devoir être appréhendées comme des

¹⁵ SHORTELL SM. cité in Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Avril 2002. p.19

¹⁶ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse p.9826 (3)

¹⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Avril 2002. p.28

¹⁸ Ibid p.28

opportunités d'amélioration ; de plus, l'approche client nécessite d'accepter son regard sur la qualité du service.

➤ La dimension structurelle

Elle consiste à organiser la démarche en désignant les acteurs qui vont la coordonner selon deux composantes :

- le comité de pilotage qui légitime et soutient la démarche en définissant les objectifs, les priorités et les stratégies ; il a également un rôle décisionnel.
- une cellule qualité plus opérationnelle qui va coordonner les différentes actions conduites et structurer le système qualité. Elle s'intéresse à la méthode, aux outils de la qualité et organise la circulation de l'information concernant les différents travaux à mener.

Ces deux structures sont complétées par la mise en place de groupes de projet qui proposent des actions sur des thèmes ciblés.

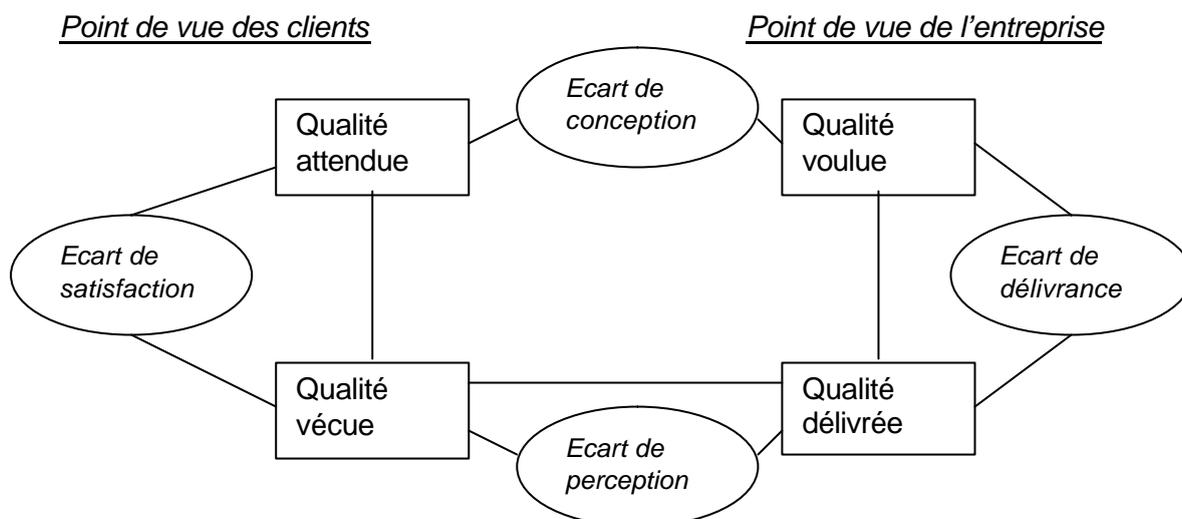
➤ La dimension technique

Elle repose sur des savoir-faire qu'il faut maîtriser pour mener à bien cette démarche notamment la gestion de projets, l'organisation d'un système qualité avec l'écoute client, la gestion du système documentaire et les processus clés. Enfin, il est nécessaire de choisir des méthodes et des outils qualité maîtrisés et homogènes sur l'ensemble de la structure. Cette dimension nécessite également un système d'information performant.

1.2.4 L'écoute client

Elle est indispensable pour le développement et la pérennité des entreprises. Satisfaire les besoins et les attentes des clients influence le travail quotidien des professionnels et oriente inévitablement les choix stratégiques des entreprises. La complexité réside parfois dans l'identification des clients, notamment pour les services et dans la part de subjectivité, contenue dans l'expression de la satisfaction du client. En effet, il faut distinguer la qualité attendue par le client, celle qui est perçue et exprimée, la qualité voulue par l'entreprise et celle qui est délivrée réellement.

L'écoute client permet de travailler sur les écarts de conception, de perception et de satisfaction comme le montre le schéma ci-après ¹⁹:



Au-delà du monde de l'industrie, la qualité va aussi investir le champ des services et notamment celui de la formation professionnelle où les travaux de normalisation débiteront dans les années 1990. Dans le domaine sanitaire, il a fallu attendre la loi hospitalière de 1991²⁰ et les Ordonnances de 1996²¹ pour que soit rendue obligatoire l'accréditation des établissements de santé.

1.2.5 Accréditation, normalisation, certification

Depuis la parution des textes législatifs cités précédemment, ces termes sont très souvent employés au risque de n'en plus connaître la signification exacte ; ce qui est pourtant nécessaire pour s'engager dans la démarche qualité.

L'accréditation est définie comme « une procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques ». ²²C'est une forme de management externe de la

¹⁹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Avril 2002. p.14

²⁰ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel du 2 août 1996.

²¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel du 25 avril 1996.

²² CHAUVIGNE C. /ed. *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*. Rennes : Editions de l'ENSP, 2004, p.55.

qualité qui reconnaît les différences entre les organismes car elle appuie son analyse sur leur contexte et leurs potentialités au regard des finalités poursuivies.

La normalisation « consiste à définir des manières de procéder reproductibles et permanentes afin d'assurer des caractéristiques identiques à un produit ou un service ». ²³

Ceux-ci deviennent plus homogènes et interchangeableables puisque conformes aux exigences énoncées par la norme. Par exemple, la norme ISO 9001 s'intéresse au système de management de la qualité, qui doit respecter certaines spécifications (relatives à la responsabilité de la direction, au management des ressources...) assorties de six procédures obligatoires. La normalisation des activités d'un organisme peut lui permettre d'accéder à la certification.

La certification est une procédure d'évaluation externe par laquelle un organisme tiers (reconnu et impartial) donne l'assurance écrite (un certificat) qu'un produit, un service ou un système qualité est conforme à des exigences spécifiées.

Après avoir abordé le domaine complexe de la qualité, notre intérêt va se porter sur la formation infirmière et ses particularités.

1.3 La formation infirmière

La formation infirmière est intimement liée à l'histoire de la profession et aux progrès de la médecine au cours des siècles, qui vont influencer la conception des programmes de formation. Progressivement, elle va devenir une formation professionnelle structurée par différents projets et fondée sur l'alternance.

1.3.1 Son histoire

En 1922 est créé le Brevet de Capacité Professionnelle et, en 1943, il devient obligatoire de justifier d'un diplôme pour exercer la profession d'infirmière. Trois ans plus tard, la loi du 8 avril 1946 en précise l'exercice : « toute personne qui donne habituellement, ... des soins prescrits et conseillés par un médecin ». ²⁴ Puis vont se succéder 5 programmes de formation :

²³ Ibid

²⁴ Sous la direction de GOUDEAUX A., LORAUX N., SLIWKA C. *Formateurs et formation professionnelle*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. p.19. Collection fonction cadre de santé.

➤ Le programme des études de 1951

Dans un contexte de progrès de la science et des techniques médicales, ce programme, d'une durée de deux ans est déjà construit sur l'alternance ; l'enseignement théorique est dispensé par les médecins, les pharmaciens et l'enseignement pratique par les monitrices qui ont plutôt une fonction de répétiteur. La première année est commune aux élèves infirmières, assistantes sociales et sages-femmes.

➤ Le programme des études de 1961

Les structures hospitalières, les sciences médicales et sanitaires se développent ; ce programme devient spécifique à la formation infirmière et est axé sur la pratique. L'accent est mis sur le rôle technique de l'infirmière, auxiliaire du médecin. L'enseignement est, en partie, assuré par des monitrices, qui se considèrent, elles aussi, comme des exécutantes d'enseignement.

➤ Le programme des études de 1972

Il arrive dans le contexte de la première réforme hospitalière de 1971 et de la volonté de construire l'Europe, d'où son allongement de quatre mois au profit de l'enseignement théorique. Il énonce le rôle infirmier en terme de réponse aux besoins de santé et les soins infirmiers recouvrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. On assiste à une diversification des intervenants et à une disparition du terme « monitrice » dans les textes concernant la formation. Le niveau d'études demandé pour entrer à l'école d'infirmières est le BEPC (Brevet d'Etudes du Premier Cycle) et pour pallier à la pénurie d'infirmières de l'époque, de nombreuses structures de formation vont être ouvertes.

➤ Le programme des études de 1979

La durée des études passe de 28 à 33 mois pour permettre la reconnaissance du diplôme au niveau européen. Les étudiants en soins généraux et en psychiatrie suivent une première année commune de formation ; le rapprochement de ces deux secteurs s'annonce. Faisant suite à une nouvelle définition de l'infirmière (loi du 31 mai 1978), il « officialise la reconnaissance du rôle propre, l'enseignement de la démarche de soins et

l'introduction des sciences humaines ». ²⁵Une réelle réflexion s'engage sur les soins infirmiers et les connaissances à transmettre, renforcée par la parution des deux décrets d'actes professionnels (10 mai 1981 et 17 juillet 1984).

➤ Le programme des études de 1992

Il fait suite à une deuxième réforme hospitalière, celle du 31 juillet 1991, précisée par les ordonnances du 24 avril 1996 qui vont, entre autres, soumettre l'hôpital à l'évaluation, par un organisme externe, de la qualité des soins dispensés. Les élèves infirmiers deviennent des étudiants et les écoles, des instituts ; la scolarité est allongée à 37,5 mois et la formation est identique pour les étudiants infirmiers en soins généraux et pour les étudiants en psychiatrie. Ce programme officialise l'enseignement des diagnostics infirmiers, de la relation d'aide et de la recherche en soins infirmiers ; il met en place le suivi pédagogique pour accompagner les étudiants, qui occupent alors une place plus importante dans le dispositif. Mais, ni dans la réforme hospitalière, ni dans ce programme encore en vigueur à l'heure actuelle, il n'est prévu d'évaluer la qualité de la formation.

1.3.2 Ses caractéristiques

➤ Une formation professionnelle

La formation infirmière conduit à l'exercice d'une profession. Selon le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, publié en 2005, une profession se définit par ses règles d'accès (une formation sanctionnée par un diplôme). C'est un « ensemble d'activités identiques nécessitant la maîtrise de savoir-faire spécifiques requis ou mis en œuvre dans une situation de travail,... ». Elles exigent aussi des connaissances spécialisées mises en lien avec un savoir-faire déterminé par la pratique ; les professionnels ne peuvent être évalués que par des pairs.

La formation professionnelle prépare explicitement à l'exercice durable d'un travail organisé et reconnu. « Elle comporte en général plusieurs dimensions :

- Le développement des compétences nécessaires à l'accomplissement de l'acte professionnel (savoir-faire) ;
- L'appropriation des connaissances qui fondent cet acte professionnel (savoir) ;

²⁵ Ibid p.27

- La socialisation, c'est-à-dire l'acquisition des valeurs et attitudes spécifiques au groupe professionnel (savoir-être). »²⁶

Elle implique une formation intellectuelle orientée vers des principes généraux et la manière de les appliquer : les étudiants en soins infirmiers vont acquérir la même forme de pensée que leurs pairs pour entrer dans la profession et appartenir au même corps.

La formation infirmière est structurée par différents projets :

- Le projet d'école ou projet d'organisation de la structure :

Conçu pour trois à cinq ans, il permet de développer une vision prospective qui prend en compte les évolutions de l'environnement. Il donne du sens au quotidien et favorise le développement de compétences individuelles et collectives par l'implication et la participation des formateurs à sa conception. S'intéressant à l'ensemble des domaines du fonctionnement général de l'institut, il repose sur l'identification des axes de progrès possibles. En particulier, la gestion de la qualité et des risques va concerner les domaines matériels (sécurité des biens et des personnes), administratifs (respect des procédures réglementaires) et pédagogiques (cohérence de la formation...).

- Le projet pédagogique ou de formation :

Sous la responsabilité du directeur de l'institut, il est construit par l'équipe pédagogique, en référence au programme ministériel et au référentiel du métier préparé (quand il existe). Il place l'étudiant au centre du dispositif de formation et inclue donc des principes pédagogiques, les objectifs généraux de formation et l'organisation du dispositif de formation (planification des séquences d'enseignement, alternance cours/stages...).

- Les projets d'enseignement ou ingénierie pédagogique

Ils concernent chacun des modules d'enseignement qu'il soit obligatoire, transversal ou optionnel ; leur contenu est validé par l'ensemble des formateurs et le directeur de l'institut. Leur conception pose plusieurs questions : celles des pré-requis, du contenu à transmettre, des méthodes pédagogiques pertinentes à choisir et du dispositif d'évaluation.

²⁶ LESSARD C. BURDONCLE R. « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? ». *Revue Française de Pédagogie*, n°139, 2^{ème} trimestre 2002, p.134.

L'ensemble de ces projets doit faire l'objet de communication et d'échanges avec les usagers du système, à savoir les étudiants, et avec les partenaires de la formation puisque celle-ci est aussi construite sur la base de l'alternance.

➤ Une formation en alternance

L'alternance, c'est reconnaître l'existence de savoirs différents, enseignés à l'école et reconnaître les vertus apprenantes de l'action effectuée dans le milieu de travail : on apprend en faisant, et faire développe l'intelligence pratique. Et, « dans le champ de la formation professionnelle, il existe une étroite corrélation entre l'intelligence dans l'action et la compétence ». ²⁷

La formation en alternance développe l'identité professionnelle des personnes en formation ; elle permet d'acquérir des compétences professionnelles, une capacité à se situer professionnellement et à développer un projet professionnel à plus long terme.

Si l'alternance fait son apparition en pédagogie dans les années 1980, elle est inscrite dans la formation infirmière depuis l'apparition du premier programme de formation en 1951. La formation infirmière a pris ses racines sur le terrain ; le savoir théorique a été formalisé dans un deuxième temps.

L'alternance en est une composante essentielle puisque les stages en représentent la moitié du temps. Jean Houssaye²⁸ a identifié 3 types d'alternance qui se réfèrent à des courants pédagogiques différents :

- l'alternance juxtaposition : les stages sont utilisés pour que l'apprenant prenne conscience du milieu professionnel où il s'engage et reste motivé pour apprendre ; l'entrée dans la vie professionnelle le rend plus responsable. Le schéma pédagogique est traditionnel avec beaucoup d'apports magistraux et peu d'exploitation du stage. Le travail intellectuel a une valeur supérieure à la pratique qui est considérée comme un lieu d'essai, de mise en application des connaissances.
- L'alternance exploitation : l'expérience professionnelle est utilisée dans la formation, le rapport enseignant – enseigné se transforme en relation d'accompagnement. Les va-et-vient entre les lieux et les types de savoirs permettent à l'étudiant de se poser des questions, de réfléchir aux réponses éventuelles donc d'être acteur de sa formation.

²⁷ JOBERT G., *L'intelligence au travail*, in GOUDEAUX A., LORAUX N., SLIWKA C., *Formateurs et formation professionnelle*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. p.76

L'alternance production : le formé apprend en travaillant ; l'apprentissage se fait par l'activité qui favorise l'élaboration et la construction des savoirs. Le travail et la formation sont considérés comme une seule et même activité.

L'alternance est un système de formation à construire entre le lieu du travail et le lieu de la formation, entre lesquels il faut organiser les relations et la complémentarité.

« Ce n'est pas la juxtaposition de deux formations mais l'intégration de deux systèmes aux logiques différentes, celui de l'école et celui du travail ». ²⁹ Elle nécessite donc un partenariat sur trois niveaux :

- Institutionnel : en l'occurrence, des textes réglementaires viennent définir les responsabilités de chacun dans la formation infirmière à savoir l'Etat, les établissements support et maintenant la Région.
- Organisationnel : l'institut de formation et l'hôpital, de par les deux directeurs des soins, s'impliquent de façon concertée dans la formation.
- Opérationnel : il est souhaitable qu'il y ait contractualisation entre l'étudiant, le formateur et le tuteur sur le lieu de stage, qui vivent et font vivre l'alternance.

Celle-ci apparaît donc comme un lieu d'interface où il va falloir construire des objectifs de formation communs, dans le respect des spécificités de chacun.

Il y a donc différentes manières de développer l'alternance dans une formation et le choix qui sera fait va interférer sur sa cohérence. La participation des services de soins pour moitié les rend partie prenante de son efficacité. Il va falloir prendre en compte cette alternance dans l'évaluation de sa qualité.

1.4 La qualité en formation

1.4.1 Le contexte national et européen

Les interrogations sur la qualité de la formation datent de la parution de la loi du 16 juillet 1971 qui vient structurer la formation professionnelle continue. En effet, du fait de la contribution obligatoire des employeurs pour financer des actions de formation, un vaste marché allait s'ouvrir. De 1986 à 1990, le nombre d'organisme de formation à but lucratif

²⁸ HOUSSAYE J., « L'alternance dans une histoire des courants pédagogiques ». *Revue POUR*, Juin 1997, n°154, pp11-23.

²⁹ SCHNEIDER J. *Réussir la formation en alternance*. Paris : INSEP Editions, 1999, p30.

a pratiquement doublé. Le mouvement des idées sur la qualité de la formation va s'organiser selon trois axes :

- Le rapport Brunhes sur les formations professionnelles financées par l'Etat qui propose une analyse critique fondée sur la qualité des prestations.
- Le projet gouvernemental d'habilitation des organismes de formation qui marque la volonté de l'Etat de réguler le marché de la formation.
- Le lancement d'un programme d'études et de recherches de la Délégation à la formation professionnelle sur la qualité de la formation. Celui-ci a posé la question de la transposition des principes qui fondent les démarches qualité à l'activité de la formation, avec la difficulté de la mesure.

Ces débats vont s'étendre au niveau européen et s'enrichir des expériences de chacun des pays membres. Trois axes d'orientation semblent se développer : la professionnalisation des prestataires de formation (réflexion sur les outils de la qualité et une référence professionnelle commune), un renforcement de la compétence des demandeurs de formation (notamment pour l'élaboration du cahier des charges) et un réexamen de la pertinence des démarches qualité, en reconsidérant la place de l'apprenant. Compte tenu de la diversité des cursus de formation professionnelle, leur harmonisation est difficile. Par ailleurs, l'introduction de la qualité dans la formation a suscité un questionnement important.

1.4.2 Des incertitudes

Au regard de la qualité, la formation est considérée comme un service dont l'organisme de formation est le prestataire ; ce service est donc immatériel (c'est un acte), non stockable avec une participation du client à sa production. « Tout, dans l'acte pédagogique, n'est sans doute pas objectivable parce que la relation de face-à-face est toujours plus ou moins aléatoire ».³⁰ Certains auteurs se questionnent quant à la généralisation des démarches qualité à la formation ; « celle-ci n'est pas réductible à une instrumentation mécanique d'agents qu'il faudrait transformer pour les rendre adaptables à de nouvelles tâches. La formation est une relation et non pas une transformation de matière première en produit calibré ».³¹ En effet, l'apprenant est un sujet en phase de changement qui a des projets et qui, souvent, est acteur de sa formation ; de lui,

³⁰ ABALLEA F. « Les démarches qualité en formation : de la qualité virtuelle à la qualité réelle ». *Education permanente*, Janvier 1996, n°126, p.146.

³¹ VIAL M. « Les missions du formateur et la qualité : entre désignation et attribution ». *Education permanente*, Février 2001, n°147, p.121.

dépendent, en partie, l'efficacité et la qualité de la formation. Il va donc être nécessaire de spécifier la place et le rôle de chacun dans les divers processus interdépendants et de favoriser une négociation des critères d'évaluation entre les différents acteurs de la formation (l'organisme de formation, l'apprenant et le ou les commanditaires).

1.4.3 La qualité : un levier managérial

Poser la question de la qualité d'une formation vient interroger un certain nombre de fonctions de l'organisme qui la dispense. Elle permet :

- De se centrer sur la mission essentielle : répondre au besoin de l'apprenant, situer sa place et son rôle dans le processus de formation. Celui-ci va donc être questionné, notamment sur sa capacité à développer l'autonomie de l'apprenant et à susciter son engagement dans les apprentissages qui le concernent.

- De prendre en considération les différents acteurs de la formation, les interactions entre eux et leurs intérêts parfois divergents quant au développement d'une démarche qualité. La qualité n'est pas définie d'avance ; elle se construit en équipe et personnellement ; elle nécessite d'identifier les compétences collectives, individuelles et d'explicitier le rôle de chacun (formateurs, direction, secrétariat...).

- De formaliser un certain nombre d'activités menées par l'organisme de formation, et donc d'en organiser la traçabilité, le suivi, le contrôle et/ou l'évaluation.

Par ailleurs, s'intéresser à la qualité d'une formation implique de passer par une phase d'évaluation incontournable.

1.4.4 L'évaluation d'une formation

Elle va permettre de donner du sens à la démarche et nécessite l'implication de tous les acteurs. Selon Michel Vial, l'évaluation est un rapport aux valeurs ; il distingue 3 conceptions de l'évaluation d'une formation qui sont autant de portes d'entrée dans cette pratique :

- une centration sur les produits de la formation : il s'agit d'une évaluation externe pour plus de transparence, qui fait référence au rapport coût/rentabilité. L'efficacité de la formation est contrôlée par comparaison d'un référent et d'un référé ; des préconisations pour une mise en conformité ou une meilleure adéquation aux

besoins peuvent être émises. « Cette évaluation a tendance à transformer en objet ce qu'elle évalue³² ».

- une centration sur les procédures d'apprentissage : l'évaluation est orientée sur le contrôle des acquisitions. Elle vise l'amélioration du dispositif de vérification des acquis de la formation (quantifier les résultats aux examens, créer de nouveaux tests...). Le formateur, par la mise en place de procédures pour adapter le programme au formé, veut gérer celui-ci et ses processus d'apprentissage.
- une centration sur les processus de formation : l'évaluation sert de support pour motiver, donner du sens, aider le formé à élaborer des projets et à adhérer à ceux du formateur. C'est l'évolution de la relation des sujets à la formation qui est étudiée, avec tout ce qu'elle comporte d'opacité. Des espaces de négociation, de dialogue sont mis en place pour obtenir une concordance entre les projets ou des réorientations.

Pour que la démarche d'évaluation de la qualité d'une formation soit cohérente, ces trois axes devront être envisagés et questionnés à partir d'un référentiel adapté.

Le cadre théorique inhérent à la qualité et le contexte de la formation infirmière ayant été explicités, nous allons envisager comment, à ce jour, certains IFSI ont commencé à structurer une démarche qualité.

³² VIAL M. « Se former pour évaluer ». Bruxelles : De Boeck Université, 2001. 280p.

2 LES DEMARCHES QUALITE INITIEES DANS LES IFSI: ENQUÊTE SUR LE TERRAIN

2.1 Le cadre de l'étude

2.1.1 Les hypothèses de travail

Au regard de l'évolution du contexte de la formation et de la complexité des notions abordées précédemment, l'engagement d'un institut de formation en soins infirmiers dans une démarche qualité aura des répercussions sur le dispositif, en terme de management, notamment pour le directeur. Les trois hypothèses suivantes peuvent donc être formulées :

- L'autoévaluation nécessaire à la mise en œuvre d'une démarche qualité permet à l'équipe d'analyser son fonctionnement et donc de l'améliorer.
- L'ensemble de l'équipe se mobilise autour de l'harmonisation de ses pratiques professionnelles pour les formaliser.
- S'interroger sur la qualité permet au directeur de l'institut et à l'équipe de repérer, traiter les éventuels dysfonctionnements pour les anticiper.

2.1.2 La méthode

La recherche documentaire

Elle s'est orientée vers les études des démarches qualité dans les entreprises, les hôpitaux avec tous les supports qui existent (normes, référentiels...). Concernant la formation, des ouvrages traitent de la qualité de certaines formations dépendant du Ministère de l'Education Nationale et des expérimentations existent dans quelques établissements. Par ailleurs, quelques écrits sont disponibles quant aux certifications des organismes de formations supérieures.

Les entretiens

Conduits à l'aide d'un guide (annexe 1), ces entretiens étaient semi-directifs : les personnes interrogées s'expriment librement à partir d'une question générale sur le thème exploré, à savoir la démarche qualité initiée à l'IFSI. Le cadre du travail est précisé et l'anonymat est garanti afin d'établir une relation de confiance et d'obtenir des données fiables. En appui d'une prise de note la plus précise possible, et après accord des personnes interviewées, ils ont été enregistrés de façon à utiliser des données les plus conformes possibles à leurs dires. Seul l'un d'entre eux s'est déroulé par téléphone.

Un entretien test a été réalisé auprès d'un institut de masso-kinésithérapie certifié pour tester la pertinence de la question principale et élargir l'éventail des réponses possibles.

Dix entretiens d'une durée de trente minutes à une heure sont donc réalisés avec quatre directeurs des soins, cinq formateurs et une secrétaire dans quatre IFSI différents (voir annexe 2 : tableau de présentation de l'ensemble des personnes interrogées).

Les limites

Apparemment, quelques IFSI ont initialisé une démarche qualité mais hésitent à en parler car ils ne la trouvent pas suffisamment avancée, d'où la difficulté de choisir des terrains d'enquête en fonction de critères prédéterminés. Ou bien, le regard extérieur, que constitue cette investigation, serait-il encore difficile à accepter ? Le partage entre instituts reste à développer et les terrains d'enquête ne sont pas nombreux du fait d'une méconnaissance.

Par ailleurs, les formateurs enquêtés, issus en majorité d'un même IFSI, ont plutôt un regard positif sur la démarche ; un formateur, qui semblait plus réservé, a décommandé successivement deux rendez-vous ; ce qui restreint la diversité des réponses.

Enfin, le nombre réduit de terrains d'enquête ne permet pas d'en généraliser les résultats.

2.2 Les résultats : des points de divergence mais aussi de convergence

Après quelques données d'ordre général, l'histoire des démarches qualité initiées dans chacun des IFSI sera relatée avant d'explicitier les enjeux, les attentes, les effets déjà perceptibles ainsi que les ressources et les contraintes liés à la mise en place d'une telle démarche. Enfin, le sens des termes accréditation et certification pour les personnes interviewées sera abordé.

2.2.1 Données générales

Les quatre terrains d'enquête ont un parcours très différent au regard de la démarche qualité : l'un d'entre eux (A) en est au démarrage, deux (B et C) sont près de la phase d'autoévaluation et le dernier (D) a été certifié ISO 9001 en 2004.

Mais ils présentent aussi des caractéristiques communes ; ils répondent à leur mission de formation initiale auprès des étudiants infirmiers et des élèves aides-soignants

ou aides médico-psychologiques. Ils assurent par ailleurs des missions de formation continue et de formation préparatoire aux concours plus ou moins développées. Il faut préciser que l'initialisation d'une démarche qualité constitue un axe du projet de chacune des écoles et que leur mise en place concerne surtout la formation initiale infirmière (sauf pour l'IFSI B). En regard du thème abordé, les établissements supports des quatre IFSI les soutiennent dans leur projet et des réunions de travail ont été organisées avec le responsable ou la cellule qualité de l'institution. Il est à noter par ailleurs que, dans chaque institut, un certain nombre de formateurs ont participé aux groupes de travail, initialisés par l'hôpital, lors de la préparation à l'accréditation.

Enfin, quelques chiffres viennent préciser cette présentation générale :

IFSI caractéristiques	IFSI A	IFSI B	IFSI C	IFSI D
Quotas en 1 ^{ère} A	95	110	107	60
Nbre d'étudiants IDE (2005)	259	272	288	168
Formations initiales	IDE AS = 60 élèves	IDE AS = 40 élèves	IDE AS = 50 élèves	IDE AMP = 35 élèves
Formations préparatoires	Oui	Oui (concours infirmier)	Non, remise à niveau/promotions professionnelles	Oui (concours infirmier)
Formations continues	Projet à développer	+/- fonction de charge de travail	Oui, développement d'un projet important	oui
Nombre de formateurs	17 personnes soit 15,9 ETP	21 personnes soit 16 ETP+ 1,5 IDE	20 personnes soit 19,35 ETP	11 personnes soit 9,4 ETP
Nombre de secrétaires	3 personnes	5 personnes	4 personnes	2 personnes
Equipe d'entretien	2 personnes	5 personnes (Un self interne à l'IFSI)	Non :équipe de nettoyage du pôle	1 personne
Centre de ressources documentaires	oui	oui	Oui en commun avec les autres instituts du pôle	oui

2.2.2 La genèse et la mise en place de la démarche dans les quatre structures

Le contexte étant très différent d'un IFSI à l'autre, les démarches qualité ne débutent pas de la même façon.

L'IFSI A

Peu de temps après son arrivée à l'institut (mai 2002), le directeur diagnostique un dysfonctionnement dans l'équipe : d'une part, les formateurs expérimentés sont essentiellement préoccupés par la mise en application d'un programme et l'enseignement de contenus médicaux et d'autre part, les formateurs récemment arrivés, centrés sur les étudiants, souhaitent développer des projets de formation cohérents avec le projet de l'institut. Selon le cadre supérieur, adjoint à la directrice, « ce conflit sur le sens donné à la formation retentit sur la prise en charge des étudiants ». En effet, les pratiques pédagogiques diffèrent tant dans les contenus que pour les évaluations.

Tout d'abord, des procédures sont écrites, avec le responsable qualité du centre hospitalier, pour sécuriser certaines activités réglementées (concours d'entrée, épreuves finales du DE). Puis, compte tenu de la teneur du dysfonctionnement et en accord avec le directeur de l'établissement, le directeur de l'institut décide de faire appel à un consultant extérieur pour l'aider à faire le point sur les pratiques pédagogiques des formateurs et préparer la phase d'autoévaluation.

Du côté des formateurs, ils expriment, de façon plus ou moins explicite, le conflit qui les oppose mais sont « favorables à l'analyse de leurs pratiques pour faire évoluer les comportements ; on se centre sur de l'objectivable et non sur les personnes ».

Dans cet institut, un entretien a été mené avec l'une des secrétaires : elle regrette de ne pas être impliquée dans la démarche car « chacun est un maillon de la chaîne ; tout le monde est concerné par la qualité ».

L'IFSI B

Le début de la démarche se situe en 1999, date à laquelle l'établissement support s'engage dans l'accréditation et demande à l'IFSI d'une part, d'intégrer son projet dans celui de l'établissement et d'autre part, d'entrer lui aussi dans une démarche d'évaluation de la qualité des prestations qu'il fournit. C'est également la période où les IFSI vont devoir faire face à l'augmentation des quotas d'étudiants infirmiers.

Une démarche projet a donc été mise en place avec le directeur comme instance de décision, un formateur désigné comme chef projet et référent qualité ; tout le reste de l'équipe va participer à des groupes de travail. Un référentiel qualité est élaboré ainsi qu'un manuel d'autoévaluation dont les documents support sont inspirés, du guide de l'ANAES pour l'accréditation (version 1) avec des références à coter. Treize processus de

formation ont été identifiés, déclinés en sous processus, références puis en critères, concernant l'ensemble des activités réalisées à l'IFSI.

Actuellement, la phase d'autoévaluation est en cours : des groupes de travail pluridisciplinaires se réunissent pour faire un examen de l'existant. En fonction du processus évalué et sur la base du volontariat, ils peuvent être composés de formateurs, secrétaires, documentaliste, étudiants, équipe d'entretien voire de cadres de l'établissement. Selon le formateur référent qualité de l'institut, à cette phase d'autoévaluation, des difficultés apparaissent : « il est difficile d'avoir une participation sur le long terme ; il faut rester au niveau des critères déterminés et ne pas dévier soit vers un jugement de valeur avec justification de ce qui est fait, soit vers des propositions de solution ». Par ailleurs, souvent, les documents de preuve correspondant aux critères évalués n'existent pas.

Parallèlement à la mise en place de ce système de management de la qualité, comme dans l'IFSI A, des procédures ont été décrites sous forme de logigrammes, suite à des dysfonctionnements relatifs aux mêmes activités réglementées ; la forme a été validée par la cellule qualité de l'hôpital dans un souci d'uniformisation des documents qualité.

Une synthèse de l'autoévaluation reste à faire par le binôme d'animateurs pour choisir des axes d'amélioration à travailler. L'équipe, et tout particulièrement le directeur des soins et le formateur référent qualité, se sont beaucoup investis dans cette démarche mais n'en voient pas encore les effets concrets sur le dispositif de formation ; une impression « d'essoufflement » se fait sentir. Par ailleurs, avec le recul et la diffusion d'un autre projet de référentiel qualité, le directeur réfléchit à la suite à donner à tout ce travail. En effet, selon lui, « les critères de l'autoévaluation sont à revoir car ils n'abordent pas le cœur du métier, à savoir la qualité pédagogique ; le système de cotation est aussi à simplifier ».

Pour des raisons financières, il n'a pas été fait appel à un consultant extérieur. Il s'est écoulé cinq ans entre le début de la démarche et l'autoévaluation puisque, en plus de la charge de travail accrue du fait de l'augmentation des quotas, le directeur a fait le choix de construire son propre référentiel d'évaluation de la qualité.

L'IFSI C

La réflexion sur la démarche a démarré au moment où l'établissement de soins, dont l'institut de formation fait partie, s'est lancé dans la phase d'accréditation, à savoir début 2003. Le directeur et son équipe ont pensé que « la question arriverait pour les IFSI » ; par ailleurs, au regard du type de management par projet, mis en place par le directeur, celui-ci estime que « la démarche qualité est une porte d'entrée pour amener l'équipe à réfléchir sur ses pratiques pédagogiques et déterminer des axes

d'amélioration ». De plus, il souhaitait organiser « les actions éparpillées répondant aux dysfonctionnements constatés ».

Là aussi, une démarche projet est structurée avec un binôme (le directeur et un formateur) qui est à la fois instance de décision, chef projet et référent qualité ; il travaille avec un groupe projet représenté par environ la moitié de l'équipe. Début 2004, des contacts sont pris avec un IFSI déjà certifié, pour avoir des conseils et éviter certains écueils. Afin d'effectuer le bilan de l'existant, il est décidé, dans un premier temps, de s'approprier la norme ISO 9001-2000 et de l'appliquer à la formation infirmière ; puis, suite à la diffusion du projet de référentiel qualité cité précédemment, il est prévu qu'il soit utilisé pour établir un premier bilan avec des constats, des éléments de preuve et des remarques. Ces résultats seront restitués à l'équipe pour validation et des groupes de travail (binôme) seront constitués pour proposer des mesures correctives, faciles à mettre en oeuvre, au regard des premiers dysfonctionnements. Une autoévaluation avec un organisme extérieur sera peut-être envisagée dans un deuxième temps pour des problèmes plus complexes ; le directeur pense que « l'équipe peut faire beaucoup de choses par elle-même » et fait le choix « d'être auteur de son autoévaluation plutôt que de son propre référentiel qualité ».

Par ailleurs, cette structure de formation fait partie d'un pôle de formations sanitaires et sociales qui sera intégré à la démarche.

L'IFSI D

Cet institut a débuté une réflexion sur l'évaluation de la qualité de la formation infirmière en 1997, pour trois raisons :

- Anticiper la demande des pouvoirs publics qui imposent la mise en place de démarche d'accréditation aux établissements de soins (ordonnances Juppé).
- Obtenir une meilleure reconnaissance de l'IFSI dans un contexte de crise économique et de réduction des quotas 'étudiants infirmiers.
- Et surtout « progresser dans nos pratiques, partagées à différents degrés par chacun des membres de l'équipe ».

Comme l'institut A, l'IFSI D a d'emblée fait appel à un consultant extérieur AFNOR (Association Française de Normalisation) pour la préparation de l'autoévaluation ; l'outil utilisé a été la norme internationale ISO 9001 version 94, appliquée aux services. Celle-ci a été étudiée et transposée, chapitre par chapitre, à l'activité spécifique de l'IFSI ; à l'issue de cet état des lieux, des axes de travail sont apparus. C'est alors que cette démarche se structure, d'une part, par la nomination d'un référent qualité, sur la base des compétences et du volontariat : il est chargé, entre autre, de la gestion de la documentation qualité, de l'accompagnement du travail des groupes et de l'organisation des audits internes. D'autre part, est créé un comité de certification, instance officielle de validation des travaux,

composé du directeur de l'IFSI, et de son équipe donc du référent qualité mais aussi du consultant et du directeur des soins de l'établissement de santé ; il se réunissait une fois par mois.

Des groupes de travail pluridisciplinaires (formateurs, cadres du terrain, étudiants et intervenants extérieurs) ont été constitués ; pendant un an (septembre 1998 – août 1999), « nous avons écrit les référentiels qualité internes dont nous avons besoin (référentiel d'un stage, d'un module, d'une évaluation...) et élaboré le système documentaire avec l'écriture des procédures et des documents fonctionnels ».

L'année suivante a permis d'une part, de faire vivre la démarche initiée, en appliquant les procédures écrites pour les réajuster, et d'autre part, d'effectuer des audits internes, après avoir bénéficié d'une formation. Le système documentaire s'est achevé par l'écriture du manuel qualité, « outil de médiatisation et de référence permanente ».

Après une évaluation du système qualité, un premier audit a été réalisé par un organisme agréé au niveau international : il a abouti à une certification ISO 9001 version 94 suivi, en mars 2004, d'une certification en conformité avec la norme ISO 9001, version 2000.

2.2.3 Les enjeux

➤ Un enjeu identitaire et de reconnaissance

En interne, la valorisation de ce qui existe et la possibilité d'améliorer sans cesse son travail entretient la motivation des formateurs et renforce le sentiment d'appartenance à l'institut ; la reconnaissance du travail fourni provient, en interne, des étudiants et des formateurs et, en externe, de tous les partenaires de l'IFSI.

De même, dans le cadre de la mise en place de la réforme de l'enseignement supérieur (système Licence-Mastère-Doctorat), des partenariats entre les universités et les instituts de formation en soins infirmiers sont en cours d'élaboration ; les directeurs évoquent « la nécessité de se faire reconnaître par les compétences, les prouver pour être crédibles », grâce à cette dynamique d'amélioration continue de la qualité de la formation. Il s'agit de professionnaliser la structure, de la solidifier.

➤ Un enjeu de positionnement

Pour la structure de formation, au regard de son environnement en pleine évolution, la démarche qualité permet « de se situer par rapport aux autres IFSI » et la régionalisation de la formation ne fera qu'accentuer ce besoin de comparaison ;

l'évaluation quantitative et qualitative des prestations de formation est inévitable et servira de base pour déterminer les moyens alloués par les régions.

2.2.4 Les attentes

Elles se situent à cinq niveaux :

➤ Au regard de l'équipe

Les directeurs d'institut et les formateurs pensent que la démarche qualité permet de « recenser et de valoriser ce qui est positif » ; elle favorise la cohésion de l'équipe en rétablissant le travail en commun, améliore la cohérence des prestations des formateurs et la transparence vis-à-vis des étudiants. Néanmoins, un formateur précise que les membres de l'équipe « ne doivent pas se sentir jugés ou coupables ».

➤ Au regard du projet d'école

Selon les directeurs, la démarche qualité va « servir le projet d'école orienté vers l'écoute client » et créer une organisation de travail compatible avec les orientations du projet d'école. Pour les formateurs, elle constitue « un socle pour construire les principaux axes institutionnels » et permet de mettre en oeuvre les valeurs décrites dans ce projet. « Elle donne du sens au travail partagé par l'équipe ». Les formateurs ont des attentes fortes quant au rôle fédérateur de la démarche qualité ; ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils travaillent majoritairement dans l'IFSI A où l'équipe est divisée par un conflit.

➤ Au regard des pratiques

Unaniment, les personnes interviewées souhaitent une harmonisation et une formalisation de leurs pratiques qui aboutiront à des procédures écrites, dans le but d'anticiper les dysfonctionnements et de répondre aux attentes des étudiants. A cette phase de l'entretien, la nature des pratiques n'est pas définie ; seul, un directeur constate : « actuellement, il n'y a pas de remise en question profonde de la pédagogie ; il faudra envisager les pratiques pédagogiques sur le fond et évaluer le cœur du métier ».

➤ Au regard du partenariat avec le terrain

C'est ici qu'est abordée la notion d'alternance sans que le terme ait été prononcé. Grâce à la démarche qualité, un rapprochement IFSI/terrain est attendu avec « une

clarification de la place du formateur sur le terrain ». Un directeur pense que la dynamique d'amélioration continue de la qualité permettra « d'articuler travail prescrit enseigné à l'IFSI et situations de travail vécues en stage ».

➤ Au regard de l'individu

Seuls les formateurs attendent de la démarche qualité qu'elle leur permette de s'autoévaluer, d'avoir un retour sur le travail qu'ils fournissent. Ils ont « besoin de mesurer l'écart entre le niveau requis et où ils se situent ». Les directeurs insistent plutôt sur la difficulté « d'acquérir une vision collective de la démarche ».

2.2.5 Les effets

Ils sont perceptibles sur les pratiques tant pédagogiques qu'organisationnelles, sur la place de l'étudiant dans le système de formation et sur l'équipe elle-même.

➤ Modification des pratiques

Sur le plan de la pédagogie : des questions telles que « qu'est-ce qui fait la qualité d'un module d'enseignement, d'un stage, du suivi pédagogique ? » trouvent leur réponse dans l'élaboration de référentiels spécifiques utilisés par l'ensemble de l'équipe. La cohérence de la formation s'en trouve renforcée car, avant, « chacun avait l'habitude de travailler comme il l'entendait ». Les formateurs interviewés souhaitent disposer d'une « autonomie de travail dans un cadre précis, pour éviter certains écarts préjudiciables » à la cohérence de la formation. En même temps, ils craignent que les procédures et les outils de suivi, concernant la conformité aux référentiels établis, laissent peu de place à leur créativité.

Actuellement, seules les interventions assurées par un intervenant extérieur font l'objet, après accord de ce dernier, d'un questionnaire d'évaluation rempli par les étudiants de l'IFSI D.

Sur le plan organisationnel : la démarche qualité oblige à revoir tout le système documentaire : faire l'inventaire de ce qui existe, trier, et élaborer de nouveaux documents. A ce propos, les directeurs s'interrogent : « jusqu'où va-t-on dans l'élaboration des procédures ? », puisque pour chacune d'elles, il faut prévoir une évaluation régulière et sa mise à jour. L'organisation du système documentaire doit faciliter l'accès aux documents et non pas alourdir le fonctionnement : « Mieux vaut avoir des documents bien ciblés sur des problèmes majeurs que des pages de procédures non

mises en œuvre ! ». Les formateurs insistent sur la nécessité d'avoir des documents formalisés mais non enfermants : « une procédure constitue un cadre où je peux me mouvoir ». Ils abordent la notion de traçabilité sous l'angle de la responsabilisation des acteurs et de la possibilité de fournir des éléments de preuve en réponse aux critères d'évaluation.

➤ La place de l'étudiant

Dans tous les IFSI, les étudiants sont considérés comme les clients directs de l'institut ; leur avis est recueilli soit par un droit d'expression des étudiants délégués dans un groupe de réflexion soit par des questionnaires individuels à propos de la prestation d'un intervenant extérieur, par exemple, soit encore par des bilans de module et/ou de fin d'année.

Pour les formateurs également, « l'étudiant semble plus au cœur du dispositif » ; il est considéré comme personne ressource par le regard qu'il porte sur la formation dispensée.

➤ Les changements dans l'équipe

Les directeurs et les formateurs ont bien conscience que cette véritable démarche projet vient bouleverser les pratiques habituelles ; « elle ne résout pas les problèmes de management mais les fait ressortir, notamment du point de vue relationnel ». Les dysfonctionnements organisationnels mais aussi humains sont mis en relief : « la démarche qualité peut aussi servir de révélateur à des conflits non résolus ». La visibilité et la transparence sur le fonctionnement de la structure, qu'elle induit, peut déstabiliser certains formateurs : « elle demande une remise en question et fait naître beaucoup d'interrogations ». Par les perspectives d'évolution qu'elle laisse entrevoir, certains formateurs qui ont peur du changement, quittent l'équipe ; les formateurs eux-mêmes disent : « on adhère à la démarche ou on s'en va ».

2.2.6 Les ressources et les contraintes

Les formateurs ont eu des difficultés à identifier les ressources à leur disposition pour s'investir dans une telle démarche mais ils ont su en développer les limites. Là encore, le fait d'être issus d'une structure de formation, qui commence sa réflexion sur la démarche, en est peut-être la cause; ils sont donc très interrogatifs, voire inquiets car encore dans le flou.

➤ Les ressources

Elles existent en interne : l'engagement du directeur de l'institut, ses compétences en matière de management et sa connaissance du domaine de la formation ; sont ajoutés l'expérience des formateurs (ils ont déjà participé à la démarche d'accréditation d'un établissement public de santé), « leur désir que cela aboutisse » et l'investissement de l'équipe entière puis enfin, les étudiants. Mais elles se trouvent aussi à l'extérieur de l'IFSI : le soutien de l'institution hospitalière et l'aide de son responsable qualité, les associations professionnelles (CEFIEC, GERACFAS...) et les organismes consultants compétents en la matière. Enfin, le partage d'expérience dans le domaine de la qualité avec d'autres IFSI est évoqué.

➤ Les contraintes

Que ce soit pour les directeurs ou les formateurs, la première limite apparaît en terme de charge de travail ; l'investissement dans l'évaluation de la qualité de la formation et le travail d'amélioration qui s'ensuit, viennent s'ajouter à la charge de travail engendrée par la réalisation de l'activité de formation elle-même, et ce, dans un contexte d'augmentation des quotas d'étudiants et de réduction du temps de travail. Le fait d'avoir à participer à plusieurs projets en même temps, dans un délai réduit, fait peur aux formateurs. Néanmoins, pour l'un d'entre eux, le motif de la charge de travail n'est qu'un prétexte pour ne pas s'investir dans la démarche.

La deuxième limite se situe au niveau de la capacité de l'équipe à dépasser sa résistance au changement et les tensions qui vont naître de ce processus d'évaluation. Les formateurs craignent l'apparition d'une certaine agressivité dans les propos entre eux et la perte d'une partie de leur autonomie puisque chaque membre de l'équipe va « devoir se conformer aux règles établies ». Par ailleurs, il leur faut « s'habituer à ce contexte d'évaluation permanente ».

La troisième limite est en lien avec la pérennisation de la démarche : un essoufflement et une démotivation peuvent se faire sentir, notamment si celle-ci repose sur un petit nombre de personnes, si les échéances entre les différentes étapes sont trop longues ou les effets de la démarche non perceptibles.

2.2.7 Le sens des mots

La certification est plus facile à définir pour la population interrogée mais semble confondue avec la normalisation telles que définies précédemment. Elle est vécue comme

un « rapport à la norme », une vérification plus pointue et des contrôles plus fins que l'accréditation ». La certification est une démarche volontaire qui « donne un label à la structure de formation vis-à-vis de l'extérieur ».

L'accréditation leur paraît être une évaluation plus générale, plus globale qui renvoie à l'analyse des pratiques et à un travail sur les processus. Un directeur précise que « l'une (l'accréditation) n'exclue pas l'autre (la certification) » et s'interroge sur « la motivation de l'équipe si l'accréditation est imposée aux structures de formation », comme elle l'est pour les établissements de santé.

2.3 Éléments de synthèse des résultats : des hypothèses partiellement vérifiées

Au regard de la problématique posée, la mise en œuvre d'une démarche qualité va permettre au directeur d'analyser les enjeux pour les acteurs et les facteurs dominants de motivation au travail afin d'élaborer une stratégie d'actions adaptée au contexte. Néanmoins, sauf pour l'IFSI certifié, la dimension managériale d'une démarche qualité apparaît en filigrane dans les entretiens avec les directeurs ; mais celle-ci est-elle suffisamment développée pour que l'impact, en terme de management, soit clairement perceptible ?

A l'image des établissements de santé, ces quatre structures de formation s'investissent dans la mise en place d'un système qui permette de vérifier la qualité des prestations de formation fournies. Cependant, si les hôpitaux ont l'obligation de se soumettre à une accréditation, l'engagement des instituts dans cette démarche repose essentiellement sur la volonté du directeur, les motivations et la persévérance des équipes ; ce qui peut expliquer les initiatives isolées, l'hétérogénéité des démarches et l'absence de référentiel spécifique à cette activité. Il manque une instance fédératrice, productrice de références validées, et reconnue comme pouvant accréditer les structures de formation.

La première hypothèse formulée est relative à **la phase d'autoévaluation qui permet aux équipes d'analyser leur fonctionnement et donc de l'améliorer**. Elle est partiellement validée car deux IFSI enquêtés sur quatre en sont à la préparation. Pour les deux autres, ce premier état des lieux a été effectué soit à partir de critères élaborés par l'institut, soit à partir de la norme ISO. Cette autoévaluation va constituer un point de référence pour apprécier les évolutions ultérieures en matière de qualité et, c'est à partir de cet autodiagnostic que le système qualité va se structurer : comité de pilotage, référent

qualité et mises en place de groupes de travail qui vont préciser les référentiels spécifiques à la formation et formaliser certaines pratiques sous la forme de procédures.

Par ailleurs, cette analyse de l'existant a nécessité l'identification des principaux processus de la formation. Un processus est un enchaînement plus ou moins complexe de tâches élémentaires accomplies par un professionnel, faisant appel à des ressources (équipement, compétences...), destiné à obtenir un résultat donné ; « les éléments d'entrée vont se trouver transformés par les activités, pour devenir les éléments sortants ». ³³

Trois types de processus sont à explorer :

- Les processus opérationnels en lien direct avec l'activité de formation : par exemple, les processus concours, déroulement de la formation...
- Les processus supports : la gestion financière de l'institut...
- Les processus de management : le pilotage de la qualité, l'amélioration continue...

Il s'agit bien là d'une analyse précise du fonctionnement de la structure de formation.

Cette autoévaluation peut se poursuivre, comme dans le cas de l'IFSI D, par un audit de certification ou encore par une accréditation, s'il existait une agence officielle pour les organismes de formation. Selon le but poursuivi, elle se conçoit de deux façons différentes : elle est « processus intrinsèque et concomitant à l'activité de formation, initié par l'organisme et à des fins qui lui sont propres, ou réponse ponctuelle à une commande, à fin de communication externe, notamment à une agence d'accréditation ». ³⁴

Enfin, les dysfonctionnements concernant des activités à risque pour l'IFSI, comme l'organisation d'un concours d'entrée, ont été traités immédiatement par la mise en place de procédures ; preuve que l'amélioration du fonctionnement peut, dans certains cas, être rapide.

La deuxième hypothèse concerne **la mobilisation de l'ensemble de l'équipe autour de l'harmonisation de ses pratiques professionnelles pour les formaliser**. Là encore, elle est partiellement validée car, suite au travail d'enquête, les éléments qui la composent, appellent des précisions.

³³ BOYER C. « La démarche qualité, une opportunité pour les Ifsi ». *Soins Cadres*, n°54, Mai 2005, p.62

³⁴ CHAUVIGNE C. /ed. *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*. Rennes : Editions ENSP. 2004, p.33

Tout d'abord, les démarches qualité initiées dans les quatre IFSI enquêtés sont managées comme des démarches projet et font donc appel à la participation de l'équipe. Néanmoins, en fonction de leur degré d'avancement, la composition des groupes de travail varie : comme dans les IFSI A et C, elle peut concerner l'équipe pédagogique sans la participation d'autres acteurs impliqués dans la formation, à savoir des cadres de santé hospitalier, des intervenants extérieurs et des étudiants. Ce choix peut se comprendre dans la mesure où l'objectif actuel, dans l'IFSI A, est l'analyse des pratiques pédagogiques et, dans l'IFSI C, un bilan initial de l'existant. Pourtant, dans ce dernier, il existe un Groupe de Réflexion des Etudiants et Formateurs (GREF), espace d'échanges et de rencontre pour travailler des thématiques qui questionnent les étudiants. En effet, le premier axe du projet pédagogique est la démarche qualité sous l'angle de l'amélioration de l'écoute des usagers, à savoir les étudiants.

La mobilisation de l'équipe est favorisée par la pratique de l'autoévaluation : celle-ci « favorise leur engagement dans la démarche et s'assure de leur participation à questionner les écarts constatés ».³⁵

Par ailleurs, les termes *pratiques professionnelles* peuvent recouvrir un large champ de significations qui vont de la pédagogie, au fonctionnement général de l'institut, en passant par les relations avec les terrains de stage.

Tout comme dans les établissements publics de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles au cœur du métier est à développer c'est-à-dire évaluer les pratiques pédagogiques et donner à l'apprenant toute sa place dans le processus ; d'ailleurs, la deuxième version de l'accréditation est centrée sur l'évaluation des pratiques professionnelles médicales et paramédicales. En 2001, F.Morier écrit : « Les principes adoptés en matière de qualité permettent de structurer les modes de conduite du processus ; mais on ne traite pas en profondeur du processus lui-même de la formation et des conditions pour l'atteinte des objectifs...C'est la priorité à la démarche « d'assurance qualité », qui prend le pas sur la qualité intrinsèque »³⁶. Si cet état de fait est encore vrai aujourd'hui, il va évoluer car l'écoute client se développe dans les structures de formation.

Mais, l'IFSI a plusieurs clients. L'étudiant reçoit la formation qui lui permettra d'obtenir le diplôme d'Etat et les compétences professionnelles requises ; il est associé à certaines étapes de son parcours. En ce sens, il est client de l'institut. Le centre hospitalier est co-formateur et recrute les nouveaux professionnels ; et, maintenant, le

³⁵ Ibid p.56

³⁶ MORIER F., « De la qualité de la formation à la reconnaissance des compétences ». *Education permanente*, Février 2001, n°147, p.153.

conseil régional est financeur de la formation et va donc avoir des exigences en matière de qualité. Ils sont aussi des clients de l'IFSI. Cette pluralité de clients complexifie la démarche car il faut prendre en compte les attentes de ces trois partenaires pour déterminer le niveau de qualité à atteindre.

Enfin, pour revenir à l'hypothèse, les formateurs sont demandeurs d'une harmonisation de leurs pratiques, à savoir qu'elles soient en accord les unes avec les autres pour former un ensemble cohérent, mais ils craignent que leur formalisation aboutisse à une standardisation qui nuirait à la créativité, à l'innovation. Il est donc important de bien distinguer les pratiques relatives au dispositif de formation en général des pratiques pédagogiques pour les traiter différemment au regard de la qualité.

Un des questionnements des directeurs se situe, d'ailleurs, au niveau de la gestion documentaire. En effet, lorsqu'une procédure est mise en place, il faut en prévoir l'évaluation : qui ?, quelle périodicité ?, quels indicateurs ?, quelle mise à jour ? Le système documentaire permet d'organiser, de rythmer l'évaluation mais il ne doit pas alourdir le fonctionnement quotidien de l'institut, au point de freiner la dynamique mise en place. La question est bien le repérage et la formalisation des procédures indispensables pour prouver un niveau de qualité ; cette identification relève d'un travail d'équipe.

La troisième hypothèse, «**S'interroger sur la qualité permet au directeur de l'institut et à l'équipe de repérer, traiter les éventuels dysfonctionnements pour les anticiper**», a été validée. Leur correction se fait en équipe par la constitution d'un groupe de travail volontaire et concerné ; il aboutit généralement à la rédaction d'une procédure si le dysfonctionnement est facile à identifier. S'il est complexe, s'il concerne les individus et leurs interactions, il peut être aidant de faire appel à un consultant extérieur au système.

Par exemple, dans l'IFSI A, ce choix a été fait parce que, dans un premier temps, la démarche qualité, avec le regard qu'elle porte sur les pratiques pédagogiques des formateurs, est utilisée comme outil de management dans une situation de conflit. Le consultant n'est pas impliqué dans le fonctionnement de l'institut et l'équipe bénéficie de son regard plus objectif sur la situation. Dans l'IFSI D, une aide extérieure a été sollicitée très tôt, car l'objectif final était clairement la certification, qui est délivrée par un organisme agréé. Par ailleurs, l'accompagnement de la démarche par un consultant, qui maîtrise la norme et connaît la formation, a entretenu la dynamique nécessaire à l'avancée du projet.

En revanche, aucune structure de formation n'a fait état de la manière dont elle repérait ses dysfonctionnements ; pour ceux qui sont matériels et facilement identifiables, il pourrait être intéressant d'instaurer un cahier de relevé comme dans l'institut où le guide d'entretien a été testé.

Par ailleurs, au-delà de ces trois hypothèses, il est nécessaire de revenir sur le sujet du référentiel d'évaluation de la qualité. L'IFSI D, qui est allé jusqu'à la certification, a choisi un référentiel qualité existant (la norme). Pour que cette démarche qualité soit reconnue, validée et efficiente, pour qu'elle permette la comparaison, elle doit être effectuée à partir d'un référentiel unique et officiel. La nature de la qualité attendue est rendue explicite par l'élaboration de critères d'évaluation collectés dans un référentiel. Ce terme est couramment utilisé dans les milieux éducatifs (référentiel de métier, de diplôme...) et il peut être défini comme : « un système de références, constituant une optique, un type de lecture, une perspective d'analyse privilégiés ». ³⁷ Ces critères sont élaborés de façon collective « impliquant de nombreux acteurs du champ de référence (qualité négociée) » ³⁸. Leur souplesse permet de les adapter au contexte et de les faire évoluer régulièrement.

Sur le plan international, il existe plusieurs types de référentiel utilisés pour accréditer des formations supérieures professionnelles. Dans certains cas, les critères sont des normes seuils qu'il faut satisfaire pour atteindre un niveau attendu de qualité, avec toute l'importance de bien le situer. Pour d'autres, le meilleur niveau de performance est recherché avec des critères d'excellence dont il faut s'approcher. Enfin, un troisième modèle « vise à favoriser la prise d'initiatives pour développer la qualité en termes de normes dynamiques ». ³⁹ Il permet de prendre en compte les finalités de l'organisme de formation, ses potentialités et ses moyens définis en fonction du contexte.

De plus, un thème, qui pourtant est une composante majeure de la formation infirmière a été très peu abordé : l'alternance. Elle est le dispositif le mieux adapté pour une formation professionnelle : la présence des deux milieux, travail et formation, permet l'émergence des compétences nécessaires à un exercice professionnel de qualité. Un directeur a précisé : « il faut articuler et penser travail prescrit et travail réel ». Le travail

³⁷ ARDOINO et BERGER in FIGARI G., *Evaluer : quel référentiel ?*. Bruxelles : De Boeck Université, 1995. p.32. Collection Pédagogies en Développement.

³⁸ CHAUVIGNE C. /ed. *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*. Rennes : Editions ENSP. 2004, p.56.

³⁹ Direction de l'évaluation et du développement pédagogique. *Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, projet*. Version 2. Rennes : ENSP, juin 2004, p.6.

prescrit désigne les objectifs à atteindre, les tâches à effectuer selon des protocoles qui s'imposent à l'acteur ; le travail réel représente l'activité réalisée. Et, c'est le lien entre les deux qui construit la compétence ; en effet, réaliser une tâche prescrite demande adaptation, ingéniosité voire interprétation des règles et intelligence pratique, tout en faisant appel à des connaissances théoriques.

Actuellement, les structures de formation sont surtout centrées sur leur fonctionnement interne et l'ouverture sur le travail à mener avec leurs partenaires se fera dans un deuxième temps. En effet, la formation, basée sur un partenariat fort entre l'institut de formation et le milieu du travail, ne peut être qu'un gage de qualité.

A cette phase de l'étude, l'éclairage théorique complété par l'analyse de quelques expériences de terrain nous permet de dégager quelques préconisations quant à la mise en place d'une démarche qualité dans un institut de formation en soins infirmiers.

3 STRATEGIE DU DIRECTEUR POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE

L'initialisation d'une démarche qualité engage l'institut dans un processus d'amélioration continue de la qualité qui ne s'arrêtera plus ; son directeur en est responsable et adopte un management propice à la réussite de cette démarche. C'est pourquoi, en tant que futur directeur d'institut, certains préalables nous semblent incontournables ; puis il nous faudra aborder la question du référentiel d'évaluation avant d'envisager la place de l'étudiant dans le dispositif de formation.

3.1 Des préalables à la mise en place de la démarche qualité

Nous avons démontré que ce projet demande l'investissement de toute l'équipe ; pour ce faire, le directeur identifiera des points de vigilance quant au climat de travail, à la place de chaque acteur et à une pérennisation de la démarche, qui vient s'ajouter à la charge de travail quotidienne.

3.1.1 Instaurer un rapport de confiance

Cette intention appartient aux dimensions stratégique et culturelle du management de la qualité, indispensables pour conduire le changement et agir en profondeur sur l'ensemble des acteurs.

➤ Pour le directeur, devenir aussi un leader

L'engagement du directeur dans la démarche se doit d'être sans faille car il influe sur le degré d'implication et la participation des acteurs. C'est au regard des décisions prises et des choix opérés que l'équipe percevra sa détermination à faire vivre cette démarche qualité. Son authenticité, sa capacité à argumenter ses orientations et à accepter le débat incitera ou non les formateurs à s'approprier la démarche et à devenir acteurs du changement. « Le leader est celui qui a de l'influence sur les autres au point de leur donner envie de le suivre ».⁴⁰

⁴⁰ LE SAGET M., *Le manager intuitif, une nouvelle force*. Paris : Dunod, 1992. p.47.

Cet engagement se traduira par le fait que la mise en place de la démarche qualité sera un axe fort du projet d'école ; la politique qualité adoptée sera précisée dans un manuel qualité (charte qualité, objectifs, délais de mise en œuvre, moyens de réalisation, indicateurs de suivi et évaluation)

Au management par projet, le directeur devra associer des compétences en matière de conduite du changement au regard de ses trois étapes : la décristallisation (donner de l'information sur les raisons du changement), la transition (expérimentation de nouvelles méthodes de travail...) et enfin, la recristallisation (consolidation de l'état modifié). Il aura à gérer des attitudes de résistance qui seront abordées sous un angle positif : la verbalisation, la confrontation aident à l'intégration des changements.

➤ Tenir compte du passé de l'institut pour se tourner vers le futur

Le directeur a besoin de connaître son histoire, les modes de communication de l'équipe et sa facilité ou non à rendre compte de son activité. Une bonne connaissance des formateurs et de leurs compétences individuelles lui permet d'identifier les agents porteurs du projet, sur lesquels il va pouvoir s'appuyer pour constituer des groupes de travail productifs.

En fonction de la culture propre à l'IFSI, le directeur clarifie la finalité de la démarche pour l'institut, détermine des axes stratégiques et décrit l'organisation mise en place pour la développer. Dans la mesure où celle-ci va introduire des changements à plus ou moins long terme, un dispositif de communication descendant et surtout ascendant permettra aux acteurs de s'exprimer, de confronter leurs points de vue et, finalement, de s'approprier la démarche. La composition des groupes de travail doit être soigneusement pensée et suffisamment diversifiée, pour entretenir le dynamisme nécessaire à sa continuité.

➤ Clarifier la notion d'évaluation dans la démarche qualité

L'évaluation y est quasi-permanente et doit être menée de telle façon que les acteurs ne se sentent pas coupables ou victimes d'un jugement de valeur. Or, dans l'évaluation, deux logiques s'opposent :

- la logique de contrôle : elle permet de faire un bilan et fait référence à la notation ; il s'agit de vérifier la conformité selon un référentiel préétabli. Le contrôle génère l'ordre, voire la rigidité, et peut se confondre avec la maîtrise.

- « la logique du reste »⁴¹ : elle va promouvoir les potentiels et favoriser le changement. Le questionnement, la recherche de sens sont privilégiés pour développer l'autonomie et l'évaluation a alors une fonction d'accompagnement.

« ... l'évaluation assume deux fonctions sociales : vérifier la conformité selon un référentiel préétabli, socialiser et d'autre part promouvoir le changement, émanciper ».⁴²

Il ne s'agit pas d'opposer ces deux logiques ou d'en privilégier une par rapport à l'autre mais de les articuler, de passer de l'une à l'autre en fonction du but poursuivi.

De plus, une précision doit être apportée quant au traitement des dysfonctionnements (analyse puis actions correctives). Ils sont à considérer comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes pour lesquelles il faut trouver un coupable et le sanctionner. L'erreur est souvent due à une succession de négligences : analyser les causes et les circonstances de l'erreur permet de réajuster et de mettre en place des mesures préventives. Cette attitude permet que tous les dysfonctionnements soient explicités et traités dans un ensemble. Car, l'objectif de la démarche qualité n'est pas de procéder à une évaluation individuelle mais, plutôt, de considérer la formation comme un système où interagissent de nombreux acteurs, d'en évaluer la cohérence voire la conformité pour certaines activités.

Lorsque l'évaluation est terminée, il reste à analyser les résultats et à mettre en place des processus qui vont réduire les écarts constatés.

3.1.2 Professionnaliser les acteurs

Nous sommes là dans la dimension structurelle du management. Il s'agit de préciser l'organisation de la démarche et les responsabilités des différents acteurs.

➤ Clarifier la place et le rôle de chacun

Comme nous l'avons explicité au début de ce travail, la structuration d'une démarche qualité est identique à celle d'une démarche projet ; il y a donc lieu d'identifier :

- un comité de pilotage : comme à l'hôpital, il sera représentatif des structures décisionnelles et consultatives ; il pourra donc inclure le directeur de l'institut, le représentant du directeur de l'établissement responsable de la formation

⁴¹ VIAL M., Se former pour évaluer. Bruxelles : De Boeck Université, 2001. 280p.

⁴² Ibid p.65

(Directeur des Ressources Humaines), le directeur des soins, des membres du conseil technique, instance consultative de l'IFSI (un membre du conseil d'administration, un formateur, un cadre de santé extrahospitalier, un délégué des étudiants) et le délégué régional aux formations paramédicales. L'intérêt de ce groupe est qu'il soit représentatif de la diversité des partenaires de l'IFSI puisqu'il prend les décisions nécessaires à l'avancement du projet et s'assure de la cohérence entre les objectifs prévus et les actions menées. Il valide les propositions faites par les groupes de travail et n'a pas pour rôle de faire appliquer celles qu'il pourrait avoir.

- une structure de coordination : compte tenu de la taille de l'équipe d'un institut de formation, cette coordination opérationnelle, qui apporte un soutien méthodologique, sera assurée par deux ou trois personnes. Elle pourra être composée d'un formateur compétent et formé à la démarche qualité, du référent qualité de l'établissement hospitalier et du consultant/formateur s'il y en a un. Cette structure joue un rôle important en terme de méthode et de gestion du système documentaire (forme des documents) mais n'intervient pas sur le fond.
- des groupes de travail : ces groupes projets seront conduits par un chef projet (facteur d'unité et de progression) et leur composition variera en fonction du thème traité. La constitution des groupes mérite une attention particulière : ils doivent rassembler des attentes, des affinités mais aussi des compétences pour produire. Ils sont forces de propositions, qui seront validées par le comité de pilotage, et sont à l'initiative d'actions d'amélioration possibles.
La manière dont le comité de pilotage prendra en compte ces propositions est déterminante au regard de la motivation des groupes.

➤ Former les professionnels

Pour mener à bien un projet, il est indispensable de se comprendre et de s'entendre sur les mots. Le vocabulaire de la qualité est un mélange de mots usuels, que chacun définit à sa façon (qualité, efficacité, évaluation en pédagogie...), et de termes plus complexes, qui nécessitent d'être explicités (processus, procédures...). Une formation à la méthode, au vocabulaire et aux outils de la démarche qualité peut s'avérer nécessaire pour favoriser une appropriation commune du langage qualité. Celle-ci doit devenir un moyen de connaissance partagée et une non-compréhension pourrait être source de blocage.

Cette formation peut être assurée par un consultant extérieur à l'établissement. Comme nous l'avons constaté à l'issue du travail d'enquête, celui-ci peut aussi intervenir à différents stades de la démarche : à la phase de diagnostic initial comme dans l'IFSI A, à celle des audits internes comme dans l'IFSI D (où il était aussi certificateur) ou sur des aspects strictement techniques (outils de la qualité, indicateurs de suivi...). Quelque soit le type de consultant choisi, il est important de définir, à son égard, un cahier des charges précis, établi après une analyse des besoins de l'IFSI. En effet, son rôle n'est ni de conduire le projet à la place de la structure de formation, qui reste le commanditaire et le décideur, ni de rédiger les procédures à la place des groupes projets. A terme, l'objectif consiste à transférer le savoir-faire du consultant vers l'institut, pour assurer la pérennité de la démarche à son départ.

3.1.3 Pérenniser la démarche

Dès l'initialisation de la démarche, il faut l'envisager sur le long terme, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité. Une planification rigoureuse, adaptée et une adéquation entre les objectifs et les moyens sont des éléments qui vont lui permettre de durer dans le temps.

➤ Elaborer une planification

Les expériences des IFSI B et D sont riches d'enseignements quant aux délais les plus favorables au maintien du dynamisme des acteurs. Avec l'aide d'un consultant et le choix d'un référentiel existant (la norme), le dernier institut a obtenu la première certification au bout de quatre ans et la deuxième trois ans plus tard ; « la démarche qualité est une culture d'amélioration permanente »⁴³.

Dans un délai identique, le deuxième est arrivé à la phase d'auto évaluation, après avoir construit son propre référentiel d'évaluation de la qualité et sans accompagnement par un intervenant extérieur. Cependant, la démarche s'essouffle, la participation aux groupes de travail est plus difficile à obtenir ; en effet, l'élaboration du référentiel qualité, sans l'aide méthodologique d'un consultant, a déjà demandé beaucoup d'énergie; de plus, même si la certification ISO, qui a un coût, n'est pas obligatoire pour mener à bien une démarche qualité, la perspective d'obtenir un label peut être stimulante pour une équipe.

⁴³ BOYER C. « La démarche qualité, une opportunité pour les lfsi ». *Soins Cadres*, n°54, Mai 2005, p.60

Par ailleurs, la planification rigoureuse et les échéances précises qu'elle impose contribuent certainement à rythmer la démarche, pour l'amener plus sûrement à son terme. Il reste néanmoins à anticiper le passage à vide qui a souvent été observé après une certification. Le directeur doit fixer des échéances courtes, les respecter pour conserver son dynamisme à la démarche et s'interroger sur les moyens nécessaires.

➤ Prévoir les moyens

Il appartient au directeur de l'institut et au comité de pilotage de vérifier que l'adéquation existe entre les objectifs fixés et les moyens disponibles pour les atteindre, qu'ils soient humains, méthodologiques ou logistiques. En effet, élaborer des objectifs trop ambitieux, qui risquent de ne pas aboutir, ou bien dans un délai excessivement long, risque fort de démotiver l'équipe qui s'investit. Celle-ci a besoin de constater, assez rapidement, les effets de la démarche dans sa pratique quotidienne, d'avoir, en quelque sorte, un retour sur investissement qui alimente son implication. Mieux vaut, surtout au début, fixer des objectifs limités et les atteindre, élaborer des procédures applicables et adaptées aux moyens disponibles.

Par ailleurs, une autre source de motivation pour préserver le dynamisme des groupes de travail peut être utilisée : les échanges avec d'autres structures de formation, qui sont aussi engagées dans une démarche d'évaluation de la qualité de la formation. Pour ce faire, cette information doit être centralisée, par une association professionnelle par exemple, afin que des contacts soient pris, des conseils et des documents échangés. Le partage d'expérience permet la prise de recul par rapport aux situations quotidiennes, l'apport d'idées nouvelles et renforce la solidarité à l'intérieur d'un même corps professionnel.

Ces échanges sont d'autant plus importants qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de référentiel qualité unique pour la formation infirmière.

3.2 L'utilisation d'un référentiel qualité

Comme nous l'avons précisé précédemment, il devient nécessaire qu'une instance officielle diffuse un référentiel commun à tous les instituts, pour plus d'efficacité et de transparence vis-à-vis des étudiants, des employeurs et des tutelles. Un temps d'appropriation est nécessaire pour que la réponse à ses exigences structure le dispositif de formation sans le rigidifier.

3.2.1 S'approprier le référentiel qualité

Pour que la qualité soit évolutive et partagée, le référentiel élaboré doit permettre la prise en compte des contextes très différents d'un IFSI à l'autre. Dans chaque référence, si les critères se rapportant à chaque processus sont nécessairement communs, la construction des indicateurs reste de la responsabilité de chaque structure de formation et donc du directeur. En effet, les critères, plutôt abstraits, représentent l'objectif visé par la qualité ; les indicateurs en sont la concrétisation, ils sont des indices tirés de l'expérience qui permettent de justifier que la réponse au critère est effective. Les acteurs vont donc s'approprier le référentiel en construisant eux-mêmes, en groupe de travail, les indicateurs qui leur paraissent pertinents au regard de la culture, des moyens de la structure mais aussi en fonction des critères du référentiel. Ils vont ainsi situer leur niveau de qualité voulue qu'ils feront évoluer dans le temps ; ce travail de groupe favorisera l'harmonisation des niveaux d'exigence entre les différents acteurs, indispensable pour la cohérence du dispositif de formation.

Par ailleurs, le fait de disposer d'indicateurs pertinents et de chercher à répondre du mieux possible aux critères a des incidences sur sa normalisation.

3.2.2 Limiter le champ de la normalisation

Comme l'ont exprimé certains formateurs, leurs craintes se situent autour de la marge d'autonomie et de créativité qui va leur rester s'ils doivent se conformer à trop de normes. En effet, la formation repose sur une relation pédagogique donc tout n'est pas normalisable ; une partie de la qualité provient de l'interaction entre deux individus, le formateur et le formé. Et c'est parfois l'écart à la norme, le contournement des règles qui font naître l'innovation, la créativité. Le système qualité, à travers ses procédures, doit tolérer ces prises de risque. De plus, prendre des initiatives encourage la responsabilisation des acteurs et renforce leur motivation ; un système documentaire, qui ne le permettrait plus, irait à l'encontre du développement de la qualité. Trop de conformité nuit à la différence qu'il faut considérer comme une ressource stimulante pour la qualité ; si tous les IFSI se ressemblent, les échanges deviennent inutiles et aucun enrichissement n'est possible.

Néanmoins, il est de la responsabilité du directeur de déterminer les écrits indispensables qui concernent la sécurité des personnes, des activités et des biens. L'objectif est donc formaliser des procédures ciblées, applicables qui peuvent être évaluées et mises à jour facilement, d'autant que la qualité n'est pas une finalité en soi ; elle est au service d'un client à savoir l'étudiant en priorité.

3.3 L'étudiant au centre du dispositif

L'écoute des clients est une composante indispensable de tout système qualité : c'est sa raison d'être. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les instituts de formation en soins infirmiers ont plusieurs clients qui ont des exigences différentes mais l'étudiant est celui sur lequel le directeur va se centrer en priorité ; il favorise son expression et son apprentissage grâce à un dispositif d'alternance cohérent.

3.3.1 Etre à l'écoute des étudiants

Le programme des études (arrêté du 28 septembre 2001) prévoit « un dispositif de suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant », orienté sur l'intégration des connaissances. Le formateur a pour mission d'aider l'apprenant à identifier son propre processus d'apprentissage et à trouver des solutions adaptées à ses éventuelles difficultés. De plus, il fait référence à son projet professionnel autour duquel doit s'articuler la formation ; cette notion est indispensable pour l'aider à construire son identité professionnelle. Mais, pour le rendre acteur de sa formation, il doit pouvoir donner son avis sur la formation qu'il reçoit et développer des capacités d'autoformation.

➤ Leur permettre une parole constructive

Dans la composition des groupes de travail concernant la mise en œuvre de la démarche qualité, le directeur encouragera la participation des étudiants, pour des thèmes qui les concernent directement. En effet, grâce à leur implication dans la phase d'autoévaluation, ils intègrent la dynamique de la démarche et sont mieux préparés à la transposer en situation de travail. C'est l'état d'esprit de la qualité qu'ils acquièrent : être toujours en éveil au regard de l'évaluation de son travail.

Actuellement, des questionnaires de satisfaction existent au regard des bilans de modules et/ou de fin d'année mais ils ne sont pas toujours exploitables parce que non intégrés dans un contexte général d'évaluation de la qualité. Les étudiants n'en comprennent donc pas le sens véritable et les remplissent superficiellement.

Enfin, comme dans l'IFSI C, des rencontres régulières entre les étudiants délégués, les formateurs et le directeur, auxquels pourraient se joindre des professionnels du terrain, permettront d'entendre leurs besoins et d'envisager les réponses possibles.

➤ Développer la pratique réflexive

Elle consiste à apprendre à analyser, par soi-même, son comportement dans une situation de travail donnée. Cette réflexion sur la pratique est une démarche de la pensée, centrée sur les conditions d'exercice de cette pratique afin de les décrire, d'en préciser les modalités. Elle peut être initiée par une analyse collective qui permet un échange, une discussion entre les participants. Elle favorise :

- L'implication critique sur la situation elle-même et sur le comportement de l'étudiant. En effet, elle interroge l'origine de cette pratique, son évolution, les moyens utilisés et les significations qu'elle prend tant dans le résultat que dans son déroulement. De plus, elle questionne l'étudiant sur ses réactions aux conditions dans lesquelles il agit, « sur la manière dont il s'approprie les connaissances et les techniques qu'il emploie...sur son expérience dans le champ d'action où il est impliqué par cette pratique »⁴⁴
- Un travail sur les différences légitimes, les oppositions parfois entre les savoirs développés à l'institut et les apprentissages effectués dans les services ; il permet aux étudiants de construire leurs compétences professionnelles et d'exercer la mobilisation de leurs savoirs.
- La professionnalisation des formateurs : la formation qu'ils dispensent va devoir s'adapter continuellement aux évolutions professionnelles.

Cet entraînement à questionner sa pratique professionnelle, à analyser certains écarts prépare l'étudiant à acquérir « l'état d'esprit qualité », à entrer plus facilement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité de ses prestations.

3.3.2 Organiser l'alternance de la formation

L'alternance est un enjeu quant au développement de compétences à l'hôpital. Pour le personnel qui encadre les étudiants, elle leur permet de les réinterroger et d'en développer d'autres ; la prise de recul par rapport aux pratiques existantes peut favoriser des propositions d'amélioration de l'organisation.

⁴⁴ HONORE B., *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan, 2003. p.185. Collection Ouverture Philosophique.

➤ Développer un réel partenariat entre l'institut de formation et les terrains de stage

Le projet de l'école faisant partie intégrante du projet de l'établissement de santé, le partenariat est décliné au niveau de tous les acteurs de la formation : les directeurs des soins gestion et formation, les cadres de santé des services et les cadres formateurs, les infirmières qui encadrent et les étudiants. Il dépend, essentiellement, de la volonté des personnes impliquées de travailler ensemble, pour construire des projets communs centrés sur les étudiants. Il nécessite :

- de partager des valeurs et des objectifs communs, concernant les étudiants, notamment dans les projets de soins et de formation portés par les directeurs des soins.
- de clarifier le rôle de chacun des acteurs à savoir, la place du formateur sur le terrain, celle du cadre de santé du service ou du tuteur dans l'encadrement, sans oublier celle de l'étudiant dans ses apprentissages.
- de formaliser ensemble (étudiants compris) des projets d'accueil et d'encadrement des étudiants en stage.
- d'élaborer des outils d'aide à la mise en œuvre d'une alternance de qualité : répertoire des lieux de stage avec fiche descriptive par service, carnet de bord pour les étudiants...
- d'évaluer le dispositif mis en place et ses effets sur la qualité de la formation.

➤ Construire une organisation apprenante

Une organisation apprenante est conçue comme un système ouvert, en relation avec d'autres systèmes, centré sur l'étudiant ; elle privilégie le travail en équipe, développe les compétences individuelles et collectives et instaure un processus d'apprentissage permanent.

L'alternance doit donc privilégier le modèle d'exploitation (au sens de J.Houssaye) plutôt que celui de la juxtaposition comme actuellement. L'apprentissage effectué dans le stage relève aussi de la compétence des formateurs et l'enseignement dispensé à l'IFSI concerne également les professionnels du terrain. Le formateur accompagne l'étudiant pour exploiter des situations vécues en stage : ce type de dispositif vise à mettre l'expérience en mots. Des réunions de concertation entre étudiant, tuteur et formateur permettent de définir une progression dans l'acquisition des compétences par les apprenants ; celle-ci peut d'ailleurs faire l'objet d'un contrat qui formalise l'engagement respectif des trois parties et clarifie la pertinence collective des prestations de chacun.

Les situations de travail formatrices alimentent la formation et permettent aux étudiants de construire leurs compétences ; ceux-ci sont, chaque fois que possible, mis

en situation de construire savoirs et compétences. Les méthodes pédagogiques, telle la pratique réflexive, sont plutôt centrées sur la construction du savoir et favorisent, chaque fois que possible, une individualisation du parcours de l'étudiant.

Par ailleurs, la participation des étudiants à la mise en oeuvre des démarches qualité dans les IFSI, est importante pour la démarche elle-même et notamment pour la fiabilité de l'autoévaluation ; mais, elle l'est aussi, pour l'apprentissage qu'ils en font, la dynamique qu'ils pourront transposer dans leur exercice professionnel futur.

CONCLUSION

Ainsi, la qualité se développe dans tous les domaines et la formation infirmière n'y échappe pas. L'exigence sociale est forte et justifiée d'avoir l'assurance que les professionnels formés sont compétents ; elle est renforcée par un besoin institutionnel de recruter des agents capables de s'adapter aux évolutions technologiques. Il ne faut pas oublier non plus la demande des professionnels de la formation, qui, même si elle est plus diffuse et parfois ambiguë, traduit leur préoccupation à fournir une prestation de qualité.

Il est donc de la responsabilité du directeur des soins de vérifier que le dispositif de formation remplit ses missions au regard des compétences attendues et met à la disposition des apprenants les moyens nécessaires pour réussir leur formation. Il va devoir trouver un juste équilibre entre la nécessité de construire un système ouvert, souple, capable d'innovation et d'adaptation pour répondre aux besoins des étudiants et celle de répondre à une conformité, d'appliquer des procédures pour prouver la qualité de la formation.

Néanmoins, la dynamique engendrée par la volonté d'une amélioration continue de la qualité permet de sortir du cadre normatif. S'engager dans une démarche qualité, c'est analyser cette dynamique à trois niveaux : celui de la régulation du système de formation, celui de son management et celui du dynamisme des acteurs qu'ils soient apprenants ou formateurs. C'est aussi anticiper l'avenir, renforcer la cohérence de la structure et sa crédibilité. Nul doute que la décentralisation des formations paramédicales les incitera à entrer dans une économie de services où il sera question d'efficience.

Par ailleurs, avec la promulgation de nouveaux textes réglementaires, elle peut faire évoluer le caractère actuellement non obligatoire de cette démarche, pour les IFSI. En effet, les conseils régionaux ont déjà une expérience en matière de qualité de la formation professionnelle et le plan de santé mentale prévoit, entre les représentants de ces instances et les professionnels, une concertation encadrée par le Ministère de la Santé, sur les conditions de mise en œuvre d'une procédure d'accréditation des IFSI. Néanmoins, la question du choix du référentiel devra être réglée avant de généraliser la démarche.

Par ailleurs, aux niveaux international et européen, des réflexions, des expérimentations et des échanges sont en cours pour que la formation devienne un processus permanent dans lequel chacun pourra, tout au long de sa vie, approfondir ses connaissances.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BERNARD C-Y. *Le management par la qualité totale*. Paris La Défense :Editions AFNOR, 2000. 327p.

BELLENGER L. *Piloter une équipe projet*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, Collection Formation Permanente, Janvier 2004. 206p.

BOUTINET JP. *Psychologie des conduites à projet*. 4^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France, avril 2004. 126p. Collection Que sais-je ?

CHAUVIGNE C. *ed. Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*. Rennes : Editions ENSP, 2004.175p.

DURIEUX P / *La démarche qualité dans un établissement de santé*. Vélizy : Doin Editeur, 1997. 164p. Collection Les guides de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

GOUDEAUX A., LORAUX N., SLIWKA C. *ed. Formateurs et formation professionnelle*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. 327p. Collection fonction cadre de santé.

FIGARI G., *Evaluer : quel référentiel ?*. Bruxelles : De Boeck Université, 1995. 191p. Collection Pédagogies en Développement.

GRANDJEAN H., MIENVILLE P., SCHNEIDERMANN B. *Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation*. Paris : Editions AFNOR, 2001. 218p. Collection AFNOR pratique.

HADJI C. *l'évaluation, règles du jeu, des intentions aux outils*. Paris : ESF éditeur. 1995, 190p. Collection Pédagogies.

HART J., LUCAS S. *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. 180p. Collection fonction cadre de santé.

HONORE B., *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan, 2003. 254 p. Collection Ouverture Philosophique.

LECOINTE M. *Les enjeux de l'évaluation*. Paris : L'Harmattan, 1997. 239 p.

LE SAGET M., *Le manager intuitif, une nouvelle force*. Paris : Dunod, 1992. 328 p.

SCHNEIDER J. *Réussir la formation en alternance*. Paris : INSEP Editions, 1999. 214p

TODOROV B. *ISO 9000, une force de management* Montréal : Gaëtan Morin Editeur, 1997. 194p. Collection AFNOR.

VIAL M. *Se former pour évaluer. Se donner une problématique et élaborer des concepts*. Bruxelles : De Boeck Université, 2001. 280p.

PERIODIQUES

ABALLEA F. « Les démarches qualité en formation : de la qualité virtuelle à la qualité réelle ». *Revue Education permanente*, Janvier 1996, n°126, pp.143-160.

BOYER C. « La démarche qualité, une opportunité pour les Ifsi ». *Soins Cadres*, Mai 2005, n°54, pp 58-62.

CLENET J. « L'ingénierie en formation(s), appliquer et/ou concevoir ? ». *Revue Education permanente*. Février 2004, n°157.

GOUDEAUX A. « A propos de la formation initiale et continue des personnels soignants hospitaliers : travail réel et formation en alternance ». *Recherche en Soins Infirmiers*, Septembre 1998, n°54, pp.17-70.

HOUSSAYE J. « L'alternance dans une histoire des courants pédagogiques ». *Revue POUR*, Juin 1997, n°154, pp.25-30.

LESSART C. BOURDONCLE R. « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? ». *Revue Française de Pédagogie*, 2^{ème} trimestre 2002, n°139, pp 131-154.

MORIER F. « De la qualité de la formation à la reconnaissance des compétences ». *Revue Education permanente*, Février 2001, n°147, pp.151-158.

MAUBANT P. « L'alternance en formation, questions et débats ». *Revue POUR*, Juin 1997, n°154, pp.11-23

VIAL M. « Les missions du formateur et la qualité : entre désignation et attribution ». *Revue Education permanente*, Février 2001, n°147, p.121.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel du 2 août 1996.

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

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel du 25 avril 1996.

Décret n°2002-550 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel du 23 avril 2002.

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

PUBLICATIONS DIVERSES

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Avril 2002. 77p.

ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation*. Septembre 2004.

Direction de l'évaluation et du développement pédagogique. *Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, projet*. Version 2. Rennes : ENSP, juin 2004, 50p.

MEMOIRES

GANIER M.A. *L'intégration des cadres de santé débutants : un enjeu pour le directeur d'IFSI*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 2004. 60p.

PERRIER-GUSTIN P. *Directeur des soins gestion et directeur des soins formation : duo ou dualité ?*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 2004. 59p.

SITES INTERNET

<http://www.anaes.fr>: site de l'ANAES devenue la Haute Autorité de Santé.

<http://www.legifrance.com>: site gouvernemental des textes officiels.

<http://www.unige.ch/fapse/SSE/groups/life> : LIFE : laboratoire de recherche Innovation – formation – éducation, PERRENOUD P, *développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : guide d'entretien

ANNEXE 2 : présentation des personnes interviewées

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis Marie-Christine DORE, actuellement Directeur des soins stagiaire en formation à l'ENSP.

Dans le cadre du mémoire professionnel, j'ai choisi de travailler sur la qualité de la formation initiale des infirmières et il m'a semblé important de vous rencontrer dans la mesure où vous avez mis en place la démarche qualité dans votre institut.

Je vous remercie de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour approfondir ma réflexion. Si vous m'y autorisez, je souhaiterais enregistrer cet entretien sachant que l'analyse en sera anonyme.

Sur la question de la qualité de la formation, pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe dans votre institut ?

SOUS-THEMES

- origine du projet :
 - date du début
 - motivations
 - par quoi commencer ?
- la mise en place du projet : qui participe ?
 - organisme extérieur
 - choix méthodologique (groupes de travail, réunions plénières)
 - temps passé
 - production d'écrits, lesquels
- ressources : quels soutiens, quelles forces
- difficultés : résistances, moments de découragements
- effets produits :
 - projet d'école (élaboration, diffusion, contenu, référentiels...)
 - Analyse des pratiques des formateurs (comment, valorisation, formalisation)
 - Quels changements majeurs ?

CLÔTURE DE L'ENTRETIEN

Je vous remercie de tous ces éléments qui vont venir étayer mon travail. Celui-ci sera à votre disposition à l'ENSP et si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir une synthèse.

ANNEXE 2

PRESENTATION DES PERSONNES INTERVIEWEES

Caractéristiques ? Enquêtés ?	Date obtention Diplôme Etat	Date obtention diplôme cadre	Autres diplômes	Date arrivée à l'IFSI	Particularités parcours professionnel
Formateur A 1	1978	1999 après 7 ans de « faisant fonction »	2000 : licence sciences de l'éducation	Juillet 2004 : cadre fonction transversale	1988 à 2004 : cadre formateur dans un autre IFSI.
Formateur A 2	1977	1991	1986 : IADE	2001	Expérience en services de soins
Formateur A 3	1979	1996	1991 : certificat de formatrice en manutention	2003	Expériences dans services de personnes âgées.
Formateur A 4	1982	1993	1984 : capacité en droit 1998 : diplôme IDE clinicienne	2000	1993 à 1998 : responsable école AS Expérience prof. dans le privé : cadre supérieur depuis 1998.
Formateur B 1	1978	1990 après 2 ans « faisant fonction » formateur		1988	Formation référent qualité
Secrétaire			1985 : BTS secrétariat de direction	2001	Expérience dans un organisme de formation privé
Directeur A		1991	DESS fonction formation	2002 (formation ENSP en 1999)	Formateur en IFSI ; DS autre IFSI
Directeur B		1986 ?	Formation en droit	1998 puis formation d'adaptation à l'emploi de DS IFSI	Cadre de proximité ; formateur en IFSI à l'APHP
Directeur C		1986	Maîtrise sciences de l'éducation DESS psychologie sociale	2000 après la formation de DS à l'ENSP	Formateur en IFSI ; cadre infirmière générale en clinique ; formateur en IFCS.
Directeur D		1996	IADE DEUG psychologie Maîtrise en sciences de l'éducation	2003	Faisant fonction cadre de santé en service, formateur à partir de 1993 et responsable qualité à l'IFSI