



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins
Promotion 2006

**L'adéquation entre les attentes des
clients et la stratégie managériale : place
de la démarche qualité dans la formation
professionnelle**

Catherine DAGORET

Remerciements

A Mesdames Catherine ROUAULT, directeur des soins directeur d'école IADE,

Denise BUFFIER, directeur des soins directeur d'école IADE et coordonnateur de l'institut des ambulanciers et du centre d'enseignement des soins d'urgence,

Isabelle CIPICIANI, Directeur des soins,

Marie Odile GALLANT, Coordinateur de Pôle de Formation,

En remerciement de leurs enseignements et de la richesse des ressources dont j'ai eu l'honneur de bénéficier tout au long de la formation à l'ENSP.

A Fabienne et Nelly, pour leur gentillesse et leur disponibilité

A mes parent pour leurs encouragements depuis tant d'années.

A Elodie et Augustin pour leur soutien, leur humour, et tous ces instants volés.

Au club des cinq, à Brigitte, à Olivier et à tous ceux dont l'amitié a été précieuse au cours de cette année.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 UNE APPROCHE THEORIQUE.....	5
1.1 LA QUALITE : DU CONCEPT AU MANAGEMENT	5
1.1.1 <i>Le concept</i>	5
1.1.2 <i>La démarche</i>	5
1.2 LA SATISFACTION DU CLIENT PRIORISEE	7
1.2.1 <i>Les normes</i>	7
1.2.2 <i>L'approche client fournisseur</i>	8
1.3 LA QUALITE EN FORMATION	10
1.3.1 <i>Les démarches qualité en formation</i>	10
1.3.2 <i>Les outils</i>	11
1.3.3 <i>L'approche client fournisseur en formation</i>	14
1.4 LA FORMATION PROFESSIONNELLE.....	16
1.4.1 <i>Une formation spécifique qui évolue</i>	16
1.4.2 <i>Une formation souvent revisitée</i>	17
1.4.3 <i>La formation des infirmier(e)s anesthésistes</i>	18
1.5 LES DEFIS QUI S'IMPOSENT AUX FORMATIONS SANITAIRES	20
1.5.1 <i>Défis d'ingénierie de la formation</i>	20
1.5.2 <i>Défis socio économiques</i>	21
1.5.3 <i>La décentralisation des formations sanitaire et sociales</i>	22
1.6 UNE STRATEGIQUE MANAGERIALE S'IMPOSE ALORS	24
2 L'ENQUETE.....	27
2.1 LA METHODOLOGIE	27
2.1.1 <i>L'outil</i>	27
2.1.2 <i>La population interrogée</i>	28
2.1.3 <i>Les limites de l'enquête</i>	29
2.2 L'ANALYSE DE L'ENQUETE	29
2.3 DES ZONES D'ATTENTES SUPERPOSABLES	30
2.3.1 <i>Une employabilité optimale</i>	30
2.3.2 <i>Des professionnels poly compétents et polyvalents</i>	31
2.3.3 <i>Une formation clinique structurée</i>	33
2.3.4 <i>D'une autonomie apparente des partenaires à une nécessaire congruence</i> ..	34

2.4	DES DIFFICULTES A SURMONTER	35
2.4.1	<i>La répartition des pouvoirs entre la région et la DRASS</i>	35
2.4.2	<i>Le budget</i>	36
3	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.....	39
3.1	UNE STRATEGIE POLITIQUE : DU PROJET D'ECOLE AU PROJET PEDAGOGIQUE.....	39
3.1.1	<i>Un environnement en mutation</i>	40
3.1.2	<i>Des axes stratégiques cohérents et clarifiés</i>	42
3.2	UNE STRATEGIE ORGANISATIONNELLE	42
3.2.1	<i>Piloter la structure</i>	43
3.2.2	<i>Rendre lisible l'utilisation des ressources</i>	43
3.3	UNE STRATEGIE DE FORMATION	44
3.3.1	<i>Une ingénierie de formation au service de la professionnalisation</i>	44
3.3.2	<i>Des orientations pédagogiques au service du développement des compétences</i>	45
3.4	UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION	47
3.4.1	<i>En externe</i>	47
3.4.2	<i>En interne : le management des ressources humaines</i>	49
3.5	UNE STRATEGIE D'EVALUATION	50
3.5.1	<i>Le dispositif pédagogique</i>	50
3.5.2	<i>Le dispositif de collaboration et d'ouverture</i>	51
3.5.3	<i>Le dispositif de gestion</i>	51
3.5.4	<i>La politique qualité</i>	51
	CONCLUSION.....	53
	BIBLIOGRAPHIE.....	55
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ACQ :	Amélioration Continue de la Qualité
AFAQ :	Association Française d'Assurance Qualité
AFNOR :	Association Française de NORmalisation
AS :	Aide Soignant
AQ :	Assurance Qualité
CEFIEC :	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres.
CEEIADE :	Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmier(e)s Anesthésiste(s) Diplômé(s) d'Etat
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CSFC :	Chambre Syndicale des Professionnels de la Formation
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
DS :	Directeur des Soins
DU :	Diplôme Universitaire
ENSP :	Ecole Nationale de Santé Publique
EPS :	Etablissement Public de Santé
IADE :	Infirmier(e)s Anesthésiste(s) Diplômé(s) d'Etat
ICPF :	Instituts de Certification des Professionnels de Formation
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISO :	International Standardisation Organisation
LMD :	Licence Master Doctorat
MAR :	Médecin(s) Anesthésiste(s) Réanimateur(s)
OPQF :	Offices Professionnels de Qualification de Formation
PRDFP :	Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles
SNIA :	Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésistes
VAE :	Validation des Acquis et de l'Expérience

Introduction

La situation à laquelle nous sommes confrontés, en tant que directeurs des soins est « une mise en perspective qui nous arrive de loin et d'ailleurs¹ »

Le contexte socio économique actuel nous conduit, que ce soit par le phénomène d'efficience ou de productivité, celui de la concurrence ou celui de la participation, à anticiper nos choix stratégiques et les attentes de nos clients.

Dans tous les milieux professionnels, des évolutions permanentes imposent à chacun de s'adapter pour maintenir, ou, de préférence, améliorer la qualité de la prestation fournie.

En même temps, la structure de fonctionnement doit prendre en compte les contraintes économiques et intégrer les exigences de la société qui souhaite davantage d'information et l'assurance d'un service optimal. La démarche d'amélioration continue de la qualité en formation peut être une réponse adaptée.

Le système industriel s'impose aujourd'hui à tous les secteurs d'activité. Il apparaît donc que nous sommes atteints par le mode d'organisation de l'industrie, par l'intermédiaire du secteur tertiaire en particulier, mais aussi, par tout ce qu'on appelle maintenant les industries de service. La formation, fournisseur de service, appartient à ce mode de production industriel.

A l'origine de la démarche qualité se trouve sans aucun doute la modification radicale du fonctionnement des entreprises du monde industriel. Dans les années 1920, Walter Shewhart proposait l'utilisation des mesures statistiques pour le contrôle du déroulement des différentes étapes de production d'un produit. Sa théorie des systèmes, support mathématique à l'étude du déroulement de la production, est restée à l'époque peu entendue dans le monde industriel américain. Les travaux de W. Edwards Deming², élève de Shewhart, sont venus éclairer différemment les concepts de management. Pour remédier à la crise économique des années quatre vingt, Deming propose un management, certes centré sur la théorie des systèmes et des méthodes scientifiques, mais intégrant également les aspects sociaux et humains de l'entreprise. La mise en œuvre du concept était sous tendue par un engagement fort des responsables dans la démarche. Cette véritable philosophie de gestion prônée par Deming pendant vingt ans, est reconnue aujourd'hui comme ayant largement contribué à l'essor des entreprises japonaises dans les années 1990.

¹ J.Beillerot, *responsabilité formation et direction : aspects sociologiques*, conférence débat.

² Roue Deming annexe 1

Le concept du «management par la qualité » figure aujourd'hui dans la grande majorité des livres traitant d'économie d'entreprise. Son développement dans les méthodes de gestion lui a apporté un éclairage plus actuel, mais il demeure fondamentalement centré sur l'objectif proposé par Deming, celui « d'aller vers l'excellence ».

Ainsi dans le monde industriel, la culture de la qualité peut sembler déjà ancienne. Initialement, elle se réduisait au « contrôle qualité » : évaluation *a posteriori* de la qualité d'un produit fini proposé au client. Elle s'est ensuite enrichie avec le concept « d'assurance qualité ». L'assurance de la qualité repose sur une connaissance préalable du client et de ses besoins. L'objectif est de satisfaire celui-ci, de façon plus constante sans majorer les coûts de production. Répondant à une obligation de moyens, l'assurance qualité s'est traduite, à la fin des années 1990 par la certification des entreprises de services utilisant les normes de l'*International Standardisation Organisation* (ISO). L'étude des séquences d'activité nécessaires à la production est alors placée au centre des actions de prévention des défauts. Elle garantit la qualité du produit délivré au client³.

En matière de santé, la démarche qualité est en route. Sa formalisation a commencé à des périodes variables propres à chaque pays développé. En France, la qualité semble être identifiée comme une priorité depuis la fin des années 1980. Initialement centrée sur l'aspect économique (les coûts), puis sur l'activité comme déterminant des ressources, elle a pu susciter l'inquiétude des usagers et la critique des professionnels. L'obligation légale pour les établissements, de garantir la qualité des soins par une « politique d'évaluation des pratiques professionnelles de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient » était déjà inscrite dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, définit un cadre réglementaire de mesures d'efficience. Cette ordonnance prévoit la mise en œuvre de l'accréditation, procédure d'incitation au développement de la qualité, fondée sur des exigences transversales. A la différence de la certification des entreprises, l'accréditation des établissements de soins ne devrait pas se résumer à un contrôle externe orienté par des référentiels normatifs. Aujourd'hui les professionnels de santé doivent exercer leurs compétences avec un objectif de qualité.

Cependant, force est de constater que la culture de l'évaluation et des démarches qualité demeure récente. Nous n'avons qu'une relative maîtrise des outils et des méthodes nécessaires à la mise en route de la dynamique, et ces actions doivent s'inscrire dans le long terme.

³ Napolitano G, Lapeyre J *ISO 9000*, la certification des services : de l'état d'esprit qualité au service gagnant. Les Editions d'Organisation, Paris, 1997 ;

Les travaux de normalisation sur la formation professionnelle ont commencé au début des années 1990. Ils ont largement contribué à faire évoluer la réflexion sur la qualité du service. Pourtant parler de norme sur le marché de prestations intellectuelles peut poser des difficultés si la norme y est considérée comme une contrainte obligeant à un conformisme intellectuel. Le rôle d'une commission de normalisation n'est pas de décider de « ce qu'il est bien de faire » mais de recenser les pratiques du marché qui satisferont à la fois les clients et les fournisseurs.

La principale utilité de la norme réside dans le pilotage de la réflexion sur l'aptitude de l'organisation à garantir le niveau de performance de ses processus. Elle oblige à se poser la question sur la transparence de son offre, sa valeur ajoutée, sur la réalité du service apporté au client et surtout sur la maîtrise de ses activités. La certification est alors un moyen d'afficher la preuve de sa fiabilité auprès de ses clients.

Aujourd'hui l'environnement des instituts de formation paramédicale change. La loi du 13 août 2004 réaffirme le principe selon lequel, à partir du premier janvier 2005, les régions ont l'entière responsabilité de l'apprentissage et de la formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi, dès lors que ces formations ne relèvent pas de l'entreprise ou de l'assurance chômage. Ce principe fait des régions de véritables pilotes de la formation professionnelle. Les formations sanitaires et sociales désormais prises en charge s'inscrivent dans l'exercice de sa compétence de droit commun. Elles intègrent le dispositif régional de la formation professionnelle sous forme d'un dispositif spécifique prévu dans le plan régional des formations professionnelles (PRDFP). Ce fait, crée un phénomène mal connu des instituts de formation, celui d'une possible concurrence entre les centres d'une même région. La productivité et l'efficacité des organisations vont être examinées avec une attention accrue dans le cadre de l'allocation des ressources.

Ainsi de nouveaux enjeux apparaissent. Or il est de notre responsabilité de directeur des soins de mesurer les enjeux de notre positionnement dans ce contexte. L'absence d'inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ou de certification, peut interpeller sur notre place dans la région, fragiliser notre attractivité et susciter des doutes sur notre appartenance future dans un système fondé sur un service rendu de qualité. Cette procédure représente alors une garantie voire une assurance pour l'avenir. Néanmoins elle ne saurait être décrétée sans fondement et l'interrogation de nos clients nous permettra peut-être de développer des stratégies organisationnelles adaptées à leurs attentes. La nécessité de se faire connaître et reconnaître par ses clients est avant tout d'ordre commercial. Le dirigeant d'un organisme de formation doit donc décider, à partir de la connaissance de son marché, quelle sera la démarche qui portera au mieux

son image. Il devra alors en tenir compte pour bâtir l'ensemble de sa politique d'entreprise.

Notre posture de responsable d'institut nous conduit bien à assurer la qualité de la formation et à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des écoles. Fonder la formation sur la connaissance des attentes des clients est une démarche qualité dont les motivations et les moyens de sa mise en œuvre restent à saisir et à définir.

Outre ce contexte, plusieurs raisons justifient l'intérêt porté à ce thème.

La première raison repose sur les missions du directeur des soins d'une école d'anesthésie, spécialité exigeante en terme de sécurité et engagée depuis des années dans cette démarche. Au regard des exigences règlementaires de cette formation, le DS se doit de coordonner, d'organiser et de contribuer à l'amélioration continue de la qualité de la formation afin de répondre au mieux aux évolutions techniques, technologiques et médicamenteuses. Les métiers se complexifient, il convient donc pour le directeur des soins d'anticiper les changements permanents, de penser la complexité en terme de vigilance et de perspectives.

La seconde raison est liée à la position d'interface du DS entre ses différents clients des structures de soins, tutelles pédagogiques ou financières. Dans ce nouveau contexte, le positionnement du directeur est de quitter une logique de dualité avec les tutelles pour entrer dans une relation triangulaire. En effet, le nouveau contexte impose une vision plus politique, plus stratégique et plus axée sur la communication. La transparence de nos organisations sur nos méthodes et résultats est essentielle aujourd'hui et l'engagement dans une démarche qualité, répond à cette exigence sociale. De plus elle crée une dynamique d'équipe dans les instituts de formation et fédère les acteurs. C'est une approche managériale garantissant la légitimité du système.

L'engagement dans une démarche qualité impose l'analyse des différentes alternatives qui s'offrent au champ de la formation.

Quelles seront les valeurs ajoutées d'une certification ou d'une démarche d'accréditation ou bien encore de l'engagement dans un processus fondé sur l'analyse du rapport client/fournisseur ? Quels seront les éléments de contexte et les déterminants qui vont avoir un impact sur le rôle stratégique du DS ?

Pour répondre à ce questionnement il est important dans un premier temps d'étudier les caractéristiques de ces différentes approches. Puis, à partir de l'analyse des attentes et des besoins exprimés par les différents clients, nous envisagerons les stratégies managériales conséquentes à une telle démarche.

1 Une approche théorique

1.1 La qualité : du concept au management

1.1.1 Le concept

Le concept qualité n'est pas une invention du XXI^e siècle. De tout temps, la qualité a été une notion rattachée à la fierté du travail bien fait. Toutefois, le concept moderne de qualité s'est développé plus intensément avec l'industrialisation et la mondialisation.

Le concept de « qualité » peut se définir comme l'« aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire les exigences des clients et d'autres parties intéressées »⁴. Cette définition semble tout à fait opérationnelle dans le domaine étudié.

La plupart des entreprises définissent la qualité comme la « maîtrise de l'ensemble des processus conduisant à la satisfaction des clients ». L'idée de la qualité ne repose plus seulement sur des concepts tirés des sciences de la matière : robustesse, durabilité, puissance. Elle vise le service rendu par le produit qui intègre désormais des notions appartenant au registre des sciences cognitives.

1.1.2 La démarche

Au sein des entreprises, on parle de démarche qualité pour décrire les efforts réalisés afin de parvenir à une organisation dont le niveau de performance est tel qu'en toute probabilité les besoins des clients ne peuvent qu'être satisfaits de manière optimale. Faire de la qualité, c'est se structurer en vue de satisfaire ses clients.

La démarche qualité est exigeante. Elle doit être menée par des personnes capables d'anticiper, de conceptualiser, de structurer, d'analyser, de trouver des solutions nouvelles, d'animer des groupes de travail, de convaincre, de rédiger des documents aux références complexes. Ces personnes doivent également bien connaître l'entreprise. Le choix d'un responsable qualité parmi les membres du personnel déjà en place est d'ailleurs à privilégier.

L'engagement dans une démarche qualité ne peut justifier n'importe quel type d'action. Car, si la non qualité pèse sur les coûts, la qualité aussi peut coûter.

⁴ ISO 9000 : 2000.

A) Le contrôle de la qualité :

C'est un contrôle a posteriori de la conformité d'un produit. L'action est dirigée sur la détection et la correction des défauts de conformité.

B) L'Assurance Qualité (AQ) :

Elle « consiste à garantir un niveau constant de qualité grâce à une organisation spécifique »⁵. L'action est dirigée plus sur la prévention des non conformités que sur leur détection. Elle sous-tend la mise en place de procédures et d'outil divers. Elle s'attache aux processus d'obtention de la qualité conformément au contrat établi entre le client et le fournisseur. Elle donne confiance au client. Elle aboutit à la certification des entreprises.

L'une des deux méthodes sera choisie lorsque les risques sont connus et que des actions préventives sont envisageables.

C) L'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ)

Elle repose sur l'idée que la qualité peut être continuellement améliorée en utilisant des techniques fiables pour étudier et perfectionner un processus. Cette approche s'oppose à l'idée traditionnelle que la meilleure performance est obtenue par l'inspection et l'élimination des problèmes. C'est une nouvelle forme de pensée, un nouveau management induisant de nouvelles méthodes. Ce n'est en aucun cas une méthode standard, un système fermé, une pensée unique.

On fera ce choix lorsque « les objectifs de qualité sont définis mais non formellement établis »⁶.

D) Le management de la qualité :

Le principe de management de la qualité est une règle ou une théorie complète et fondamentale de conduite et de fonctionnement d'un organisme, dont l'objectif consiste en l'amélioration permanente des performances à long terme, en s'orientant vers les clients, tout en tenant compte des besoins de l'ensemble des parties prenantes.

Il est aussi appelé gestion de la qualité. Il est défini par l'ISO 9000 : 2000, norme dédiée aux principes essentiels et vocabulaire des systèmes de management de la qualité comme étant : « un ensemble d'activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité »

Il s'agit bien d'une extension et d'une généralisation à l'ensemble de la structure. Cette démarche prend en compte les clients, les professionnels, les financeurs.

⁵ P Roussel, cours ensp février 2006.

⁶ Ibid.

« Il est souhaitable que l'adoption d'un système de management de la qualité relève d'une décision stratégique de l'organisme » conseille l'Association Française de Normalisation (AFNOR). La conception et la mise en œuvre d'un système de management de la qualité tiennent compte de besoins variables, d'objectifs particuliers, des produits fournis, des processus mis en œuvre, de la taille et de la structure de l'organisme.

Monsieur Roussel préconise ces deux dernières approches lorsqu'on souhaite dépasser les seules exigences et recommandations.

E) L'entrée dans la démarche

L'entrée dans la démarche d'ACQ peut se faire de différentes manières :

- Soit à partir de normes externes qui vont permettre de programmer des projets et de hiérarchiser des actions. C'est donc la norme qui structure le projet.
- Soit à partir d'une évaluation relevant d'une autoévaluation, d'un audit qualité, d'un audit clinique ou d'indicateurs et de tableaux de bord.
- Mais on peut également entrer dans cette démarche par l'identification d'évènements indésirables ou à la suite de plaintes. C'est alors le doute qui initie le projet.

La qualité fait désormais partie des exigences premières de la clientèle et ne peut même plus constituer un argument marketing tant elle est comprise comme un dû. De ce fait, elle joue en défaveur de celui qui ne la maîtrise pas.

1.2 La satisfaction du client priorisée

1.2.1 Les normes

Les normes ISO 9000 ont été définies en 1987 puis elles ont été révisées en 1994 et à nouveau en 2000. Ainsi la norme ISO 9001 version 1994 est essentiellement centrée sur le produit alors que la norme ISO 9001 : 2000 porte essentiellement sur les processus permettant de réaliser un service ou un produit.

La présente Norme internationale ne vise ni l'uniformité des structures, des systèmes de management de la qualité, ni celle de la documentation. Les exigences complètent celles relatives aux produits. Cette Norme peut être utilisée aussi bien par l'organisme en interne que par des parties externes, y compris des organismes de certification, pour évaluer sa capacité à satisfaire les exigences des clients, de la réglementation et de l'organisme lui-même.

Cette Norme encourage l'adoption d'une approche processus afin d'accroître la satisfaction des clients par le respect de leurs exigences. «L'un des avantages de l'approche processus est la maîtrise permanente qu'elle permet sur les relations entre les

processus au sein du système de processus, ainsi que sur leurs combinaisons et interactions ».⁷

Les normes ISO 9000 / 2000 sont fondées sur huit principes de management de la qualité dont l'application permet d'accroître les performances d'un organisme. Leur rôle est de faciliter la réalisation des objectifs qualité. Il s'agit de :

- L'écoute client,
- Le leadership,
- L'implication du personnel,
- L'approche processus,
- Le management par approche système,
- L'amélioration continue,
- L'approche factuelle pour la prise de décision,

Et les relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs.

1.2.2 L'approche client fournisseur

La recherche de la satisfaction des clients était au départ, une démarche plus interne qu'externe aux entreprises privées. Très vite celles-ci ont constaté la nécessité de prendre en compte « l'existence d'un lien fort et mobilisateur entre le comportement des acteurs du service et l'expression de la satisfaction par les clients ».⁸

L'année 1999 a vu l'Europe s'emparer du vocable « Customer Relationship Management » (CRM), que l'on peut traduire par « le management de la Relation Client »⁹. Dès le milieu des années 1980, de grands établissements financiers, soucieux d'analyser les risques financiers liés aux clients, ont travaillé sur l'utilisation des technologies et développé des outils d'analyse de risque et d'enrichissement de la connaissance du client. Il a fallu attendre ces dernières années pour que les entreprises prennent conscience qu'au-delà d'une amélioration de la rentabilité immédiate, un énorme gisement potentiel restait à exploiter. Il était possible de transformer la relation avec le client en le plaçant au centre des préoccupations de l'entreprise, en l'écoutant, en lui apportant les produits et les services qu'il attendait. Le pouvoir du client ne cesse alors de s'accroître. « Il décide de la manière dont on va le servir, il joue un rôle actif dans le développement de nouveaux produits. Au final, la traditionnelle inégalité entre client et

⁷ Catalogue AFNOR « NF EN ISO 9001 ».

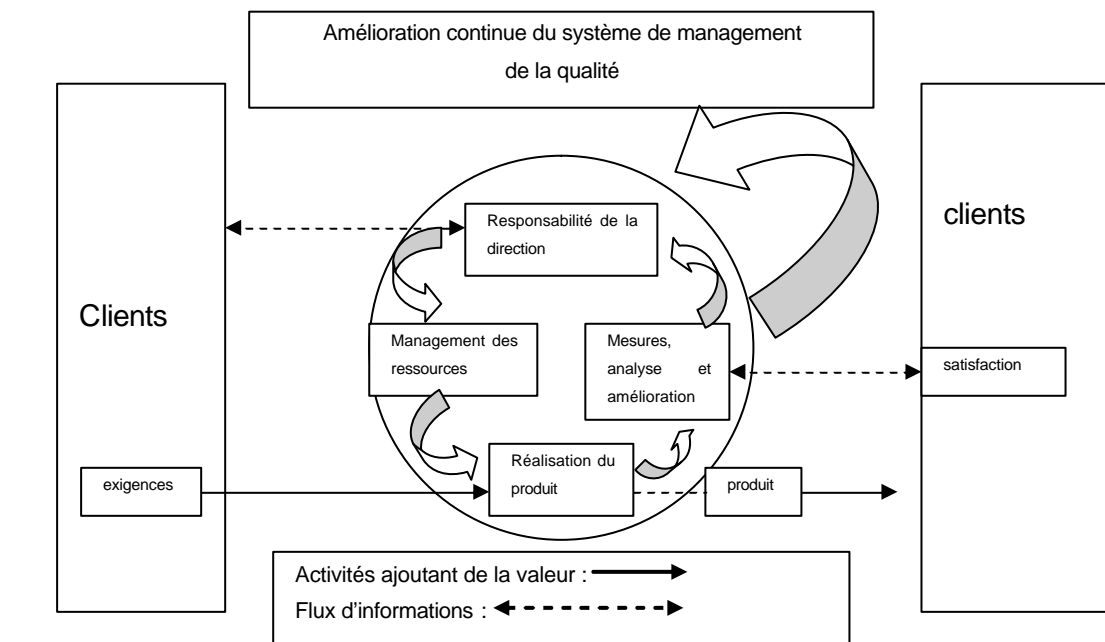
⁸ AVEROUS B, AVEROUS D. Mesurer et manager la qualité de service, la méthode CYQ? Insep consulting éditions, 2004. p18.

⁹ ALARD P, DIRRINGER D. La stratégie de relation client. Liège : Dunod, 2000. p 1.

fournisseur s'efface au profit d'un véritable échange : le client devient un partenaire de l'entreprise ».¹⁰

L'entrée dans une ère plus concurrentielle renforce l'intérêt pour des modèles développés dans l'entreprise, elle nous incite à être novateur et à interroger nos multiples partenaires. Manfred Mack montre que des entreprises « dans un environnement plus complexe et plus incertain » se sont efforcées à aller de l'avant « sachant que la meilleure manière de se donner un réel avantage concurrentiel est d'apprendre plus vite et mieux que les autres »¹¹. Dans un contexte général de décentralisation, on a assisté à « plusieurs étapes d'évolution dont les principes ont été : le management par objectifs, la quête de l'excellence, les démarches qualités, allant jusqu'à la qualité totale »¹². De cette évolution, se dégagent plusieurs tendances dont « une ouverture de plus en plus grande vers l'extérieur, c'est-à-dire vers le client, le marché, l'environnement et la société au sens large »¹³. Il s'agit bien de se préoccuper des attentes du client mais également du contexte dans lequel il évolue.

Le modèle extrait du catalogue AFNOR (présenté ci-dessous) montre le rôle significatif joué par les clients lors de la définition des exigences en tant qu'éléments d'entrée. La surveillance de la satisfaction des clients exige l'évaluation des informations concernant leur perception du niveau de réponse de l'organisme à leurs exigences.



¹⁰ Ibid. p 88.

¹¹ MANFRED M. Co-évolution Dynamique créatrice, libérer les richesses de l'intelligence partagée. Paris : Village Mondial, 1997. p 3.

¹² Ibid

¹³ Ibid

1.3 La qualité en formation

L'instruction est devenue obligatoire en France à la fin du XIX^{ème} siècle, faisant passer l'Ecole d'un système "élitiste" à celui "de masse". La volonté politique républicaine d'égalité des chances et des droits pour chaque citoyen, sur tout le territoire, a été concrétisée par la mise en place d'un système éducatif centralisé, aux programmes et cursus bien définis par des experts en éducation. Il s'agit avant tout pour l'Ecole de former des citoyens français libres et responsables et d'asseoir la République en tant que régime politique.

L'évolution très rapide de la société de consommation à partir des années 1960, entraîne un besoin croissant d'adaptations et de modifications des compétences utilisées. L'offre de formations à finalités directement professionnelles s'élargit. Il s'agit dans ce cas de former des acteurs opérationnels de la vie économique.

Les organismes de formation ont donc cette dualité à gérer : "Former des citoyens libres, responsables et acteurs de la vie économique". Cela ne va pas sans débats de société, tout à fait nécessaires dans le monde de la globalisation économique et de la construction européenne d'aujourd'hui.

Depuis les années 1989-1990, l'État ne cesse d'impulser cette dynamique par différents moyens et incitations.

C'est dans ce contexte que se développent en France les différentes initiatives relatives à la qualité dans les lycées, les collèges, les universités, tant en formation initiale qu'en formation continue. En parallèle des évaluations réglementaires, des organismes d'enseignement supérieur ou de formation ont développé des démarches de Certification ISO 9000 ou d'Accréditation. Certaines sont incitées, voire imposées, par les clients financeurs, d'autres sont affichées volontairement par les prestataires.

1.3.1 Les démarches qualité en formation

A la différence d'une évaluation qui consisterait à produire un jugement sur une formation à partir de la comparaison entre le souhaité et l'observé, une démarche qualité vise une amélioration continue. C'est une composante du management d'un projet ou d'un système. Les démarches qualité ont comme but l'amélioration des résultats par une utilisation plus efficace des moyens humains et matériels et une amélioration des processus. Elles peuvent se satisfaire de cette amélioration mais peuvent aussi donner lieu à la délivrance d'un certificat ou d'un label reconnus facilitant la commercialisation des prestations ou produits.

Les chartes de qualité sont les premières formes d'une recherche de qualité. Elles expriment une prise de conscience de la part des organismes de formation. Éléments fédérateurs à l'origine, elles n'ont cependant pas la valeur juridique qui leur permette de constituer une véritable garantie.

La démarche qualité instrumentée, avec son système de normes et de certifications, ayant fait la preuve de son efficacité dans le monde industriel, a servi de modèle au secteur de la formation professionnelle. L'un des premiers bénéfices de cette démarche est l'adoption d'une définition normalisée de la qualité acceptée de tous. Désormais, est appelée qualité : l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Ce changement de vocabulaire, correspond à une modification plus profonde des mentalités. Il permet d'affirmer que la formation est bien un service, et la relation entre le commanditaire et le prestataire de formation une relation client fournisseur, avec toutes les conséquences qui en découlent. Dès lors, les « outils » du secteur industriel (normes, certifications, qualifications) peuvent être appliqués au secteur de la formation professionnelle.

1.3.2 Les outils

Les organismes ont plusieurs façons de témoigner auprès de leurs clients partenaires, de leur préoccupation pour la qualité de leurs produits et services, en utilisant le référentiel adapté à leur politique :

- Homologation, habilitation
- Chartes ou Labels
- Qualification (OPQF...)
- Normes Afnor
- Marque NF Service
- Certification ISO 9000
- Prix d'Excellence.

A) Homologation, habilitation :

L'homologation :

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité utilise des référentiels spécifiques pour valider des formations professionnalisantes et qualifiantes allant du niveau V (CAP) au niveau I (ingénieur) pour tout organisme public, semi-public ou privé. Créée en 1972, cette démarche est chargée d'homologuer les titres et diplômes de l'enseignement technologique et de les inscrire sur une liste établie par niveau et par métier, groupe de métiers ou type de formation. L'homologation est délivrée pour trois ans et fait l'objet d'un Arrêté au Journal Officiel de la République Française.

L'habilitation :

L'habilitation concerne les établissements ou les programmes de formations aptes à délivrer des diplômes homologués ou reconnus par les autorités de tutelles.

B) Chartes :

Les Chartes Qualité visent à garantir la qualité de la relation client/fournisseur par un engagement formel que les organismes affichent et respectent. Les établissements respectant les Chartes Qualité bénéficient de l'octroi d'un Label qui les valorise en garantissant leurs produits et services vis-à-vis de leur clientèle.

C) Labellisation, qualification :

Sur le modèle des Offices Professionnels de Qualification (OPQ), présents dans différentes professions (bâtiment, conseil en management...), la Fédération de la formation professionnelle, en accord avec le ministère du Travail, a impulsé la création d'un office professionnel de qualification des organismes de formation (OPQF).

Son objectif est d'attribuer aux organismes de formation (personnes morales) un label basé sur la reconnaissance du professionnalisme, des compétences et de l'expérience professionnelle dans un ou plusieurs domaines de qualification sélectionnés parmi les 19 domaines existants. A ce jour, certaines régions proposent ces outils aux instituts de formation des aides-soignants.

Il existe maintenant des délégations régionales de l'OPQF. Un annuaire par ordre alphabétique d'organismes et par domaines est consultable sur Internet.

Dans le but de faciliter la lisibilité des compétences des formateurs, l'Institut de Certification des Professionnels de la Formation (ICPF) a été créé en 1995 à l'initiative des organismes privés de formation et de la Chambre Syndicale des Professionnels de la Formation (CSFC). Contrairement à l'OPQF, il ne certifie pas les organismes mais des individus. Le certificat est attribué à titre individuel, à toute personne exerçant une activité entrant dans le champ de la formation professionnelle. Trois niveaux sont proposés : agréé pour les débutants, qualifié pour les formateurs exerçant depuis cinq ans et expert pour ceux avec plus de dix ans de pratique.

D) Certification par des normes

a) *AFNOR* :

Les normes AFNOR sont des référentiels qui spécifient des caractéristiques de produit ou de service. Elles ont pour fonction de garantir une qualité constante aux produits et services considérés. Ces normes n'ont aucun caractère obligatoire mais sont utiles pour faciliter les relations client fournisseur. Elles permettent de clarifier les spécificités et

caractéristiques du service dès la conception, en analysant méthodiquement les conditions à remplir et les étapes à respecter.

Il existe actuellement six normes homologuées, spécifiquement créées pour la formation professionnelle. Les normes AFNOR tiennent compte de toutes les obligations légales.

La marque NF Service "Formation Professionnelle" :

La marque NF appliquée à la formation professionnelle a été créée pour répondre aux besoins de définition des produits et de leur niveau de performance. Cette marque NF a pour objet d'attester la conformité d'un service à la norme NF X50 761, les autres normes de la série aidant l'organisme dans sa démarche globale. L'objectif est d'assurer la qualité et la transparence de la prestation en vue d'obtenir et de garder la confiance du client. De plus, ce marquage est proche, mais moins pesant et plus spécifique, que la certification de type ISO 9000.

b) Les normes de la série ISO 9000 :

Il s'agit d'une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, service ou système est conforme aux exigences spécifiées.

Ces normes internationales ne sont pas spécifiques au domaine de la formation. Elles sont génériques et s'appliquent à tout processus de production d'un produit ou d'un service, quelque soit le secteur d'application. Elles sont constituées de cinq documents dont trois normes qui servent de base pour les certifications : ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003, modèle pour l'assurance de la qualité en conception, développement, production, installation et prestations associées. Depuis décembre 2000, la norme ISO 9001 « systèmes de management de la qualité-exigences » remplace les normes ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003.

La nouvelle norme ISO 9001 présente une approche processus. L'approche processus oblige à un raisonnement transversal. Il augmente la réactivité et la cohérence du système. L'orientation vers le client est plus prononcée. La part accordée aux ressources humaines et au management est plus marquée et plus importante. Les exigences documentaires et la recherche de l'efficacité sont mieux adaptées.

Plusieurs organismes de formation sont actuellement certifiés pour toutes ou une partie de leurs activités.

E) Accréditation par des référentiels

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 »¹⁴.

L'ENSP propose un référentiel généraliste qui tend à être applicable à tous les instituts de formation professionnels supérieurs. Ce référentiel constitue un « outil de développement au service des organismes accrédités ».¹⁵ La troisième partie porte sur «l'assurance qualité interne ». A ce titre elle s'intéresse aux modalités de fonctionnement et de régulation internes mises en œuvre pour tendre à améliorer et à garantir le service rendu aux bénéficiaires. Le domaine « évaluation » identifie «l'adéquation et la transférabilité » des compétences acquises et requises. Il interroge « la satisfaction » des bénéficiaires (étudiants ou employeurs). Cela fait directement référence à l'adéquation nécessaire entre les attentes des clients et les stratégies à mettre en œuvre au sein d'une l'école d'IADE par exemple. Cette partie étend la satisfaction attendue à toutes les «parties prenantes ». Les bénéficiaires sont multiples, qu'ils soient directs, employeurs, recruteurs ou financeurs. Les références 7.2.1 à 7.3.4 peuvent servir de moyen d'alerte à une meilleure mobilisation interne dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Le CEFIEC quant à lui propose un manuel d'auto diagnostic, guide à usage multiple, qui reste spécifique aux instituts de formation en soins infirmiers (FSI). Il n'a pas de portée généraliste et propose d'initier la démarche qualité, de réactualiser le projet pédagogique et de cerner les actions principales à développer.

Actuellement un groupe de travail intitulé « accréditation des établissements de formation », réunit plusieurs associations professionnelles. Il a été mis en place auprès de la Direction Générale de la Santé.

1.3.3 L'approche client fournisseur en formation

L'idée fondamentale des démarches qualité est la maîtrise des relations entre "clients" et "fournisseurs", aussi complexes soient-elles, afin d'établir une confiance réciproque et la satisfaction du client. Ce principe appliqué à la formation tend à faire glisser le couple formateur/formé vers celui de fournisseur/client, ce qui induit un regard différent sur l'apprenant.

¹⁴ ENSP, direction de l'évaluation et du développement, *la qualité partagée* ;

¹⁵ Ibid.

Ainsi, pour être cohérentes et efficaces, les démarches qualité en formation utiliseront la satisfaction des clients, complexes par nature, et impliquant stagiaires, employeurs, intervenants, entreprises et Etat. Ceux-ci peuvent se confondre pour certaines actions et même devenir co-producteurs. Il est alors utilisé la notion de système client.

De la même façon, la notion de client partenaire d'un système de formation devrait s'affiner en conservant et en analysant pour chaque cas les nuances, les degrés et les interactions des intérêts différents de l'étudiant, du monde socio-économique et des institutions qui participent au financement.

La demande sociale est prégnante et croissante. Les clients exigent d'avoir affaire à des personnes capables de réagir à des événements, de faire face à des situations non routinières, d'aller au-delà des procédures à exécuter, de faire face à l'inédit, de prendre des initiatives pertinentes, d'innover au quotidien. Tout cela dans un système extrêmement sécurisé comme celui des soins. Parallèlement, le client exige que les compétences de ses fournisseurs soient évaluées pour y recourir en toute confiance. C'est pourquoi les instituts de formation sanitaire ont intérêt à anticiper toute exigence réglementaire pour rendre lisible leur fiabilité. Ce d'autant que l'on exerce des métiers au sein d'établissements de santé dans lesquels la certification est imposée. C'est-à-dire que le client final des dispositifs de formation, le malade, est déjà habitué à rechercher ces informations.

L'entreprise devient un réel acheteur averti de formation. Progressivement, la satisfaction du client guide les actions et l'organisation des centres de formation. La notion de client est alors élargie aux recruteurs de ces professionnels sortant de formation. Or, pour répondre aux attentes de tous ces clients il est à noter que c'est l'organisation de la formation dans son ensemble qui est interrogée. « La réussite d'une telle approche est surtout dépendante de l'organisation de l'entreprise »¹⁶. Pour Alard et Dirringer quel que soit le point d'entrée dans la relation client, « la garantie du succès passe par une harmonie entre les solutions proposées, l'organisation existante et les ressources humaines qui la compose ».¹⁷

¹⁶ ALARD P, DIRRINGER D. La stratégie de relation client. Liège : Dunod, 2000.p 291

¹⁷.Ibid.

1.4 La formation professionnelle

1.4.1 Une formation spécifique qui évolue

La professionnalisation est « un processus du sujet inachevable, sans cesse repris, qui fait du professionnel un être en changement, en progression constante, en désir de qualité ». ¹⁸

Former un professionnel, c'est « l'aider à problématiser des situations de travail et non lui donner des certitudes » ¹⁹. La formation professionnelle prend donc aujourd'hui des formes un peu différentes. Il s'agit « d'acquérir des savoirs utilisables dans un cadre de situations données ». ²⁰

En effet, la compétence professionnelle prend une place de premier plan dans les préoccupations des entreprises ou des individus. Pour faire face à des exigences croissantes de qualité et de réactivité, à des événements imprévus, à l'inédit, les futurs professionnels devront élaborer et mettre en œuvre des réponses appropriées et prendre des initiatives pertinentes. Il leur faut donc construire des compétences adéquates pendant leur formation pour devenir une personne « qui sait gérer une situation professionnelle complexe ». La question se pose alors de savoir comment construire des compétences et développer le professionnalisme. Pour Guy Le Boterf, « il s'agit d'avantage d'une question relevant de l'ingénierie des compétences plutôt que d'une question ayant trait uniquement à l'ingénierie de la formation ».

La valorisation des compétences cognitives et sociales dans le travail demande à l'opérateur au travail de plus en plus souvent d'anticiper, de donner du sens, de communiquer et de coopérer. Ces nouvelles exigences font évoluer, de fait, les exigences pédagogiques. Charge aux organismes de formation de développer les compétences attendues dans les nouvelles formes d'organisation du travail :

- « des compétences de l'ordre de l'adaptabilité, de la flexibilité, des poly-compétences,
- des compétences sociales et collectives (travail en équipe, coopération,...)
- des compétences méthodologiques et cognitives : résolution de problème, analyse de situations...

¹⁸ VIAL.M, faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ?

¹⁹ Ibid.

²⁰ LE BOTREF.G, l'ingénierie des compétences.

- des compétences liées à la prise de recul par rapport à ses pratiques. »²¹

1.4.2 Une formation souvent revisitée

Longtemps dédiée à l'apprentissage de métiers manuels elle s'est étendue à de nombreux champs professionnels au cours des années. Cette formation se situe en alternance dans l'entreprise et à l'école. Le passage dans l'entreprise doit donner du sens à l'acquisition du savoir.

L'expérience préalable et la réflexion sur l'exercice vécu du métier permettent d'organiser ce va et vient entre pratique et réflexion théorique qui est un des fondements de l'alternance. L'entreprise et l'école sont complémentaires.

L'alternance est donc une autre façon d'apprendre qui privilégie le vécu de l'expérience dans la construction du savoir, d'où une alternance efficace quand la personne fait le lien entre les activités pratiques et leur formalisation en classe. Ce que confirme B.Donnadieu « il s'agit d'un processus cognitif où l'apprentissage se réalise par modélisation conceptuelle permettant la problématisation, le passage de l'expérience sensible, vécue, à l'expérience intelligible »²².

Les formations sanitaires initiales ou de spécialité, sont inscrites dans ce mode d'apprentissage avec des temps variables et toujours en évolution dans la distribution des rythmes entre enseignement clinique et enseignement théorique.

Il peut exister plusieurs conceptions de la professionnalisation. Cinq principes directeurs orientent le modèle proposé par Guy Le Boterf.

- 1- On ne « professionnalise » pas des personnes nous dit Le Boterf, « seules celles-ci peuvent «se » professionnaliser si elles en ont la volonté et y consacrent l'énergie et les efforts nécessaires.
- 2- La professionnalisation est orientée vers la construction d'une « professionnalité » pour ceux qui s'y engagent.
- 3- Le professionnalisme se construit au travers de parcours spécifiques.
- 4- La professionnalisation inclut la formation mais ne se réduit pas à celle-ci.
- 5- La professionnalisation suppose la mise en place de moyens de développer la réflexivité et la distanciation critique des professionnels sur leurs pratiques, leurs compétences et leurs représentations, leur façon d'agir et d'apprendre ».²³

²¹ WITORSKI.R, la professionnalisation en actes et en question, l'harmattan, Paris, 2005, pp 17, 18.

²² DONNADIEU.B, la formation par alternance, coopération herméneutique.

²³ LE BOTERF.G, ingénierie des compétences.

Il convient de noter la nécessité pour les centres de formation, d'adapter leurs organisations pour répondre au mieux à ces besoins. Mais également d'être attentifs lors de la sélection des candidats et durant la formation à ce qu'il existe, chez l'étudiant, un réel projet professionnel, indispensable à tout apprentissage.

Les instituts vont devoir raisonner en terme de professionnalisation et non seulement en terme de formation. Il leur revient de réunir les moyens qui permettent aux élèves d'agir en « professionnels » dans les diverses situations qu'ils auront à gérer.

Or, à ce jour, les formations paramédicales s'inscrivent dans un contexte en pleine mutation.

1.4.3 La formation des infirmier(e)s anesthésistes

Elle est organisée conformément à l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste .

L'école des IADE est sous triple tutelle : pédagogique par la DRASS, financière par le conseil régional, et gestionnaire par l'établissement de rattachement : un CHU.

Ses missions sont de former des infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat et des sages-femmes Diplômées d'Etat à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences et de la prise en charge de la douleur.

Cette formation est sous la responsabilité médicale d'un professeur des universités praticien hospitalier en anesthésie réanimation, qui assure les fonctions de conseiller scientifique.

La direction est confiée à un directeur des soins issu de la spécialité²⁴.

Il est responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation des enseignements, de l'encadrement de l'équipe pédagogique, du contrôle des études et du fonctionnement général de l'école.

Il est garant de la qualité des enseignements et de l'apprentissage en stage.

L'équipe pédagogique est constituée d'infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) cadres de santé.

Ils participent aux différentes missions de l'école sous la responsabilité du directeur des soins.

La formation dure deux ans. 70 semaines sont consacrées à l'enseignement clinique en établissement de santé public ou privé et 10 semaines à l'enseignement théorique.

²⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Le texte précise : « La formation d'infirmier anesthésiste s'appuie sur 3 concepts :

- formation d'adulte ;
- formation par alternance ;
- formation professionnalisante.

Cette formation repose sur une pédagogie participative fondée sur le projet professionnel de l'élève. L'emploi de méthodes actives lui permet :

- de s'impliquer dans sa formation ;
- de s'auto évaluer ;
- d'engager une réflexion sur sa profession ;
- de devenir un professionnel autonome et responsable.»²⁵.

Les objectifs de la formation sont en conformité avec le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

« En fin de formation, l'élève doit être capable de :

participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésie réanimation aux techniques : d'anesthésie générale ; d'anesthésies locorégionales ; assurer la prise en charge de la personne soignée au cours : des différents actes d'anesthésie ; des situations de réanimation ; du traitement de la douleur ; des situations d'urgence ; assurer la continuité des soins ; contribuer à la sécurité des personnes soignées ; développer une réflexion éthique ; participer à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé ; participer à la recherche en soins infirmiers et d'en faire communication ; analyser, évaluer sa pratique professionnelle et participer à l'évaluation de la qualité des soins ; s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé »²⁶

Depuis plusieurs années, et pour répondre aux attentes du ministère, le CEEIADE²⁷ travaille au plan national et en collaboration avec le Syndicat des infirmiers anesthésistes (SNIA) à l'élaboration d'un référentiel métier. A ce jour, et avec l'aide d'un cabinet de consultants spécialisés, ces deux entités aidées par des professionnels IADE, élaborent un référentiel de compétences afin de mieux répondre aux exigences professionnelles et de guider les processus de formation. Il s'agit dans ce champ professionnel, d'une recherche d'amélioration continue de la qualité. Les écoles ont néanmoins besoin de ce travail en amont pour construire leurs référentiels de formation.

²⁵ Arrêté du 17 janvier 2002

²⁶ Arrêté du 17 janvier 2002

²⁷ Comité d'entente des écoles d'infirmier(e)s anesthésistes diplômés d'Etat.

Cette démarche de travail de collaboration entre système de formation et professionnels renforce la richesse de l'engagement dans une démarche qualité à partir d'une « écoute client » ;

1.5 Les défis qui s'imposent aux formations sanitaires

1.5.1 Défis d'ingénierie de la formation

A) Une approche métier qui valorise les compétences

Les évolutions du système de santé (offre de soins, connaissances médicales et technologiques renforcées, contraintes économiques, démographiques,...) se répercutent sur les qualifications, les savoirs et les compétences des professions sanitaires. De même, les évolutions de la formation professionnelle (validation des acquis et de l'expérience (VAE), Formation tout au long de la vie) influent sur l'organisation et le fonctionnement des IFSI.

Pour permettre la mise en place de la VAE, une reconstruction des parcours de formation en modules élaborés au regard des compétences s'impose.

Dans ce but et pour harmoniser le champ des professions, les décideurs politiques, encouragent les professionnels à élaborer un référentiel de compétences par profession.

Grâce à cet outil et au référentiel des métiers de la santé publié par le ministère, les programmes de formation sont revisités par le législateur.

En effet, à la richesse de l'alternance correspondent des exigences d'organisation parmi lesquelles on note la nécessité de disposer de référentiels de compétences, véritables cibles de professionnalisation.

B) La réforme de la formation professionnelle

Cette réforme induite par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale concernera la fonction publique hospitalière dans les années à venir. Elle ouvre la perspective de parcours personnalisés de professionnalisation, l'élargissement de l'offre de formation, l'engagement réciproque de l'employeur et du salarié sur le développement du professionnalisme. Ces nouvelles modalités de professionnalisation et de personnalisation vont demander aux instituts de formation des soignants une réflexion, une création et une articulation de l'offre de formation. Celle-ci se construira et s'articulera en étroite collaboration avec les directeurs des soins des établissements pour être cohérente et ajustable aux exigences de fonctionnement des établissements de santé.

C) L'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles, actuellement préconisée pour le corps médical va sans doute s'étendre à l'ensemble des soignants. Ce processus va impacter

les directions des soins par le biais des collaborations développées au sein des établissements et des instituts de formation. Ceux-ci vont être sollicités pour participer à la mise en œuvre du processus et adapter les enseignements pratiques et dirigés dans des orientations préalablement définies.

Les programmes qualité en formation se développent de plus en plus. L'évaluation des processus de formation passe par une autoanalyse des pratiques de formation et oblige de plus en plus les directions des écoles à développer un processus qualité visant à la certification des écoles et instituts de formation.

Les pouvoirs publics légifèrent pour créer une méthode commune de référentiels compétences, limiter les disparités et les abus, harmoniser les pratiques, les méthodes d'organisation et les modes d'évaluation de la qualité des formations. Toutes les formations ne sont pas encore concernées mais la dynamique est enclenchée.

1.5.2 Défis socio économiques

Une formation professionnelle prépare à un métier dont l'objectif est la mise en œuvre immédiate des capacités acquises en situation de travail. Quelquefois appelée formation industrielle, elle est en interrelation forte avec les entreprises. Ce dernier type d'éducation a une culture beaucoup plus sensible aux démarches qualité. En effet, la demande de formation détermine fortement l'offre, notamment au moyen des financements provenant des branches professionnelles, des entreprises, ou de l'État. Bien que la qualité ait toujours été la préoccupation des organismes de formation professionnelle et des formateurs, soutenus par le secteur industriel, les démarches formelles, qui jusqu'alors n'étaient appliquées que dans les entreprises de production, se développent de plus en plus.

Les enjeux économiques de plus en plus forts et les besoins importants d'adaptation aux évolutions techniques et technologiques, fait progresser rapidement les démarches qualité dans le domaine de la formation professionnelle. L'adaptation de la formation au marché du travail est devenu un élément important dans la politique de lutte contre le chômage.

Le mode de financement des organismes de formation professionnelle se positionne dans un environnement concurrentiel, avec obligation de résultat. La notion de relation "client fournisseur" est souvent utilisée.

Le corps social demande beaucoup plus qu'auparavant la preuve que les sommes investies par l'État, les Régions ou les Collectivités, soient bien utilisées.

L'évaluation des actions de formation est tout d'abord de garantir que l'effort fourni par tous les acteurs en temps, énergie et argent offre à l'entreprise commanditaire un retour significatif. « Ce retour peut se manifester de différentes façons : une plus grande

technicité, un regain de motivation, une communication plus efficace bref, une meilleure rentabilité et productivité à court moyen et long terme ».²⁸

Les professions sanitaires et sociales se situent aujourd'hui dans ce nouvel environnement. Pour assumer sa responsabilité du bon usage des deniers publics, l'État développe des indicateurs d'efficience des organismes qu'il finance. Les formations sanitaires et sociales relevant dorénavant des régions vont sans doute devoir s'inscrire dans cette logique à plus ou moins long terme. Il est à noter que certains instituts comme celui des aides-soignants (AS) sont parfois déjà labellisés par leur région.

1.5.3 La décentralisation des formations sanitaire et sociales

A) Les dispositions générales applicables aux formations sanitaires et sociales

La loi du 13 août 2004²⁹ prévoit que la région définit et met en œuvre la politique en direction des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une formation professionnelle. Les formations sanitaires et sociales désormais prises en charge s'inscrivent dans l'exercice de sa compétence de droit commun. Elles intègrent le dispositif régional de la formation professionnelle sous forme d'un dispositif spécifique prévu dans le plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP)³⁰.

Les formations sanitaires transférées concernent :

l'ensemble des formations préparant aux professions paramédicales, à savoir :

- Une profession médicale à compétences définies : Sage-femme,
- Les professions de soins, de rééducation et médico-techniques : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien - lunetier, diététicien,
- Les professions de soins non réglementées : préparateur en pharmacie hospitalière, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale, cités à l'article L.4383-1 de la loi du 13 août 2004,
- La formation des cadres de santé.

²⁸FEUILLETTE-CUNNINGHAM.I. Le nouveau formateur. Paris : Dunod 3ème édition, 2003.

²⁹Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

³⁰Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité

a) *Le champ de compétence de l'Etat : la pédagogie.*

- Il fixe les conditions d'accès aux formations, détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants (le représentant de l'Etat dans la région contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation),
- Il délivre les diplômes,
- Il fixe de façon annuelle ou pluriannuelle au plan national pour chaque région, le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titre exigés pour l'exercice de la profession considérée.

Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le représentant de l'Etat dans la région communique toutes les informations permettant le transfert en connaissance de cause de la charge du fonctionnement de l'équipement des écoles et instituts mentionnés à l'article L. 4382-3 dudit code (art 73-VII).

b) *Le champ de compétence de la région : les financements.*

- elle fixe le nombre des étudiants, selon les besoins de la population,
- elle répartit les quotas d'étudiants et les capacités d'accueil entre les instituts ou écoles, sur la base du schéma régional des formations sanitaires.
- elle autorise la création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII, sur autorisation délivrée par le président du conseil régional.

Les autorisations et agréments mentionnés peuvent être retirés en cas de non respect et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces instituts ou écoles.

- elle attribue des aides aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation. La nature, le niveau et les conditions d'attribution des aides sont fixés par délibération du conseil régional.

Aucune condition de résidence ne peut être exigée des élèves et étudiants.

- elle a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts mentionnés, lorsqu'ils sont publics.

La région participe au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements quand ils sont privés, financement à la hauteur des dépenses engagées antérieurement par l'Etat, pour les établissements privés ou publics (art 73-XI).

La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles et instituts ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique.

Lorsque l'école ou l'institut relève d'un établissement public mentionné au titre Ier ou au titre IV du Code de l'éducation, les autorisations et agréments prévus à l'art. L. 4383-2 font l'objet d'une convention entre la région et l'établissement public.

La création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres Ier à VII fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du conseil régional.

Le président du conseil régional agréé les directeurs des instituts ou écoles de formation (Art. L. 4383-3). Les autorisations et agréments mentionnés peuvent être retirés en cas de non respect et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces instituts ou écoles.

Cette répartition des responsabilités n'est pas sans poser problème. Elle met en scène trois acteurs : la DRASS représentant l'Etat, la région et l'établissement de santé gestionnaire, avec chacun leur champ de décision et leurs liens de dépendance les uns des autres. Leurs logiques ne sont pas ordonnées de la même manière. Ainsi, des incompréhensions se développent.

1.6 Une stratégie managériale s'impose alors

Pour répondre aux nombreux défis qui s'imposent et pour s'inscrire dans une démarche qualité en cohérence avec les attentes de nos clients, le développement de stratégies managériales adaptées semble un enjeu de réussite pour la formation professionnelle. Selon Steiner et Miner (1982) et Agyris (1985), « la stratégie est une réponse aux forces externes et internes qui ont un impact sur l'entreprise »³¹. La stratégie va permettre aussi un meilleur positionnement de l'institut dans le nouvel environnement des formations sanitaires puisque pour Porter, c'est « la recherche d'un avantage concurrentiel ». « C'est un ensemble de décisions ou d'intentions qui visent à agir sur les conditions d'insertion de la firme dans son environnement (Andrews, 1987) »³². Outre ses atouts en externe, la stratégie est également « une force mobilisatrice pour les parties prenantes ».³³

La stratégie clarifie les orientations de l'institut. Ainsi, elle induit plus de transparence et de lisibilité du système. Elle est selon Hax « la résultante de trois processus différents, un processus cognitif individuel, qui permet de comprendre l'environnement de l'entreprise et d'en connaître les ressources, un processus social et organisationnel, qui rapproche les

³¹ CÔTE M, MALO M.C. La gestion stratégique, une approche fondamentale. Québec : Gaétan Morin éditeur, 2002. p 2.

³² Ibid.

³³ Ibid.

points de vue et suscite l'engagement par le moyen de la communication interne et de la recherche d'un consensus, et un processus politique. »³⁴

Ce modèle venu de l'entreprise a montré que le processus stratégique ne dépend pas seulement des dirigeants (représentant les actionnaires : les *shareholders*) mais de nombreux acteurs : les porteurs d'enjeux ou parties prenantes (*stakeholders*). Ceux-ci ont un rôle d'incitateurs et de surveillants.

Dans ce travail, le choix a été fait d'identifier les « parties prenantes » de la formation IADE en temps que « client ». La stratégie s'appuie donc sur les attentes de nos partenaires/clients. Elle est une aide pour le directeur des soins qui recherche une cohérence entre les orientations internes et l'environnement. « Les orientations stratégiques retenues, pour être durables, doivent refléter les valeurs et les visions des principaux dépositaires d'enjeux. »³⁵

La stratégie est une aide individuelle à la décision dans la mesure où elle intègre la notion de complexité dans l'action et diminue la zone d'incertitude. E Morin nous rappelle « le propre de l'action, comme de la connaissance, c'est la stratégie, c'est de rassembler le maximum de certitudes, de plausibilités, et là-dessus de construire son scénario d'action. »³⁶

L'enjeu majeur pour un directeur des soins directeur d'un institut de formation est bien de mettre en place des projets cohérents dans une approche systémique, individuelle et collective. Cet éclairage théorique devrait l'y aider.

³⁴ Ibid., p 22.

³⁵ Ibid., p 119.

³⁶ MORIN E, LE MOIGNE J L. Comprendre la complexité dans les organisations de soins. ASPEPS Edition, 1997. p72.

2 L'enquête

2.1 La méthodologie

La recherche documentaire s'est orientée vers les différentes méthodologies de démarches qualité en entreprise, dans le domaine de la santé ou celui des services. Une étude des supports existants (normes référentiels ...) complète la recherche.

En ce qui concerne la qualité en formation, peu de centres de formation sanitaire sont certifiés à ce jour ou engagés de manière formelle dans ce type de démarche. Des recherches sur des sites Internet et les enseignements durant le cursus de formation relatent des expériences réalisées dans le champ de la formation en général. Néanmoins, quelques instituts de formation para médicale sont certifiés ou en cours de certification dans différentes démarches. Deux entretiens auprès de directeurs sont réalisés pour découvrir et évaluer les atouts, les limites et le principe de réalité de telles démarches.

2.1.1 L'outil

La recherche portant sur la relation client/fournisseur dans une démarche d'amélioration de la qualité, le choix s'arrête sur des entretiens semi directifs comme méthode principale de collecte de données. Celle-ci nous semble être la plus adaptée car elle laisse la possibilité aux personnes interrogées d'enrichir la discussion. Cette méthode nous permet de construire peu à peu notre sujet et d'éclairer les pistes de recherche et de propositions. Les entretiens sont conduits après une prise de rendez-vous. Un minimum d'information sur le choix du thème est donné à l'enquêté pour limiter les biais.

Les entretiens ont été enregistrés après accord des personnes et en rappelant les règles de confidentialité. Ils ont duré en moyenne cinquante minutes. Les éléments recueillis ont été classés sous forme d'un tableau proposé par P Roussel³⁷. Ce tableau figure en annexe 3.

Les entretiens doivent permettre :

de mesurer :

- Les attentes des clients,
- Les exigences de production,
- Les besoins à court et moyen terme,

et d'étudier quelles sont les zones d'attente superposables et les difficultés à surmonter.

Le guide des entretiens figure en annexe 2. Les questions ont été présentées, testées et discutées lors des ateliers mémoire de l' ENSP.

³⁷ ROUSSEL P. La visite de conditionnement des EHPAD. Rennes : ENSP éditions, 2004. p 22.

Au cours de l'enquête, la grille a été enrichie d'un questionnaire supplémentaire concernant les relations entre l'école et les parties prenantes. En effet, la première tutelle interrogée, a rencontré quelques difficultés à répondre aux exigences professionnelles attendues spécifiquement chez les IADE. Par contre, elle a exprimé des attentes en terme de relations. Cet élément semblait manqué à la richesse des informations recueillies.

2.1.2 La population interrogée

L'enquête s'est limitée à la formation IADE considérant que la démarche pourra être étendue à d'autres instituts ou écoles du même champ professionnel.

L'enquête a été réalisée dans deux écoles IADE, au sein de deux CHU, sièges de nombreuses formations paramédicales. Cette enquête auprès des élèves et des professionnels est complétée par des entretiens au conseil régional et à la DRASS.

Réaliser ainsi cette enquête limite le biais d'identifier les attentes de clients/élèves au regard d'un seul modèle de formation. Les deux écoles de CHU ont la même capacité d'accueil de 15 élèves par promotion. Par contre leur manière de fonctionner est très différente. L'une ne bénéficie que d'un poste (équivalent temps plein) de formateur occupé actuellement par deux IADE à mi-temps et non titulaires du diplôme de cadre. L'autre, grâce à des activités de formation plus diversifiées, est dotée de trois cadres de santé IADE à temps plein. Les stratégies managériales et les choix pédagogiques sont différents mais la représentation du professionnel IADE est similaire. Ces instituts sont dirigés par des directeurs des soins issus de la spécialité, l'un en poste depuis 1982, l'autre depuis janvier 2006 à l'issue d'une formation à l'ENSP.

En ce qui concerne les clients/recruteurs, ils exercent dans des structures de même taille et sont confrontés à des problématiques qui se ressemblent.

Les clients d'une école IADE sont identifiés :

- les élèves, comme clients directs du système de formation (3),
- les recruteurs (3):
 - des médecins anesthésistes réanimateurs, comme recruteurs, collaborateurs directs et responsables médicaux des actes des IADE,
 - un directeur des soins, recruteur et responsable de l'organisation des soins dans l'établissement de santé,
- les tutelles (3). en tant que clients de résultats car fournisseur de ressources :
 - le directeur des ressources humaines représentant, par délégation le directeur général, l'établissement gestionnaire,
 - le représentant de la DRASS siégeant au conseil technique,

- le responsable de l'organisation des formations sanitaires au conseil régional.

	Structure n°1	Structure n°2	total
Elève de 1 ^{ère} année	1		1
Elève de 2 ^{ème} année	1	1	2
MAR	1	1	2
Directeur des soins	1		1
DRH établissement gestionnaire		1	1
Inspecteur de la DRASS		1	1
Représentant du Conseil régional	1		1
total	5	4	9

2.1.3 Les limites de l'enquête

Les limites de cette enquête sont principalement liées au faible nombre d'entretiens réalisés. Cela est relatif au fait de choisir une investigation plus qualitative que quantitative dans ce travail.

L'accès difficile auprès de certaines personnes interrogées, notamment au niveau de la région, explique également cette limite. Le transfert des instituts de formations sanitaires à la région, est un thème sensible, surtout dans les relations CHU-région en matière de budget. Les silences parlent souvent plus que les longs discours.

2.2 L'analyse de l'enquête

A l'issue de l'enquête, il ressort que de nombreuses zones d'attentes sont superposables même si la graduation et la hiérarchisation des éléments diffèrent.

Les difficultés à surmonter reposent principalement sur deux aspects : l'aspect financier entre le conseil régional et les établissements de santé, et la décentralisation qui confie les responsabilités financières et pédagogiques à deux entités différentes. Le conseil régional a depuis des années la responsabilité de formations professionnelles mais dans ce champ, il est garant de la formation dans son ensemble.

Force est de constater que chacun attend que les centres de formation apportent la preuve de leur niveau de performance et respectent la réglementation.

2.3 Des zones d'attentes superposables

2.3.1 Une employabilité optimale

Pour la région³⁸ et la DRASS, la compétence attendue se traduit d'abord en terme d'employabilité. La formation professionnelle doit en effet répondre aux besoins de la région tant dans une réflexion d'aménagement du territoire que dans une logique démographique. Ces deux éléments répondent à la préoccupation du conseil régional pour satisfaire ses électeurs, « électeurs de proximité ». La dimension territoriale sous tend celle de périmètre et influe le jeu des acteurs. Or aujourd'hui, le fait de territorialiser trouve sans sens dans des éléments humains : la démographie, le vieillissement de la population ou la désertification de certaines zones.

La DRASS, de par son travail avec les missions régionales de santé ou au sein du comité démographique des professions de santé, est à même d'obtenir des renseignements complémentaires et intéressants. Ses attentes s'inscrivent dans la politique nationale dont les enjeux majeurs sont de répondre aux besoins de santé de toute la population, de développer la qualité des pratiques et de renforcer la sécurité sanitaire. La visée de la DRASS est complémentaire de celle du conseil régional plus spécialisé dans l'aménagement du territoire et du maillage territorial.

Les attentes de ces deux partenaires s'expriment aussi en terme d'attractivité, c'est-à-dire de « publicité sur les plus-values d'un institut » qui sait « valoriser ce qu'il fait » et le communiquer dans la région. D'où l'importance de transparence et de lisibilité apportée par les démarches qualité.

La question se pose au directeur des soins de mesurer en quoi et jusqu'où les tutelles peuvent contraindre l'organisation interne de l'institut. D'évaluer sa zone de liberté qui se situe peut-être dans l'ouverture de l'institut à son environnement et la capacité de son responsable à initier, développer et entretenir des liens avec ce dernier. Mais la zone d'autonomie peut sans doute être utilisée aussi dans l'anticipation, en inscrivant au plus tôt les instituts de formation dans une démarche de certification.

L'employabilité est également liée aux capacités à exercer son métier grâce à des compétences professionnelles mises au service des malades, dès la sortie de formation. C'est alors que tous les partenaires se rejoignent pour évoquer les notions de

³⁸ Ce terme sera utilisé pour qualifier le conseil régional ou ses représentants.

professionnels de qualité : « professionnels adaptés et adaptables ». Ce qui nous amène à interroger les compétences spécifiques attendues au terme de la formation afin que le professionnel soit « opérationnel de suite » mais aussi qu'il reste « curieux » et sache évoluer dans son métier et dans l'établissement où il exerce.

En un mot, nos partenaires souhaitent « des professionnels poly compétents et polyvalents », ce qui interroge alors directement la stratégie de formation.

2.3.2 Des professionnels poly compétents et polyvalents

La polyvalence peut se définir comme « une capacité à prendre en charge plusieurs activités avec une efficacité égale et la poly compétence comme la capacité d'intégrer dans l'exercice de ses activités d'autres aspects, autocontrôle, maintenance....Polyvalence et poly compétence permettent de rendre l'organisation plus souple, plus réactive »³⁹. Ce qui correspond aux attentes des recruteurs puisque l'IADE est un professionnel qui travaille dans plusieurs spécialités, plus ou moins sur plusieurs sites de manière régulière ou sous forme de garde. D'ailleurs c'est cette caractéristique qui est identifiée comme « très attractive dans ce métier » par les futurs IADE.

A) Des compétences techniques et cognitives

« Maîtriser la dimension technique de son travail, c'est indispensable pour tous. Faire preuve de responsabilité, d'autonomie, de capacités relationnelles et de créativité, c'est ce qui fait la différence » (Aubrun et Orofiamma, 1991).⁴⁰

La maîtrise des gestes techniques est une attente forte. L'adresse gestuelle est un élément essentiel de la qualité du soin. Mais les élèves IADE sont déjà des professionnels de santé, l'attente visera cette maîtrise dans un contexte de prise en charge globale du patient associant l'analyse, l'évaluation et la capacité à réagir ou à prévenir le MAR. L'IADE aura aussi à exécuter ces gestes dans des secteurs d'activité variés et/ou à un niveau de difficulté élevé. Néanmoins personne ne remet en doute l'utilité de travaux sur mannequins au sein de l'école afin de « prendre confiance » quand on est élève, de « pouvoir questionner ses formateurs », et de pouvoir faire des liens avec l'enseignement théorique.

³⁹ A Masson, M Parlier, les démarches compétence ;

⁴⁰ SOREL M, WITORSKI R. la professionnalisation en actes et en questions. L'Harmattan, 2005. p 191.

Cette attente de compétences techniques confirme l'importance du temps de stage dans cette formation. Car rien ne remplace la mise en situation clinique qui offre l'occasion d'échanger avec ses pairs ou les médecins sur la pratique mais aussi sur les pratiques professionnelles. Ce temps d'échange favorise chez l'étudiant la compréhension des situations, de leur complexité et de leur dépendance au contexte. C'est là toute l'articulation entre le pratique et le cognitif.

Les élèves confirment la complémentarité du travail fait en stage et de celui fait à l'école au cours de travaux dirigés portant sur des études de cas concrets.

Les compétences cognitives reposent aussi sur la capacité à apprendre. Des connaissances approfondies en anatomie, physiologie et pathologie sont indispensables. Car ce qui est attendu par le médecin c'est une « capacité à anticiper, à analyser, à identifier et à réagir à une situation critique ». Il s'agit d'un « apprentissage au quotidien que les élèves devront poursuivre en tant que professionnels ».

Pour atteindre le niveau de performance espéré, les élèves souhaitent pouvoir s'auto évaluer facilement et régulièrement. Connaître les critères d'évaluation des mises en situation professionnelle est un moyen intéressant. Ils aimeraient également « disposer d'outils leur permettant de se situer au cours du cursus de formation ». Mais ce dont ils sont très demandeurs c'est d'une présence régulière des formateurs pendant le stage et ce, surtout en début de formation. Attente légitime qui s'inscrit dans la reconnaissance de cadres formateurs issus de la spécialité et formés à la pédagogie. Mais aussi en phase avec un projet pédagogique qui valorise ce besoin si souvent exprimé.

Tous nos partenaires reconnaissent dans la spécialité d'anesthésie la même spécificité exprimée différemment : « zéro erreur », « pas le droit à l'erreur ». Ce qui explique pourquoi les élèves jugent indispensable de se « construire un schéma mental des éléments de sécurité ». D'être en capacité « d'effectuer les gestes en urgence à froid ou dans des conditions difficiles ».

B) Des compétences comportementales et relationnelles

Fondées sur un projet professionnel solide, les qualités personnelles se manifesteront. En effet, les candidats à une formation doivent avoir mûri en amont leur choix professionnel, avoir une représentation de leur futur métier et de ses exigences.

Un recrutement rigoureux et attentif doit permettre de déceler ces aptitudes professionnelles attendues en terme de curiosité et d'esprit d'ouverture. Ouverture nécessaire non seulement à cause de l'évolution rapide des techniques et des technologies, mais aussi, capacité « d'ouverture aux autres professionnels, ouverture sur

l'institution avec la participation à des groupes de travail. Egalement des capacités à faire partager son expertise dans l'établissement ». Pour le directeur des soins d'un établissement de santé, « l'IADE est un relais entre le monde du bloc opératoire et les unités de soins ».

D'autre part, l'IADE travaille au sein d'une équipe pluri professionnelle dans laquelle les champs de responsabilité sont à la fois très bornés et avec de nombreuses interfaces. Son domaine d'expertise se situe uniquement dans la délégation d'actes par le MAR, ce qui explique que tous les responsables enquêtés attendent des professionnels qu'ils « connaissent leurs limites » et ne soit pas « des cow boy ». En effet, la sécurité et la qualité des soins sont, dans ce domaine en particulier, une préoccupation majeure. Or toute déviance ou malhonnêteté peut avoir des conséquences majeures et dramatiques pour le patient.

L'IADE doit être « un vrai collaborateur du médecin » que celui-ci soit présent immédiatement ou au sein du bloc. La confiance doit s'établir rapidement entre IADE et MAR. Grâce à ses capacités comportementales l'IADE sait appeler le médecin au moindre doute, il sait prendre des initiatives dans « le cadre qui lui est donné ».

Ces partenaires attendent tous que l'école forme des professionnels « capable d'agir avec pertinence et compétence » dans une situation de travail. « On reconnaîtra qu'une personne sait agir en compétence si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles et de son environnement pour gérer un ensemble de situations professionnelles, afin de produire des résultats satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire. ».⁴¹

2.3.3 Une formation clinique structurée

Les attentes du DRH rejoignent celles du directeur des soins de l'établissement et les attentes des élèves dans la nécessité de formaliser l'encadrement en stage. Ceci permet pour le DRH de rester « en phase avec le terrain ». Pour le directeur des soins, cela s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité par l'amélioration de la prise en charge des élèves allant peut-être jusqu'à une fidélisation ensuite sur l'hôpital. De plus, cela contribue à l'analyse des pratiques professionnelles au regard du questionnement suscité.

Pour les élèves, c'est « avoir un référent » auquel on peut recourir pour faire évaluer ses performances. Formaliser cet encadrement, c'est également contractualiser avec les

⁴¹ Le Boterf G, gestions hospitalières, décembre 2005, p 774.

cadres de proximité pour reconnaître le temps d'encadrement comme un temps de travail effectif. C'est admettre l'importance du temps laissé à la « verbalisation en stage et aux échanges sur les pratiques professionnelles ». Dans ces espaces formatifs, le savoir professionnel se construit, l'élève apprend à se positionner, contextualise les actes et comprend leur hiérarchisation.

Progressivement ces situations réelles les aident dans l'apprentissage de « la gestion du stress », qualité attendue par les recruteurs mais aussi par les futurs professionnels eux-mêmes.

2.3.4 D'une autonomie apparente des partenaires à une nécessaire congruence

Une plus grande ouverture à de nouvelles logiques et à de nouveaux espaces est une demande forte de nos partenaires. Ces attentes sont superposables en terme d'ouverture mais elles sont assez spécifiques à chaque partenaire.

A) Ecole/région

L'arrivée de la région dans les formations paramédicales nous confronte à des logiques mal connues de notre milieu. Principalement le champ politique de proximité et la relation aux électeurs. L'argent engagé doit être justifié. C'est pourquoi la région n'impose pas encore mais souhaite que les instituts de formation paramédicaux s'inscrivent rapidement dans des démarches de labellisation, de certification ou d'accréditation. Pour elle, comme pour la tutelle pédagogique, ou l'établissement de santé de rattachement, cela démontre l'efficacité et la plus value du système de formation. Cela légitime les sommes investies. La région a en effet l'habitude d'avoir des retours sur la qualité de ce qu'elle finance. Parfois la justification a lieu en amont à l'occasion de la présentation du cahier des charges.

B) Ecole/DRASS

La DRASS souhaite que les centres de formations sanitaires s'investissent dans des groupes de travail régionaux ou inter régionaux avec des partenaires du même métier afin d'harmoniser les diplômes ou avec d'autres partenaires de formation tels que l'éducation nationale. La demande se situe dans la communication en externe des différentes formations et métiers possibles. Il s'agit de rendre plus lisible à un public plus large l'offre de formation et de répondre ainsi aux problèmes de pénurie de certains professionnels de santé.

C) Ecole/région/centre hospitalier/DRASS

Il s'agit de créer un partenariat triangulaire. Les écoles, quelques fois par l'intermédiaire du DRH de l'établissement et la DRASS sont invitées à participer à l'élaboration du

schéma régional des formations sanitaires. Bien sur les axes définis seront avant tout politiques mais la volonté de travailler ensemble doit primer.

D) Ecole/centre hospitalier

Trois demandes principales sont identifiées.

L'une relève de la direction des ressources humaines de l'hôpital qui considère l'école comme devant « véhiculer les valeurs de l'établissement ». Le DRH enquêté considère que « le projet pédagogique fait partie du projet d'établissement au même titre qu'un projet de service », que l'école appartient à l'établissement comme toute unité fonctionnelle et qu'à ce titre la collaboration est évidente.

La direction du personnel souhaite également que l'école soit ouverte sur les évolutions des établissements de santé et reste réactive aux changements actuels tels que la certification, l'évaluation des pratiques professionnelles ou la mise en place des pôles d'activité qui impose une « flexibilité qui doit être vécue comme une richesse » par les nouveaux professionnels. La DRH préfère l'appellation : « établissement support » ou « établissement de rattachement » plutôt que celle « d'établissement gestionnaire ». Cette sémantique souligne la volonté de l'établissement de créer des liens constructifs et de réelle collaboration.

2.4 Des difficultés à surmonter

Ces points sont peu nombreux, ils relèvent de la décentralisation qui est un phénomène récent et dont la mise en œuvre demande quelques ajustements. Même s'ils ne trouvent pas de solutions directes dans les choix stratégiques de l'école, ils méritent d'être pris en compte et impactent le dispositif dans sa dimension relationnelle.

2.4.1 La répartition des pouvoirs entre la région et la DRASS

La décentralisation des professions sanitaires et sociales a eu lieu dans un contexte politique national qui n'a pas aidé le dispositif à se mettre en place. Les régions se plaignent de ne pas avoir été concertées en amont et qu'aucune négociation n'ait eu lieu. Certains représentants parlent de « piège ».

Chacun reconnaît la difficulté d'un fonctionnement tripartites entre le financement, la pédagogie et la gestion.

A) Tutelle mais non partenaire

Cette séparation des responsabilités place la région dans une situation de « tutelle et certainement pas de partenaire » à ce jour. La région a le sentiment de n'être qu'un « simple guichet payeur ». Or, pour eux, la proximité change tout dans la relation aux électeurs. Toute décision crée un vis-à-vis direct avec l'électeur et ses exigences tant de

proximité que financières. « Le problème se pose quand on n'a pas réellement le pouvoir de décision ».

En effet, tout ce qui concerne les quotas reste de la responsabilité de l'Etat. Ces exigences, à lui, sont de pallier la pénurie de certains professionnels de santé et de répondre aux problématiques démographiques à venir. C'est pourquoi il compte maintenir un nombre de professionnels formés à la hauteur des besoins estimés et non, de première intention, au regard des possibilités financières.

B) Un immobilisme induit

La région évoque le fait que cette séparation pédagogique et financière risque « d'instaurer un certain immobilisme ». De fait, de grandes disparités s'installent entre les régions.

Il y a ceux qui considèrent que n'ayant pas compétence en pédagogie, ils ne peuvent demander aux instituts de s'inscrire dans des démarches de qualité ce qui les prive parallèlement de lisibilité. Il y a ceux qui, au contraire, incitent les instituts à utiliser les référentiels de labellisation des formations professionnelles déjà existant pour comprendre au plus vite ce qu'ils financent.

Pour ceux qui souhaitent « éviter et/ou contrôler des dérives », le problème financier que pose le coût de la certification ISO des instituts est majeur. Dans le contexte actuel c'est tout à fait « inenvisageable ».

2.4.2 Le budget

Une inquiétude demeure aujourd'hui quant à la validité de la base de calcul sur laquelle repose la compensation financière que les régions devront recevoir de l'Etat, et avec laquelle elles devront honorer, avec difficulté, les engagements tenus par celui-ci antérieurement.

L'article 72-2 de la Constitution pose le principe selon lequel « *tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice* ».

Or les régions n'ont pas terminé l'évaluation des budgets et ne connaissent pas encore la teneur du transfert des charges en terme de dépenses de fonctionnement (dépenses administratives, dépenses liées à l'acte pédagogique), dépenses d'équipement et dépenses de personnels. La difficulté réside dans l'évaluation des besoins réels des structures de formation et pour assurer ou non leur pérennité dans le tissu régional. Le régime budgétaire des écoles est précisé dans le décret du 29 juin 2005.

Mais la question des garanties financières reste incomplète. Au premier janvier 2005 seules 70% des sommes dues aux étudiants pour les bourses étaient couvertes. Le complément a été pris sur le budget de la région.

N'étant pas dotés de la personnalité juridique, les écoles et instituts de formations sanitaires sont gérés au sein des établissements publics de santé. Les écoles sont hébergées dans les locaux des établissements. C'est donc l'établissement qui reste le gestionnaire. Les directeurs des écoles, quant à eux, n'ont pas la responsabilité des finances ni le lien direct avec la région dans ce domaine. Pourtant, la réglementation précise dans leurs missions, qu'ils « participent à la gestion administrative et financière de l'institut »⁴².

Les directeurs des soins gèrent une enveloppe budgétaire qui révèle parfois des incompréhensions liées à des imbrications des activités de soins et de formation. De plus, tous les établissements ne bénéficient pas d'une comptabilité analytique ce qui complexifie l'identification des dépenses et leur affectation.

Les régions ont l'habitude d'entretenir des relations budgétaires directes avec les autres formations professionnelles. Il s'agit ici d'une différence majeure dans les relations qui reste à inventer. De plus, les régions se plaignent de « manque de lisibilité ». Des audits comptables sont actuellement en cours ou déjà terminés dans les établissements de santé. Leurs résultats pourront servir des bases de travail entre les différentes entités mais ne seront pas une fin en soi.

⁴² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002.

3 Propositions et perspectives

La démarche qualité vise une adéquation entre les attentes du client et le service rendu. L'enquête menée auprès de nos différents clients, questionne donc nos pratiques de formation : nos orientations, notre dispositif de formation, notre système de management. Il convient de s'interroger sur l'adéquation entre les attentes de nos clients et les professionnels formés attendus comme « poly compétents et polyvalents ». Dans le contexte économique actuel, il convient de ne pas s'enfermer dans une logique de moyens mais d'entrer dans une logique de résultat optimal. Les démarches qualités peuvent nous aider à être et à rester performant et efficient. C'est-à-dire atteindre les objectifs fixés au coût le plus bas. Lorsque l'on parle de facteurs de performance, trois niveaux sont inter dépendants : le niveau « organisationnel », le niveau « processus », et le niveau « facteurs humains ».

Face à cette complexité, les stratégies managériales choisies par le directeur des soins, doivent permettre pertinence et cohérence. Elles s'orientent dans trois grandes directions : une stratégie politique, une stratégie de formation en terme d'orientation et d'ingénierie et une stratégie de communication en externe et en interne.

3.1 Une stratégie politique : du projet d'école au projet pédagogique

Les projets organisationnels d'établissement ou d'entreprise cherchent à allier la stratégie de la direction et la culture du personnel. Ils précisent l'identité de l'entreprise et/ou visent des actions participatives concrètes. Le directeur des soins s'inscrit dans une démarche – projet – qualité qui allie la quête de sens, l'anticipation stratégique, l'intelligence opératoire, la recherche de la satisfaction de ses « clients » et la maîtrise des dépenses.

Pour être cohérent tout projet exige une auto réflexion sur l'itinéraire antérieur de l'organisation. Il conduit à se poser des problèmes de sens au regard de l'action à entreprendre. Le projet se fonde sur une logique de l'interaction et de la négociation ; en ce sens, il s'inscrit dans une logique de recomposition du lien social.

Par le projet d'école, le directeur des soins formalise la conception et élabore une intention pédagogique.

Ce projet d'école doit permettre aux tutelles et aux différents partenaires de l'école une meilleure lisibilité de la visée et du dispositif de formation.

Ici, l'objectif stratégique est de former des infirmiers anesthésistes « adaptés et adaptables, poly compétents et polyvalents, curieux et motivés ».

3.1.1 Un environnement en mutation

A) Etudier l'horizon stratégique

Le directeur des soins, étudie tout d'abord l'horizon stratégique. Son rôle de vigie sur l'emploi, les métiers et le travail est essentiel. Face à la nouvelle répartition des responsabilités, une réflexion territoriale s'impose. L'entrée dans une ère beaucoup plus concurrentielle oblige à intégrer, dans nos réflexions, les réalités socio culturelles avoisinantes. La formation IADE, seule dans sa région étendra la réflexion à une vision inter régionale et nationale. Dans cette spécialité, un travail national inter école bi-annuel nous engage dans une dimension macro économique. Les études annuelles sur les besoins en formation au regard du nombre de diplômes délivrés est systématique depuis plusieurs années.

Le directeur des soins peut s'appuyer aussi sur des travaux ou études conduits par la DRASS, la région, ou le ministère. Cet éclairage avec une logique plus politique l'aidera à déterminer des priorités en inter compréhension avec ses partenaires.

B) Repenser les partenariats

L'objectif visé est de sortir d'une dualité avec la tutelle pour une relation triangulaire.

Il convient dans le projet d'école de clarifier ces liens avec les partenaires. Envisager comment les créer, les développer ou les améliorer.

Au sein des régions la participation à l'élaboration du plan régional des formations sanitaires et sociales signe l'intérêt que l'on porte à l'avenir et crée de nouvelles relations régionales.

Travailler avec d'autres professionnels du monde de la santé ou de celui de l'éducation nationale ou même de la formation professionnelle en général dans des groupes de travail régionaux piloter par la DRASS ou la région est une richesse supplémentaire.

Des expériences se développent dans différentes régions.

Au sein de l'établissement, le projet d'école s'inscrit au même titre que les autres projets (projets de soins, médical ou projets de services) dans le projet d'établissement. Les valeurs véhiculées par le centre de formation sont en conformité avec celles affichées dans les soins. Il est alors la base et la confirmation d'une forte collaboration entre le directeur des soins de l'institut et le DRH chargé des formations.

Une co-construction dans laquelle l'expérience du CHU du fait de sa composante universitaire est un atout majeur d'expérimentation de l'universitarisation des professions paramédicales. Les écoles IADE peuvent développer ces partenariats pour mettre en place des diplômes universitaires (DU) sur la prise en charge de la douleur ou des DU de soins d'urgence ...

L'EPS est également un site de référence de la démarche de qualité et de la certification, démarches dans lesquels les instituts de formation vont s'inscrire à plus ou moins long terme.

Le projet d'école s'inscrit aussi dans un projet du pôle des formations à élaborer en partenariat entre les directeurs des soins en présence, lorsqu'il existe un regroupement des instituts et écoles au sein d'un même site cette démarche est facilitée.

C) Un public en projet

Tout apprentissage professionnalisant nécessite un réel projet professionnel. Lorsque tous les candidats ne sont pas dans la même dynamique le projet d'école se complexifie. Un groupe hétérogène induit des méthodes d'apprentissages différenciées.

En formation IADE, les groupes d'élèves sont plutôt homogènes. Les candidats, déjà professionnels de santé depuis plusieurs années s'investissent de manière importante dans la préparation du concours. La sélection est importante et les conditions de réussite difficiles. Ce qui explique peut-être cette motivation solide. A contrario, c'est une spécialité dans laquelle il nous faut être de plus en plus attentif à la représentation qu'ont les élèves de la profession d'infirmier anesthésiste. En effet, une représentation trop positive et idéalisée du métier, les met quelquefois en difficulté en début de formation. Cet élément va impacter l'entrée en formation.

Cette question du projet professionnel préoccupe nos tutelles car tant la DRASS que le DRH de l'établissement gestionnaire, notaient : « recruter des gens motivés, des professionnels qui ont choisi ce métier ».

Cette question se pose au directeur des soins au moment de la sélection. Cette question ne se pose pas trop en formation IADE, par contre, le problème reste entier dans les instituts qui recrutent sur le plan départemental à partir des listes complémentaires des autres écoles. Cela renvoie à la problématique du décloisonnement des organismes et au travail en complémentarité qui permet de clarifier ensemble et de façon consensuelle ce que l'on vise comme professionnel. C'est alors un axe du projet d'école.

D) Un public qui suit les évolutions sociétales

L'approche sociétale de ces candidats (relation au travail, immédiateté, « zapping »,...) aide à une meilleure compréhension mutuelle. Elle permet de construire des dispositifs qui prennent en compte les différences dans une globalité. La recherche de sens et de cohérence entre ces éléments psycho sociologiques et les projets au sein de l'école est une préoccupation du directeur des soins, tant au moment de l'élaboration que dans l'interpellation des équipes au cours de la formation.

L'enquête nous a montré que les élèves ont des attentes tant pour la formation technique et clinique que pour la formation théorique. Ce seront deux axes du projet qui seront déclinés en ingénierie de formation..

3.1.2 Des axes stratégiques cohérents et clarifiés

Au regard de ces éléments diagnostiques et en liens avec les missions cibles définies par le directeur de l'EPS et le coordonnateur des soins, le directeur des soins de l'école définit les axes stratégiques. La traduction dans le projet d'école de ces missions et de ces attentes, représente une garantie de continuité ou de changement souhaité.

La formation des IADE vise « les caractéristiques d'un système très sûr (d'après la SFAR⁴³ et l'INSERM)⁴⁴ :

- Très normé » en lien avec des décrets, recommandations, check listes, vigilances...
- « Avec une culture d'acteurs équivalents plutôt que « virtuoses » », qui doit inscrire les élèves dans une dynamique de réduction des écarts entre les pratiques,
- Comportant des « procédures de récupération des erreurs », réelle anticipation des risques d'incidents,
- « une analyse non culpabilisante des erreurs » qui fait appel aux méthodes de gestion des risques.

A partir de tous ces constats, les axes porteront sur des stratégies organisationnelles, de formation, de communication et de management qui viendront compléter le projet d'école. Les stratégies pédagogiques seront quant à elles déclinées et explicitées dans le projet pédagogique. Pour lequel le directeur des soins sera celui qui interroge, interpelle, et aide son équipe à la conceptualisation.

3.2 Une stratégie organisationnelle

Cet axe stratégique permet au directeur des soins de répondre aux attentes des financeurs, de s'inscrire dans une logique de transparence et de lisibilité de l'organisation. C'est aussi un élément de démarche de qualité.

⁴³ Société Française d'Anesthésie Réanimation.

⁴⁴ Cours de P Roussel ENSP février 2006.

3.2.1 Piloter la structure

A) Formaliser les procédures administratives et pédagogiques

C'est une étape importante d'une démarche qualité. La formalisation crée une traçabilité des procédures et des processus de l'organisation. C'est un outil de communication externe exigé par nos tutelles et en premier lieu par la région. En effet, lors des audits mandatés en 2005 par le conseil régional auprès des EPS, ces documents ont été demandés. Il est donc de la responsabilité du directeur des soins de s'assurer de leur actualité, de leur actualisation et de leur connaissance par l'équipe dans sa globalité.

C'est également un outil de communication interne qui permet à chacun à tout moment de réaliser une tâche avec le même niveau de performance. Il assure la disponibilité des informations nécessaires au bon fonctionnement de la structure.

Les procédures ainsi définies s'inscrivent dans une démarche de gestion des risques en particulier pour celles qui portent sur des activités à risque telles que le concours, les validations, les diplômes

B) Définir le rôle, la place et les responsabilités

Pour l'ensemble de la structure il est important de positionner chaque métier, de le valoriser mais aussi de définir clairement les champs de responsabilités et les complémentarités. S'appuyer pour cela sur un référentiel, celui du répertoire des métiers ou des référentiels élaborés par des groupes professionnels. Transformer ensuite au regard de la réglementation et du projet d'école, ces référentiels en profils et fiches de poste tout en visant la cohérence et la pertinence entre tous ces éléments.

Il convient, à partir de ces documents, non seulement de pouvoir prendre des décisions en diminuant la zone d'incertitude mais aussi de clarifier à nos tutelles les activités de chaque individu et l'importance de la qualification professionnelle.

A nous de prouver à notre nouvel interlocuteur qu'est la région, la plus-value que représente la présence de formateurs issus des professions paramédicales et des spécialités enseignées.

3.2.2 Rendre lisible l'utilisation des ressources

Le tableau de bord est un instrument dynamique qui va permettre d'analyser les écarts significatifs entre les prévisions programmées et les résultats obtenus et de donner l'opportunité de réfléchir et de réagir de manière adaptée, au travers de plans d'action, pour réduire les écarts observés et atteindre l'objectif fixé.

Il s'intéresse au suivi budgétaire ou à l'activité.

Pour ce dernier champ, ce sera un outil utile de connaissance et/ou de reconnaissance de l'activité de l'organisme ou des individus. Concernant les formateurs, il représente une aide essentielle pour démontrer à notre nouvelle tutelle financière comment les

ressources sont utilisées. En effet, la référence de la région en terme d'activité enseignante est une référence issue de l'éducation nationale dans laquelle le face à face élève/formateur équivaut à 18 heures par semaine⁴⁵.

C'est bien là un outil de dialogue privilégié dans des structures où les gestions humaines, financières, matérielles et pédagogiques ne sont pas centralisées. Pour la région qui attend « une meilleure compréhension de ce qu'elle finance », c'est un outils intéressant. Pour le directeur des soins c'est un outil d'évaluation continue du dispositif et des moyens alloués. C'est également un levier en terme de management. Il impulse une dynamique interne générée par une volonté d'atteindre les objectifs dans un environnement attentif, et permet une prise de conscience des équipes sur les nouvelles exigences contextuelles.

3.3 Une stratégie de formation

Notre enquête nous a permis d'identifier les principales attentes de nos partenaires. Nous avons noté une concordance de ces attentes en terme de poly compétence, de polyvalence, et de curiosité. Considérant qu'il s'agit là des notions répondant au mieux à l'employabilité des IADE, des propositions seront exposées dans ce sens.

3.3.1 Une ingénierie de formation au service de la professionnalisation

La recherche d'efficacité, l'utilité d'adapter la formation aux besoins ont favorisé la recherche de démarches structurées d'élaboration et de suivi des actions de formation. Analyse des besoins, définition des objectifs, construction du dispositif, pilotage de l'action, évaluation des résultats : ces étapes constituent l'armature de l'ingénierie de formation dont le concept central est celui d'objectif. L'action est conçue à partir du résultat attendu. Certes cette vision est intéressante mais elle présente aussi des limites dans le contexte complexe que nous connaissons. Le développement rapide des techniques et des technologies, les attentes des recruteurs en terme d'adaptabilité, de polyvalence ou de curiosité professionnelle développée et constante, nous demande de dépasser ces notions pour raisonner en terme de « compétences attendues ». Cette approche désigne mieux le potentiel que l'individu est capable de mobiliser dans les situations de travail de plus en plus complexes.

La formation va s'appuyer sur ce concept. Soit le référentiel de compétences existe, il convient alors de construire le référentiel de formation, soit le référentiel n'existe pas et le travail commence par son élaboration. Pour les IADE, le référentiel de compétence est en fin d'élaboration. Il reprend les activités des IADE par grands domaines (organisation, le

⁴⁵ Selon une référence produite par le CEFIEC régional « Pays de la Loire ».

patient et l'intervention, les interfaces professionnelles) et au regard de chacun, décline les savoirs faire et les savoirs associés nécessaires. Cet outil majeur aide au pilotage dans la construction de situations de formations le plus adaptées. Néanmoins et avant sa publication, le directeur des soins peut utiliser le référentiel d'activité pour construire son propre dispositif en travaillant avec l'équipe pédagogique sur les compétences d'un IADE.

3.3.2 Des orientations pédagogiques au service du développement des compétences

A) Une formation centrée sur le développement des compétences individuelles et collectives

« Maîtriser la dimension technique de son travail, c'est indispensable pour tous. Faire preuve de responsabilité, d'autonomie, de capacités relationnelles et de créativité, c'est ce qui fait la différence » (Aubrun et Orofiamma, 1991).⁴⁶

Les éléments à prendre en compte pour penser la production de compétences et agir sur la professionnalité des futurs IADE, comme nous le demande tous nos partenaires, sont nombreux. La compétence réside dans la mobilisation de ressources en situation de travail, elle permet alors des réponses ajustées aux données situationnelles. La mise en œuvre des compétences implique aussi un certain rapport au savoir et à soi en tant que sujet connaissant, notamment une assurance de son pouvoir cognitif et le sentiment de sa compétence à agir et à produire de la connaissance.

M Sorel et R Wittorski considèrent que « la compétence correspond à la combinaison de cinq catégories composantes (composantes cognitive, culturelle, affective, sociale et praxéologique) articulées à trois niveaux : *le niveau de l'individu* ; *le niveau de l'environnement social immédiat* – le groupe d'appartenance, le collectif de travail - ; *le niveau de l'organisation* dans la quelle sont insérés les individus (niveau macro ou sociétal) »⁴⁷. Elles correspondent aux différents groupes d'acteurs que nous avons interrogés et confirment la nécessaire prise en compte de ces strates dans la définition des objectifs et l'élaboration de méthodes pédagogiques.

Appréhender les savoirs comme un processus, comme une relation dynamique, empêche de penser les connaissances et les savoirs construits en formation en tant que réalité objective et figée. Cette approche aide à comprendre que « ce ne sont pas les savoirs qui

⁴⁶ SOREL M, WITTORSKI R. la professionnalisation en actes et en questions. L'Harmattan, 2005. p 191.

⁴⁷ Ibid., p 17.

sont théoriques ou pratiques mais les situations cognitives et la qualité de la relation cognitive qu'elles initient qui obéissent à des projets de connaître différents ».⁴⁸ Les dispositifs mis en place s'orienteront donc dans une logique de réflexion sur et pour l'action. Il convient de formaliser les pratiques c'est-à-dire d'amener les élèves IADE à exercer tant à l'oral qu'à l'écrit, une réflexivité. Au sein de l'école les dispositifs demandés par les étudiants sont « plus de temps d'échange et de verbalisation des situations rencontrées en stage ». C'est pourquoi sous la responsabilité du directeur de l'école⁴⁹, qui reste centré sur l'écoute, les propositions et le pilotage, l'équipe pédagogique conçoit ces temps au sein des travaux dirigés (la distanciation passe par le langage) demandés par la réglementation, mais place aussi l'élève en situation de rédaction à partir de cas concrets.

Ces dispositifs doivent permettre aux élèves de répondre aux attentes « d'employabilité » et de poly compétences souhaitées par nos partenaires. Ils auront développé :

- Des compétences d'ordre méthodologique, dans la mise en œuvre d'une démarche de recherche et de sélection d'informations pertinentes par les cas concrets,
- Des compétences d'ordre comportementale à travers le travail structuré de production en petits groupes de la répartition des rôles et fonctions, soit par les échanges sur les expériences de stage, soit dans le cadre de leur travail d'intérêt professionnel lorsque celui-ci relève de la pratique réflexive,
- Des compétences d'ordre métacognitif, de la connaissance, de la compréhension, et de l'analyse de ses propres mécanismes d'apprentissage par le suivi pédagogique individualisé.

La démarche pédagogique allie ainsi une réflexion personnelle et un travail collectif qui contribue au développement de compétences individuelles et collectives requises pour l'évolution des organisations.

Ces compétences se développent certes, au sein de l'école mais également et surtout dans les situations cliniques puisque le temps de stage représente plus de 70% de la formation IADE. C'est pourquoi la formalisation de l'encadrement clinique est un enjeu majeur pour améliorer la qualité de cette formation et mieux répondre aux attentes de nos clients dans ce domaine.

⁴⁸ Ibid., p 209.

⁴⁹ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

B) Une formation clinique mieux formalisée

Adopter une démarche de professionnalisation, c'est non seulement permettre l'acquisition de compétences, mais aussi accompagner les élèves dans l'apprentissage de « pratiques professionnelles » au cours de situations de travail organisées. Dans cette perspective un rôle essentiel revient au tutorat, à l'appui de l'encadrement de proximité, aux retours d'expériences dans des temps de paroles sur le stage, à l'analyse, à la mutualisation des pratiques professionnelles, et au rôle formateur de l'encadrement de proximité.

Les élèves demandent dans les entretiens un « encadrement plus personnalisé en stage, de pouvoir se situer, et un temps de verbalisation ». C'est un outil pour les professionnels eux même car ce temps de verbalisation interroge la pratique de l'IADE encadrant et ce travail inscrit le professionnel dans une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles. Cela peut permettre également de laisser plus de marges d'autonomie et d'évolution dans la situation de travail, ce qui améliore le processus de formation.

Le tutorat va matérialiser le dispositif de formation en alternance. Il vise la continuité de l'encadrement des élèves entre l'école et le terrain afin de garantir l'harmonisation dans les apprentissages cliniques. Il formalise le temps d'échange sur les pratiques. Il concrétise l'importance donnée aux temps de stages, l'attention portée à la fonction d'encadrement clinique, et affiche le désir de transparence de cet encadrement.

Il formalise la collaboration entre 3 acteurs :

- l'unité de travail, lieu de ressources favorisant l'organisation des apprentissages et la maîtrise des situations professionnelles,
- les formateurs qui oeuvrent à faciliter l'acquisition des connaissances et des compétences,
- l'élève qui va adapter ses capacités dans les situations cliniques proposées.

La mise en œuvre et la contractualisation du dispositif reviennent au directeur des soins dans une démarche de projet.

3.4 Une stratégie de communication

3.4.1 En externe

Depuis l'échelon local ou inter régional, au plan national, européen ou international la communication est essentielle. Il existe une association internationale des infirmiers anesthésistes qui organise tous les quatre ans un congrès mondial dans lequel nous sommes invités à publier. S'y inscrire pour mieux faire connaître notre spécialité ou inciter les formateurs à communiquer dans ces rassemblements est une richesse en terme

d'échange sur les pratiques et les compétences visées mais aussi en terme et d'ouverture aux autres cultures.

L'ouverture des frontières en Europe nous invite à rester attentif aux formations dispensées dans les pays de l'Union. Nous pouvons être amenés à participer aux commissions qui se réunissent dans les DRASS en vue de délivrer des autorisations d'exercice en France. Nous nous devons alors d'être réactifs et équitables dans le choix des modalités d'accompagnement de ces autorisations.

A) Avec les tutelles

Il convient de tenir à disposition du conseil régional tous les documents utiles à prouver la qualité des enseignements dispensés et de l'utilisation des ressources allouées, mais surtout travailler en inter école au sein de groupes pluri professionnels sur les évolutions possibles eu égard des priorités régionales. Certaines régions ont déjà formalisé ces échanges par des réflexions inter école et la rédaction de fiches sur les éléments d'attractivité des candidats aux formations sanitaires ou des professionnels eux-mêmes.

Les travaux avec les DRASS ont été développés dans les axes politiques de décloisonnement des réunions de travail pluri professionnelles portant sur : « la représentation des professions autour de la valorisation du mode d'exercice » ou « l'orientation des élèves de l'enseignement technique vers les filières de santé »⁵⁰.

B) Avec le ou les établissements de santé

Que ce soit dans le cadre de la formation tout au long de la vie, de la VAE, de la formation personnalisée ou de la récente réforme de la formation aux gestes d'urgence, la créativité des parcours et la notion de faisabilité nous amène à un travail d'étroite collaboration avec le coordonnateur des soins du ou des établissements de santé publics ou privés.

Dans ce domaine, il nous faut anticiper les changements pour répondre à l'attente sociale et garantir la pérennité de nos organismes. Située à la confluence d'intérêts multiples, la voie de l'individualisation peut être développée. Elle nécessite une offre adéquate proposant des possibles en matière de parcours. Elle impose une « modularisation » des dispositifs et une contractualisation entre les partenaires impliqués.

Pour les écoles d'anesthésie par exemple, on peut tout à fait imaginer répondre à la demande des MAR de chirurgie cardio vasculaire, responsable des perfusionnistes⁵¹ :

⁵⁰ Travaux menés à l'initiative de la DRASS du Limonsin.

⁵¹ Les perfusionnistes sont des professionnels de santé issus de différents métiers para médicaux mais pour lesquels aucune formation spécifique n'existe à ce jour. Ils sont responsables par délégation des MAR du fonctionnement des appareils de circulation extra corporelle pendant la chirurgie cardiaque.

contractualiser la participation d'un IDE à certains enseignements IADE. Le directeur des soins de l'école construit un projet individualisé, le propose à la direction des soins de l'EPS. Le coordonnateur négocie ensuite avec le cadre de proximité, l'IDE et l'école.

C) Avec les autres centres de formations

a) *De la spécialité*

Entretenir et développer les travaux au sein du CEEIADE pour harmoniser et faire évoluer la formation des IADE. La rédaction de la « charte d'évaluation » a permis aux formateurs et directeurs des écoles de confronter leurs pratiques, leurs interprétations des textes et de trouver ensuite des modalités consensuelles laissant tout de même une marge d'autonomie à chacun. Les travaux sur les méthodologies possibles pour les travaux d'intérêt professionnel, permettent de proposer aux étudiants un panel de méthodes dans lesquelles ils choisissent ce qui leur convient le mieux.

b) *D'autres formations*

Le regroupement des formations sanitaires en un même site est une opportunité pour travailler ensemble. Autant les interventions de consultants peuvent être refusées pour des raisons économiques, tout à fait légitimes lorsqu'elles s'adressent à un petit nombre de formateurs, autant la mutualisation peut offrir des possibilités dans ce domaine. Des centres d'intérêt commun au service de l'amélioration des prestations proposées aux élèves existent. Pourquoi ne pas proposer une formation commune à plusieurs instituts dans le domaine des évaluations écrites. Elaborer des sujets et noter les productions des élèves en classant les savoirs par niveaux de « connaissances » ou de « compréhension » est un outil intéressant pour les formateurs. Il aide au suivi individuel et à l'identification des difficultés potentielles de l'étudiant et il permet de complexifier les devoirs de façon progressive au regard du parcours d'apprentissage.

Développer ce type de projet appartient à la mission du directeur des soins d'initiateur et de porteur de projets. Dans une volonté d'ouverture et de complémentarité, il négocie avec le DRH chargé des formations et la formation continue de l'établissement le budget et les modalités de réalisation.

3.4.2 En interne : le management des ressources humaines

Il convient pour le directeur des soins d'organiser le travail de façon à pouvoir miser sur la compétence de chaque membre de l'équipe pédagogique.

- De rendre l'organisation apprenante, afin d'optimiser les potentiels. De laisser du temps à la réflexion sur les pratiques professionnelles et à l'amélioration de celles-ci.

- De développer une gestion « par les compétences » qui permet la prise d'initiatives et la responsabilisation des individus et des équipes.

Les évolutions des formations professionnalisantes sont à prendre en compte pour définir les capacités et compétences attendues des formateurs.

Les partenariats plus complexes avec des acteurs plus nombreux nécessitent la négociation d'un enjeu collectif. Ils placent les formateurs devant de nouvelles activités qui consistent en la définition concertée d'objectifs de formation, en l'articulation de moments de production de compétences en situation de travail et de production de compétences en situation de formation. Ils requièrent une nouvelle demande d'articulation entre l'acte de travail, l'acte de réflexion sur le travail et l'acte de formation. Seul, le référentiel d'activité est insuffisant. La définition et la formalisation des compétences attendues au regard du projet pédagogique et des visées institutionnelles sont des outils d'aide au recrutement et à l'évaluation des cadres formateurs.

Le directeur des soins va constamment réorienter la réflexion sur la formation des enseignants aux défis actuels auxquels nos systèmes sont confrontés, afin de dépasser des querelles de territoires, la fascination pour les dispositifs, les résistances à leur propre professionnalisation et les amener vers la culture du praticien réflexif.

Les recrutements et les évaluations annuelles des professionnels reposeront sur des documents élaborés au regard des outils sus-cités.

3.5 Une stratégie d'évaluation

L'objectif de l'évaluation du processus de formation est de savoir s'il y a adéquation ou non entre les attentes des partenaires et les stratégies mises en place.

L'évaluation porte sur toutes les procédures administratives et pédagogiques. Pour les premières, il s'agit d'effectuer des réajustements à partir de dysfonctionnements relevés pendant l'année scolaire. Cette régulation porte sur les modalités de concours, celles du diplôme d'Etat et de tout autre produit.

En premier, lieu il convient de démontrer que ce qui a été prévu a été réalisé et en second lieu, de rendre lisible son niveau de performance.

3.5.1 Le dispositif pédagogique

Un intérêt particulier porte sur l'évaluation de la transférabilité des apprentissages et la satisfaction de nos clients.

Il semble important d'interroger nos partenaires employeurs, à six mois ou un an, sur les facilités et les difficultés identifiées (c'est-à-dire l'adaptation) des nouveaux recrutés

depuis leur prise de fonction. Les MAR ou les cadres de proximité peuvent nous renseigner sur les capacités des nouveaux formés à mobiliser leurs acquis dans toutes les situations de travail.

Pour ce faire, le tableau utilisé pour l'analyse des entretiens (annexe 3) peut être complété d'une colonne interrogeant les indicateurs de satisfaction placés au regard des critères relevés lors de l'enquête. Nous obtenons ainsi une vision de la satisfaction de nos partenaires sur les différentes dimensions des prestations fournies.

Les anciens élèves peuvent à court terme noter les points forts facilitant la prise de fonction ou les manques pendant la formation. A moyen terme leurs informations porteront plus sur le parcours professionnel et les suggestions pour la formation de leurs futurs collègues.

3.5.2 Le dispositif de collaboration et d'ouverture

L'évaluation de ce champ interroge la politique de communication principalement. Elle s'intéresse aux procédures tutorales, à la réponse aux attentes de nos tutelles. Les différents partenariats mis en place seront questionnés.

Il convient d'étudier la place de l'école et son positionnement dans l'offre de formation régionale ou nationale.

3.5.3 Le dispositif de gestion

L'adéquation entre l'organisation mise en place, les ressources allouées et les besoins en formation est interrogée. Les tableaux de bord renseignés au cours des mois sont analysés au regard de l'activité et comparés à ceux des années précédentes. Cette comparaison peut aussi se faire en inter institut au plan régional ou national.

3.5.4 La politique qualité

Lorsqu'elle est formalisée, les procédures doivent faire l'objet d'auto évaluations régulières à l'aide du référentiel adopté. Les informations recueillies dans ce cadre formalisé ou par l'auto évaluation sont analysées et peuvent être source de réajustements ou de nouveaux objectifs.

Il est à noter toutefois qu'il n'est pas nécessaire de tout évaluer ni de le faire systématiquement. C'est au directeur de définir le nombre mesures et leur périodicité. Les informations recherchées sont ciblées et doivent être fiables.

Au terme de ce travail, il convient de noter que la démarche d'écoute du client impacte les actions de formation et le système de management d'un institut de formation. Il interroge l'ensemble du dispositif tant sur les éléments du métier que sur les éléments du système. Il questionne tous les processus et dans ce sens, il entre dans le champ d'une démarche d'amélioration de la qualité. Il s'agit, en l'occurrence, de bénéfices secondaires qui n'étaient pas soupçonnés au début de l'étude. Cela repose cependant sur la clarification des finalités de l'engagement dans une démarche qualité ainsi que des outils et méthodes adaptés au contexte institutionnel.

Conclusion

Une démarche qualité n'a de sens que dans la mesure où l'organisme qui la mène s'est fixé des buts et des objectifs suffisamment précis et réalistes. Elle amène à se poser la question des résultats que souhaite atteindre l'institution et à préciser les indicateurs d'évaluation qui seront mis en place. Ces indicateurs doivent permettre une évaluation objective, valide et continue. Ils sont révélateurs de la capacité ou non de l'entreprise à atteindre les résultats auxquels elle s'est engagée.

La démarche qualité est exigeante. Elle doit être menée par des personnes capables d'anticiper, de conceptualiser, de structurer, d'analyser, de trouver des solutions nouvelles, d'animer des groupes de travail, de convaincre, et de rédiger des documents aux références complexes. La connaissance de la structure est également un atout. Ces exigences contribuent à la pérennité de l'institut et elles prouvent sa plus-value.

La qualité est une valeur non contraignante quant aux choix des objectifs de l'organisme. Elle est compatible avec des objectifs différents, des politiques variées, des valeurs et des sensibilités diverses. La démarche qualité n'implique en elle-même aucune obligation de résultat. Elle est un facteur de dynamisme et d'évolution, avec tout ce que cela peut comporter comme avantages mais aussi comme risque d'inconfort, de déstabilisation et de conflits. C'est un changement de culture dans lequel l'accompagnement ne doit pas être négligé.

La réussite du dispositif repose sur la capacité du directeur des soins à anticiper, à accompagner et à être créatif dans le respect de la réglementation.

« Regarder l'avenir le change »

(Gaston Berger)

Bibliographie

Ouvrages :

ALARD P, DIRRINGER D. La stratégie de relation client. Liège : Dunod, 2000. 295 p.

AVEROUS B, AVEROUS D. Mesurer et manager la qualité de service, la méthode CYQ? Insep consulting éditions, 2004. 159 p.

BACHELARD P. Apprentissage et pratiques d'alternance. Paris : Editions l'Harmattan, 1994. 207 p. Alternance et développement.

CÔTE M, MALO M.C. La gestion stratégique, une approche fondamentale. Québec : Gaétan Morin éditeur, 2002. 370 p.

DIRECTION DE L'EVALUATION ET DU DEVELOPPEMENT. Accréditation de dispositifs de formation, référentiel de certification. ENSP, 2002. 63 p.

FEUILLETTE-CUNNINGHAM.I. Le nouveau formateur. Paris : Dunod 3ème édition, 2003. 171 p.

GRANDJEAN H, MIENVILLE P, SCHNEIDERMAN B. Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation. Paris : AFNOR, 2001. 218 p.

LE BOTERF G. L'ingénierie et l'évaluation de la formation. Paris : Editions d'organisation, 1993. 172 p.

LE BOTERF G. L'ingénierie des compétences. Paris : Editions d'organisation 2^{ème} édition, 1999. 445 p.

MANFRED M. Co-évolution Dynamique créatrice, libérer les richesses de l'intelligence partagée. Paris : Village Mondial, 1997. 196 p.

MARTY J. Organisation-qualité-gestion du risque en anesthésie réanimation. Paris : Masson, 2003. 321 p.

MASSON A, PARLIER M. Les démarches compétence. Paris : 2 .

MORIN E, LE MOIGNE J L. Comprendre la complexité dans les organisations de soins. ASPEPS Edition, 1997. 85p.

ROUSSEL P. La visite de conditionnement des EHPAD. Rennes : ENSP éditions, 2004. 142 p.

SCHÖN D.A. Le praticien réflexif. Montréal : Les éditions logiques, 1994.

SOREL M, WITTORSKI R. la professionnalisation en actes et en questions. L'Harmattan, 2005. 271 p.

Articles :

LE BOTERF G. Gestion des compétences, définition, nécessité, faisabilité.... Gestions hospitalières, décembre 2005, n°451, pp 772-777.

PERRENOUD P. Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de professionnalisation. Education permanente, septembre 2004, n°160, pp 35-60.

PETERS VAN DEINSE S. Une nouvelle norme Iso 9000 en l'an 2000. Tertiaire, mai-juin 2000, n°92, pp 34-38.

VIAL M. Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? SOINS Cadres, janvier/mars 2001, n°37, pp.65-66.

Autres références

J.BEILLEROT, responsabilité formation et direction : aspects sociologiques, conférence débat.

Sites internet :

www.dunod.com

www.education.gouv.fr

www.opqformation.org

www.orcade.com

www.travail.gouv.fr

www.up.univ-mrs.fr

textes réglementaires

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale

Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Liste des annexes

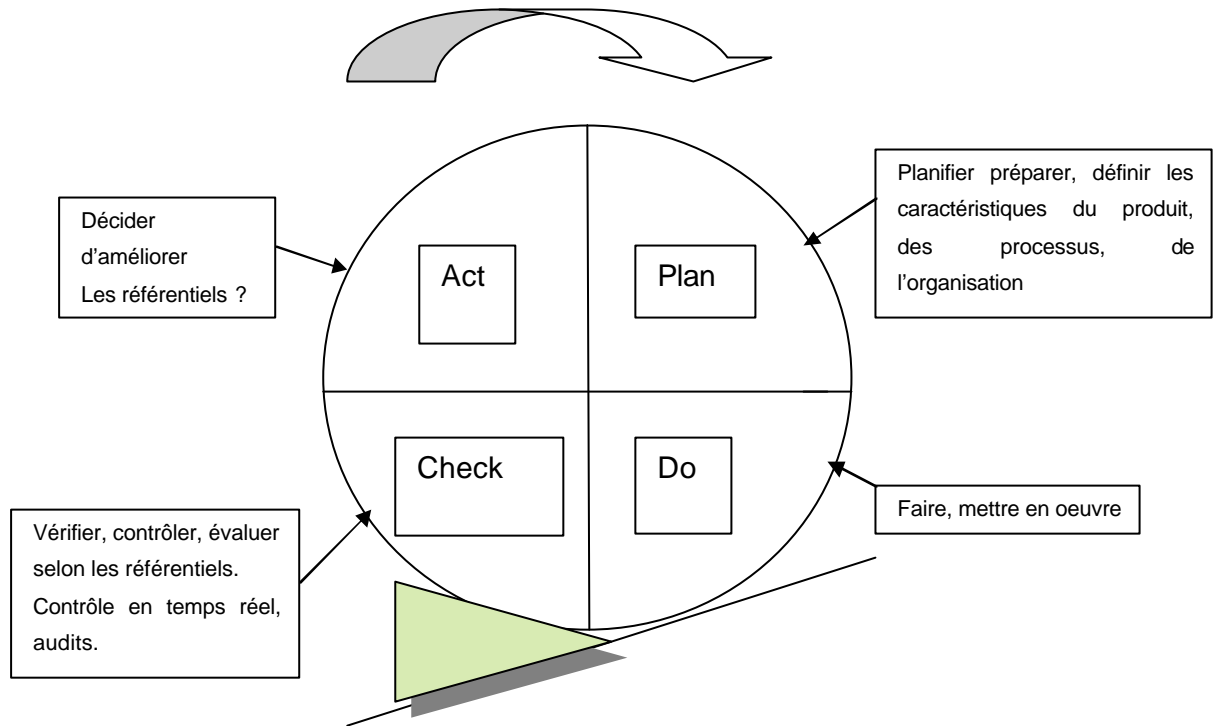
Annexe n°1 : La roue Deming.

Annexe n°2 : Guide des entretiens.

Annexe n°3 : Tableau d'analyse des entretiens.

ANNEXE N°1

Roue Deming



ANNEXE N°2

Guide des entretiens

« Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité en formation professionnelle, je souhaite mener une réflexion sur la qualité attendue des professionnels formés.

Que pouvez-vous m'en dire ? »

Comment décririez-vous un infirmier anesthésiste ?

- Dans son exercice professionnel ?
- Par rapport au médecin anesthésiste ?
- Par rapport aux autres infirmiers ?
- A-t-il des compétences spécifiques
- Y a-t-il d'autres éléments ?

Quelles sont les exigences du milieu à l'égard des prestations à fournir ?

En quoi les exigences de prestation évoluent-elles ?

Quelle analyse faites-vous des compétences d'un IADE ? (Qu'attendez-vous de lui ?)

Quelles évolutions percevez-vous pour l'exercice de ce métier ?

Par rapport aux compétences décrites, quels sont les résultats attendus ?

ANNEXE N°3

Tableau d'analyse des entretiens

Les parties prenantes	Qui ?	Leurs attentes	Les critères de satisfaction
Les élèves	1 ère année		
	2 ème année		
	2 ème année		
Les recruteurs	MAR 1		
	MAR 2		
	DS		
Les tutelles	EPS gestionnaire		
	DRASS		
	Conseil régional		