



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion **2006**

Indicateurs d'activité :

**Quelles utilisations pour le Directeur des soins
en Institut de Formation en Soins infirmiers ?**

SIFFERLEN Brigitte

Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à la construction et à la réalisation de ce travail,

Les professionnels au cours des entretiens, et lors de mes stages,

Les animateurs des ateliers mémoire pour leur aide et leurs conseils,

Martine BARBIER et Marc BRZUSTOWSKI pour leur aide à travers leurs commentaires du projet de mémoire et de la note d'étape.

Je tiens aussi à remercier mes collègues et amis pour leur soutien et leurs conseils avisés qui m'ont permis de cheminer tout au long de ma réflexion

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Partie 1 : CADRE CONTEXTUEL	5
1 La décentralisation	5
1.1 Définition	5
1.2 Les compétences de la Région	6
1.3 Le financement des collectivités territoriales	7
1.4 Les enjeux de la décentralisation des formations sanitaires et sociales	8
2 Incidences de la décentralisation des formations sanitaires sur le fonctionnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers	10
2.1 L'impact de la décentralisation sur les Instituts de Formation en Soins Infirmiers	10
2.1.1 Les compétences de la Région en matière de formation sanitaires et sociales ...	10
2.1.2 Le décret du 30 mars 2006 concernant les conditions d'agrément.....	12
2.2 Cadre réglementaire relatif au fonctionnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers	14
2.2.1 Le fonctionnement d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers	14
2.2.2 La formation en soins infirmiers	15
3 Evaluation et indicateurs d'activité	17
3.1 L'évaluation	17
3.2 Les indicateurs d'activité	18
3.2.1 Qu'est ce qu'un indicateur ?	18
3.2.2 Critères et indicateurs : pour quelle utilisation ?	19
3.2.3 Les qualités requises pour des indicateurs d'activité opérationnels	21
3.2.4 La place des indicateurs d'activité dans la formation en soins infirmiers.....	22
Partie 2 : ENQUETE ET ANALYSE	25
1 Présentation de la méthodologie utilisée	25
1.1 Le choix de la population	25

1.2	Choix de l'outil d'investigation	26
1.3	Le déroulement des entretiens et les limites rencontrées.....	27
2	Analyse des entretiens.....	28
2.1	Evaluation de l'activité de formation au sein des structures.....	28
2.2	Les outils utilisés dans l'évaluation de l'activité de formation.....	29
2.3	Les indicateurs d'activité	31
2.3.1	Une définition des indicateurs d'activité retenue par les directeurs des soins.....	31
2.3.2	Les différents types d'indicateurs d'activité utilisés, avantages et limites	32
2.4	Des indicateurs d'activité : pour quelle utilisation dans les instituts de formation en soins infirmiers ?	38
2.4.1	Les indicateurs d'activité : leur intérêt dans l'évaluation pour les directeurs	38
2.4.2	Les indicateurs d'activité : leur intérêt dans le management pour les directeurs	39
2.4.3	Les conditions de mise en place des indicateurs	40
3	La position des organismes de tutelle concernant les indicateurs d'activité	41
3.1	En regard de la régionalisation.....	41
3.2	En regard des indicateurs d'activités.....	42
	Partie 3 : PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.....	45
1	Des préalables à la mise en place d'indicateurs d'activité.....	45
1.1	Les bases de réflexions existantes.....	45
1.2	La construction d'indicateurs d'activité	48
1.3	Des tableaux de bord pour quelle utilisation ?.....	50
2	Une proposition de tableaux de bord.....	51
3	Perspective d'utilisation des tableaux de bord : vers une réflexion commune en région	51
	CONCLUSION	53
	BIBLIOGRAPHIE.....	A
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

VAE – Validation des Acquis de l'Expérience

PRDF - Plan Régional de Développement de Formation

IFSI – Institut de Formation en Soins Infirmiers

DRASS – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDASS – Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

HAS – Haute Autorité en Santé

ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Soins

CEFIEC – Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

INTRODUCTION

Le monde de la santé vit aujourd'hui de nombreuses réformes.

Dans un contexte de vieillissement de la population et une exigence croissante des usagers du système de santé, l'offre de soin se diversifie. L'Hôpital est amené à envisager une nouvelle organisation en lien avec les réformes inscrites dans le cadre du plan Hôpital 2007 (nouvelle gouvernance, tarification à l'activité). Ces transformations s'accompagnent de contraintes budgétaires renforcées. De ce fait, l'ouverture à de nouvelles alternatives à l'hospitalisation et le développement de réseaux se mettent en place.

La formation professionnelle du secteur sanitaire n'échappe pas à cette évolution.

En effet, le secteur des formations paramédicales se trouve actuellement dans un contexte en pleine mutation :

- une pénurie de professionnels de santé clairement évoquée dans le rapport BERLAND¹, ayant entraîné une augmentation des quotas dans les formations infirmières et aides soignantes,
- un projet d'universitarisation de la formation infirmière dans le cadre de la restructuration des études universitaires par l'entrée dans le système Licence – Master – Doctorat (LMD) qui se doit d'être en conformité avec la réglementation européenne²,
- une évolution de la formation professionnelle inscrite dans le cadre de la loi de modernisation sociale³ qui aborde le thème de la "formation tout au long de la vie" donnant accès à la validation des acquis de l'expérience (VAE)⁴ entre autres pour les diplômés sanitaires,
- une régionalisation des formations sanitaires et sociales, élément majeur de ces évolutions.

¹ BERLAND Y, "Démographie des professions de santé", rapport n°2002 135, novembre 2002

² Décret n°99-747 du 30 août 1999 modifié par le décret n° 2002-480 du 8 avril 2002 et le décret n°2002-604 du 25 avril 2002 portant création du grade de "master"

³ Loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 Titre II : travail, emploi et formation professionnelle chapitre II : développement de la formation professionnelle

⁴ Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant publié au JO n° 28 du 3 février 2005 page 1776

La loi 2004-809 du 13 août 2004⁵ relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert aux Régions du financement et de la gestion des formations sanitaires et sociales.

Les autorités régionales se voient transférer les compétences concernant l'attribution des autorisations et des agréments des instituts et des directeurs, les aides accordées aux étudiants, la gestion et le financement des formations paramédicales.

L'Etat, quant à lui, conserve la responsabilité des programmes de formation, l'organisation des études, la délivrance des diplômes, ainsi que la fixation des quotas.

Ce nouveau transfert de compétences ne peut se limiter à une seule opération comptable. La Région semble souhaiter s'orienter dans deux directions : accroître l'efficacité des dispositifs de formation et rationaliser les dépenses.

Dans ces conditions, l'objectif des collectivités territoriales serait de développer des politiques d'emploi et de formation afin de réguler l'offre de formation en regard des besoins. Pour y arriver, il serait opportun de définir des axes prioritaires⁶ pour développer une stratégie régionale de formation professionnelle (projet régional de formation professionnelle).

Aussi, afin d'être en adéquation et maîtriser les évolutions professionnelles, il semble nécessaire de renouveler l'organisation, les objectifs et les moyens de formation. Pour y parvenir, les relations entre le Conseil Régional et l'Institut de Formation doivent aller au-delà d'un « *simple agrément* », mais reposer sur un cahier des charges identifiant clairement les prestations et prenant en compte des critères de qualité. Car la pertinence des décisions prises par la Région dans le domaine des dotations budgétaires ou dans celui de la planification suppose l'analyse d'informations multiples et opposables.

L'opportunité que représente ce transfert de compétences Etat-Région pourrait être envisagé comme facteur possible d'amélioration. En effet, un mode de gestion reposant sur des critères et des indicateurs bien identifiés ne pourrait-il pas éviter des traitements trop individualisés et parfois disparates d'une structure à l'autre ? De plus, ne pourrait-il pas également permettre le développement de réseaux facilitant la mise en commun de ressources ? Et ce d'autant qu'à ce jour, les données relevant de l'activité de

⁵ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JO n°190 du 17 août 2004 p 14545

⁶ CHEVREUL P, "la mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales" Rapport de mission février 2005

production de formation ne semblent pas être clairement identifiées et ne pas disposer d'indicateurs pertinents.

Partant de ces constats, ne pourrait-on pas envisager la construction d'une référence commune, prenant appui sur ces indicateurs d'activité, qui permettrait de comparer les structures entre elles et d'évaluer l'efficacité des actions de formation ? Par ailleurs, ces indicateurs issus d'une réflexion commune entre responsables de formation ne pourraient-ils pas servir deux buts : le premier serait de permettre une démarche d'amélioration continue de la qualité. Le second aurait comme rôle de servir de "balise" dans le projet de la structure.

Ce qui nous amène à poser la question de départ suivante :

Dans quelle mesure les indicateurs d'activité inhérents à la formation en soins infirmiers peuvent être utilisés comme outil de management et permettre une évaluation interne et externe de la formation ?

Dès lors,

- Quels pourraient être ces indicateurs ?
- Quels seraient les avantages et les inconvénients de tels indicateurs d'une part en matière de management et d'autre part en matière d'évaluation ?
- Ces indicateurs seraient-ils réellement le reflet d'une formation de qualité ?
- Quelle pourrait être l'utilisation faite de ces indicateurs tant par le directeur d'institut de formation en terme de management que par les organismes de tutelle en terme d'efficacité de la formation ?
- Quels types d'indicateurs peut-on croiser pour qu'ils prennent sens tant au niveau d'une démarche qualité que d'une aide à la décision pour les organismes de tutelle?

Les directeurs d'institut de formation en soins infirmiers sont responsables de l'organisation et de la mise en œuvre des formations, ainsi que de la conception et de l'application du projet de l'institut. Pour cela, ils doivent tenir compte, des orientations prises aux plans local, régional et national. De plus, ils sont également responsables de la gestion administrative et financière de la structure, ainsi que du contrôle des études.

Il nous semble important pour un directeur des soins de pouvoir évaluer les activités inhérentes à la formation en soins infirmiers. Cette évaluation à la fois

quantitative et qualitative permettrait de clarifier l'activité de formation et d'en vérifier la cohérence avec le projet d'école, notamment dans l'élaboration du projet pédagogique.

Aussi, pour tenter de répondre à ces interrogations, dans une première partie, nous décrivons le contexte dans lequel s'inscrit cette réflexion. Puis, dans une seconde partie, nous aborderons l'analyse d'une enquête réalisée d'une part, auprès de directeurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers, et, d'autre part, auprès de conseillères pédagogiques régionales et de responsables de Conseils Régionaux. Cette analyse sera complétée par une étude de documents qui viendront éclairer cette réflexion. Enfin, la dernière partie sera consacrée à des propositions d'actions que les directeurs des soins pourraient mettre en place dans leur exercice quotidien.

Partie 1 :

CADRE CONTEXTUEL

Dans le contexte actuel de la régionalisation des formations sanitaires et sociales, il nous semble important, dans un premier temps, de mettre en lumière les points essentiels de cette mesure. Aussi, après avoir défini le concept de décentralisation, nous aborderons ensuite les compétences de la Région et leurs financements d'une manière générale. Enfin, nous tenterons d'en mesurer les enjeux dans le domaine des formations sanitaires et en particulier pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

1 La décentralisation

1.1 Définition

La décentralisation est un transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales⁷.

Les collectivités territoriales bénéficient d'une autonomie de décision et de leur propre budget (principe de la libre administration) sous la surveillance d'un représentant de l'Etat (autorité de tutelle). Ce dernier n'est pas un supérieur hiérarchique, il vérifie simplement la légalité des actes émis par les collectivités territoriales. Ce contrôle est la contre partie nécessaire du principe de libre administration des collectivités et rappelle le caractère unitaire de l'Etat.

La décentralisation diffère de la déconcentration. En effet, cette dernière consiste en une délégation de compétences à des agents ou organismes locaux relevant de l'administration d'Etat. De ce fait, dans le cadre de la déconcentration, les agents restent soumis à l'autorité de l'Etat et ne disposent d'aucune autonomie.

Le mouvement de la décentralisation a contribué à transformer la société française. Avec le transfert de pouvoirs nouveaux aux élus locaux, les attentes des citoyens s'expriment mieux et des réponses plus concrètes sont apportées. Depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, on assiste à une "*relance*" du processus de décentralisation.

⁷ BCEUF J L – MAGNAN M , Collectivités territoriales et décentralisation, Editions La Documentation Française, 2004

Les grands principes de la loi de décentralisation de 1982 sont marqués par trois points essentiels :

- Suppression de la tutelle administrative. Le préfet n'exerce plus de contrôle sur l'opportunité des actes définis par les collectivités mais uniquement un contrôle de légalité,
- Transfert du pouvoir exécutif au département et à la région (Conseil Général pour le département et Conseil Régional pour la région),
- Transformation de la région en collectivité territoriale. Désormais, la région fait partie d'un des trois niveaux de collectivités territoriales que sont les communes, les départements et les régions.

Le Conseil Régional est l'assemblée délibérante de la région. Il règle par ses délibérations les affaires de la région. Le Conseil Régional est dirigé par le président du Conseil Régional en tant qu'organe exécutif, assisté de la commission permanente et du bureau. Le président est élu pour six ans.

1.2 Les compétences de la Région⁸

Au cours de ces deux dernières décennies, plusieurs lois, et en particulier dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, ont confié de nouvelles responsabilités aux régions.

Ainsi, de nombreuses missions sont confiées à la Région en lien avec cette nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les niveaux décentralisés. Il est à noter que le rôle de la région est plus clairement affirmé dans les domaines du développement économique (aide aux entreprises), de la planification et l'aménagement du territoire, des transports (urbains et ferroviaires, transports des voyageurs, infrastructures routières), de l'environnement et du cadre de vie (habitat, tourisme). Enfin, des missions importantes lui sont confiées en matière de formation et d'enseignement.

En effet, ces transferts de compétences ont donné à la région un rôle premier en matière de formation professionnelle et d'apprentissage. La Région est responsable de la construction et de l'entretien des lycées et autres établissements d'enseignement du second degré. Pour les équipements universitaires, elle intervient également de manière significative, même si l'Etat conserve une compétence de principe pour ce niveau. De plus, les programmes pédagogiques et la responsabilité du personnel enseignant restent de la compétence de l'Etat.

⁸ BONNARD Maryvonne (coord), les collectivités territoriales en France , les notices de la Documentation Française , 2005

Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, la région se voit confier la responsabilité en matière de gestion et de financement des formations sanitaires et sociales.

1.3 Le financement des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales ont à gérer des budgets importants (environ 175 Milliards d'Euros en 2004) ce qui font d'elles des acteurs déterminants de l'économie nationale. En effet, ces dernières bénéficient de ressources dont elles peuvent disposer librement (l'article 72-2 de la constitution renforce l'autonomie financière des collectivités). De plus, elles peuvent percevoir tout ou partie du produit des impositions. Les recettes fiscales et les autres ressources propres des collectivités territoriales représentent pour chaque catégorie de collectivités une part déterminante de l'ensemble de leurs ressources. Il est à noter que tout nouveau transfert de compétences doit s'accompagner d'enveloppes budgétaires équivalentes nécessaires à l'exercice de la compétence transférée par l'Etat.

Les ressources des collectivités territoriales se composent de la manière suivante⁹:

Les impôts et taxes diverses :

- Les impôts directs : impôts locaux et taxes foncières, taxe professionnelle, taxes ordures ménagères....,
- Les impôts indirects : transactions immobilières, taxe de séjour, taxe sur la publicité, jeux, spectacles
- La fiscalité liée aux transferts de compétences :
 - Taxe sur les vignettes (département)
 - Taxe sur les cartes grises (région)
 - Taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP)
 - Taxe spéciale sur les conventions d'assurances

Les transferts et concours de l'Etat (dotations) constituent la deuxième catégorie de ressources des collectivités territoriales.

Les transferts d'impôts aux collectivités territoriales et les dotations de l'Etat ont pour objectif de compenser l'augmentation des dépenses engendrées par les transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités dans le cadre de la décentralisation. On distingue :

- les dotations et subventions de fonctionnement (DGF),

⁹ BONNARD Maryvonne (coord), les collectivités territoriales en France , les notices de la Documentation Française , 2005

- les dotations et subventions d'équipement (fond de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)),
- financement de nouveaux transferts de compétences (ex : dotation générale de décentralisation des formations professionnelles) et compensation d'exonération et dégrèvement d'impôts (dotation de compensation de la taxe professionnelle).

Concernant les dépenses d'intervention des collectivités territoriales, elles concernent les dépenses effectuées au titre des compétences qui leurs ont été transférées par l'Etat.

Les régions mettent l'accent sur le développement économique (aides aux entreprises) et la formation professionnelle.

En 2005, concernant la notion de compensation attribuée aux régions pour la décentralisation des formations sanitaires et sociales, une majoration d'environ 47 millions d'euros est apportée. En effet, l'Observatoire de la décentralisation du Sénat¹⁰ mettait en évidence un "*manque à gagner pour les régions*" évalué à plus de 44 millions d'euros.

Ainsi, cet apport financier¹¹ devrait "*apaiser les craintes des régions*". Pour 2006, la circulaire du 31 décembre 2005 fixe le droit provisionnel alloués aux régions pour la décentralisation des instituts paramédicaux à 441,15 millions d'euros et reconduit les 63 millions dédiés aux aides accordées aux étudiants des formations paramédicales.

1.4 Les enjeux de la décentralisation des formations sanitaires et sociales¹²

Ce transfert de compétences est un enjeu pour la Région. La décentralisation attribuée à la Région non seulement une responsabilité de gestion mais aussi une responsabilité politique, économique et sociale.

Le Conseil Régional sera amené à faire des choix, à impulser des initiatives et à assumer des conséquences qui auront un impact sur la cohésion sociale, l'aménagement du territoire, le développement économique et la politique de formation.

¹⁰ KAROUTCHI Roger, la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage, rapport d'information n°455 (2004 – 2005) fait au nom de l'observatoire de la décentralisation, déposé le 5 juillet 2005, SENAT -

¹¹ DEKUSSCHE Cécile, "décentralisation des formations, plus de moyens pour les régions", revue soins cadres, N°57 Février 2006

¹² BENAYOUN Georges, décentralisation des formations sanitaires et sociales, rapport du conseil économique et social régional Midi-Pyrénées, assemblée plénière, juin 2005

Une meilleure articulation entre l'Etat et la Région doit être recherchée. Cette décentralisation amène la région à prendre en charge les formations du secteur sanitaire et social en pleine mutation (droit des usagers, prise en charge des personnes âgées, prise en charge des personnes handicapées...) et de fait, nécessite d'acquérir et de développer une capacité d'expertise dans ces domaines.

Actuellement le problème financier du transfert des compétences n'est pas délimité. Un grand nombre d'imprécisions empêche d'avoir une vision claire des conséquences de ce transfert. Aussi, il semble important pour la Région de mettre en place une analyse budgétaire portant sur les montants à transférer.

De plus, la Région ne peut pas organiser seule la croissance des besoins en formation. Elle doit rechercher une articulation forte entre formation initiale (dont elle a la charge) et la formation continue par l'intermédiaire des schémas régionaux de formation professionnelle. Tous ces éléments amèneront la Région à établir des liens et des relations avec ses différents partenaires : Conseils Généraux, partenaires sociaux, économiques et institutionnels des secteurs sanitaires et sociaux.

Il semble important aujourd'hui pour la Région de mieux comprendre les budgets et les coûts réels de formation. En effet, depuis 1992, les établissements hospitaliers n'étaient plus soumis à l'obligation d'élaborer un budget annexe pour les activités de formations sanitaires qui leur étaient rattachées. Depuis 2004, il est demandé aux établissements supports des instituts de formation de créer une nouvelle lettre budgétaire "C" affectée au budget annexe retraçant les charges et les produits des écoles de formation des professionnels paramédicaux et sages femmes¹³. Pour l'exercice 2005, et par dérogation, le budget annexe des instituts de formation a pu bénéficier d'une subvention d'équilibre du budget général (article 2)¹⁴.

Aujourd'hui, le financement des Instituts de Formations en Soins Infirmiers relève de la compétence de la Région dont les apports financiers sont supposés remplacer pour chaque institut, la subvention d'équilibre que celui-ci recevait de son établissement de rattachement. L'hôpital, organisme gestionnaire de l'institut se voit "débaser" sur son budget général une somme correspondant à la somme qu'il a affecté à l'équilibre du

¹³ Circulaire DHOS-F2/F4 n°416 du 1^{er} septembre 2004 relative à la procédure budgétaire 2005 des établissements sanitaires antérieurement financés par dotation globale mentionnés au a,b,c de l'article L.162-22-6 du code la sécurité sociale

¹⁴ 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

budget de l'institut. Cette somme est transférée par l'Etat à la Région. Le Conseil Régional reverse au minimum cette somme au budget annexe de l'institut.

Dans un tel contexte, cela a conduit plusieurs régions à réaliser des audits financiers afin d'obtenir un réel état des lieux. En effet, la Région souhaite véritablement prendre la mesure des besoins avant d'envisager de nouveaux investissements. Il semble important d'évaluer si les transferts de l'Etat compensent les charges transférées. Actuellement les premiers résultats des audits financiers demandés par les Régions montreraient une certaine difficulté à cerner exactement la situation financière des structures de formation sanitaires et sembleraient mettre en évidence des disparités d'une région à l'autre, mais aussi d'un établissement à l'autre.

Mais des interrogations subsistent concernant le financement des instituts de formation. En effet que se passera-t-il si les budgets alloués par la Région et reversés au centre hospitalier de rattachement sont insuffisants ?

2 Incidences de la décentralisation des formations sanitaires sur le fonctionnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers

2.1 L'impact de la décentralisation sur les Instituts de Formation en Soins Infirmiers

2.1.1 Les compétences de la Région en matière de formation sanitaires et sociales

De part la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, les formations sociales et les formations sanitaires entrent désormais dans la compétence de droit commun de la Région concernant la formation professionnelle. Elles font ainsi l'objet de schémas régionaux spécifiques intégrés dans le plan régional de développement de formation (PRDF). De plus, la région se voit confier la gestion des aides accordées aux élèves et aux étudiants suivant les formations concernées.¹⁵

En ce qui concerne les formations sanitaires, le champ d'action des Régions est plus précisément délimité par rapport aux formations sociales. A la différence des formations sociales, la loi du 13 août 2004 transfère aux Régions une liste précise et

¹⁵ KAROUTCHI Roger, la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage, rapport d'information n°455 (2004 – 2005) fait au nom de l'observatoire de la décentralisation, déposé le 5 juillet 2005, SENAT -

exhaustive des professions sanitaires entrant dans le champ de la décentralisation. Sont ainsi concernées l'ensemble des formations préparant à 21 professions paramédicales ou sanitaires (annexe 1 et annexe 2¹⁶).

Conformément aux dispositions de l'article 52 de la loi des finances pour 2005, le transfert des formations paramédicales s'est effectué en deux temps. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2005, les Régions gèrent les aides aux étudiants des formations sanitaires. Depuis le 1^{er} juillet 2005, la gestion de ces formations est désormais de la compétence des Conseils Régionaux.

Dans le domaine sanitaire le champ des compétences transférées aux Régions est le suivant¹⁷ :

- répartition des quotas et des capacités d'accueil entre les établissements régionaux de formations paramédicales,
- autorisation de fonctionnement des instituts existants,
- autorisation de création de nouveaux établissements,
- agrément des directeurs,
- financement des établissements publics.

De plus, la loi du 13 août 2004 prévoit un régime particulier pour certaines formations sanitaires en raison de leurs spécificités. Les formations sanitaires dispensées en université ou institut universitaire de technologie feront l'objet d'une convention entre la Région et l'établissement. Cette convention vaudra alors autorisation de création et d'agrément du directeur.

L'Etat conserve des compétences étendues en :

- définissant les conditions d'accès aux formations paramédicales et sage femme
- déterminant les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des candidats et de délivrance des diplômes
- fixant le nombre d'élèves et d'étudiants admis à entreprendre des formations et en les répartissant entre les régions
- conservant un droit de regard sur l'autorisation de création des établissements et l'agrément de leur directeur par le biais de l'avis émis par le représentant de l'Etat dans la région.

¹⁶ ANNEXE 1 : liste des professions ANNEXE 2 : effectifs

¹⁷CHEVREUL P, "la mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales" Rapport de mission février 2005

En ce qui concerne les instituts de formation en soins infirmiers, la régionalisation a conduit les responsables de structures à repenser leurs modes de fonctionnement. En effet, ce transfert de charge a obligé les établissements rattachés à des centres hospitaliers supports de clarifier l'aspect financier par l'attribution d'un budget spécifique pour les écoles, mettant fin aux crédits "peu ou pas fléchés" intégrés à la dotation globale des établissements. Pour les directeurs d'institut, il semble primordial d'informer les équipes pédagogiques car il est apparu incontestable qu'il n'était plus possible de pérenniser le fonctionnement antérieur à la décentralisation. Une exigence de clarifier toutes les activités de formation est devenue indispensable. La mise en place de réseau, la mutualisation des moyens deviennent dès lors, des éléments à intégrer dans les logiques de fonctionnement.

De plus, dans le contexte actuel de la décentralisation, les Instituts de Formation se retrouvent confrontés à trois interlocuteurs aux logiques différentes. La majeure partie des instituts de formation en soins infirmiers est rattachée à des centres hospitaliers, allant du centre hospitalier de moyenne structure au centre hospitalier universitaire. Le directeur des soins étant nommé par le directeur général de l'établissement de rattachement. Il se trouve ainsi en relation hiérarchique avec le directeur de l'établissement.

Concernant la Région, elle a la compétence d'agréeer le directeur de l'institut de formation et devient ainsi un interlocuteur direct. Quant à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, elle est responsable du bon déroulement des formations, elle a un rôle de garant et de contrôle.

2.1.2 Le décret du 30 mars 2006 concernant les conditions d'agrément

A) L'agrément des instituts de formation

En ce qui concerne l'agrément des instituts de formations paramédicales, l'autorisation est délivrée pour une durée de 5 ans par le président du conseil régional après avis du Préfet de Région.¹⁸

De plus, ces établissements doivent répondre aux conditions suivantes :

- qualification des directeurs des instituts concernés

¹⁸ Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 relatif aux instituts et écoles de formation de certaines professions de santé et modifiant le code la santé publique (dispositions réglementaires)

- adéquation, en nombre et en qualité de l'équipe pédagogique à la formation dispensée selon les conditions définies par un arrêté du ministre chargé de la santé
- existence d'un projet pédagogique établi conformément au respect de la réglementation en vigueur (conditions d'accès à la formation, contenu du programme d'enseignement, modalités de l'enseignement et de l'évaluation des connaissances des étudiants ou des élèves en cours de scolarité)
- organisation satisfaisant l'articulation entre les enseignements théoriques et les stages cliniques
- adaptation des locaux, matériels techniques et pédagogiques au nombre d'étudiants accueillis
- adaptation de la capacité totale d'accueil envisagée pour l'institut en regard des quotas ou des besoins de formation appréciés par la Région
- le dossier de demande d'autorisation est établi par le représentant légal de l'institut ou de l'école et il est transmis au président du Conseil Régional, avec copie au Préfet de Région.

B) L'agrément du directeur de l'institut de formation

En ce qui concerne l'agrément du directeur de l'institut de formation,¹⁹ ce dernier doit remplir les conditions d'âge et de diplômes fixés par la réglementation en vigueur et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation inscrite au bulletin n°2 du casier judiciaire national. L'agrément des directeurs des instituts relevant d'un établissement public de santé est délivré dans le respect des dispositions réglementaires régissant les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires. La demande d'agrément du directeur est déposée auprès du président du Conseil Régional par le représentant légal de l'établissement, de l'institut avec copie au Préfet de Région.

C) La fixation du nombre d'étudiants en formation

Lorsque le ministre chargé de la santé envisage de fixer pour une ou plusieurs années scolaires le nombre d'étudiants à admettre en première année de formation ainsi que sa répartition entre les régions²⁰, chaque préfet de région saisit de ce projet le conseil régional avant le 15 mai de l'année précédente. Ensuite, chaque conseil régional transmet son avis motivé au plus tard le 15 juin de la même année, au préfet de région qui l'adresse au ministre chargé de la santé. Pour la rentrée 2006/2007, le conseil régional

¹⁹Op cit.

²⁰ Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 relatif aux instituts et écoles de formation de certaines professions de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

dispose d'un délai d'un mois après avoir été saisi pour transmettre son avis motivé au préfet qui le transmettra au ministre.

Nous pouvons constater qu'à travers ces éléments la Région peut avoir une certaine maîtrise dans la gestion des quotas. Cependant seul le Ministère, représentant l'Etat, prendra la décision au risque d'être en contradiction avec la position de la Région.

Un arrêté en date du 18 mai 2006²¹ fixe à 30 000, le nombre maximum d'étudiants admis en formation pour la rentrée 2006/2007 ainsi que leur répartition dans les différentes régions.

2.2 Cadre réglementaire relatif au fonctionnement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers

2.2.1 Le fonctionnement d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers

Le fonctionnement des instituts de formation est défini dans les textes suivants :

- l'arrêté du 19 janvier 1988 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux modifiés par l'arrêté du 8 juillet 1998
- l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

Les missions des centres de formation en soins infirmiers sont les suivantes :

- formation initiale des infirmiers et aides soignants,
- formation préparatoire à l'entrée dans les centres de formation en soins infirmiers,
- formation continue incluant la formation d'adaptation à l'emploi,
- documentation et recherche en soins infirmiers.

Les centres de formations en soins infirmiers sont dirigés par un directeur qui est responsable :

- de la conception du projet pédagogique,
- de l'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue dispensée dans les instituts de formation en soins infirmiers,

²¹ Arrêté du 18 mai 2006 fixant le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier, J.O. du 1^{er} juin 2006 texte n°32

- de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique,
- du contrôle des études,
- de l'animation et de l'encadrement de l'équipe enseignante,
- de la recherche en soins infirmiers conduite par l'équipe enseignante de l'institut de formation,
- du fonctionnement général de l'institut de formation incluant la gestion administrative et financière

Ainsi, le rôle premier du directeur des soins en institut est de positionner la structure en regard de l'attractivité du projet, de sa qualité, et de sa pertinence en fonction des évolutions à venir concernant les formations sanitaires (validation des acquis de l'expérience, développement des compétences, formation tout au long de sa vie...)

2.2.2 La formation en soins infirmiers

Le programme de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier²² a pour objectif de favoriser l'émergence d'un profil infirmier dont les caractéristiques sont les suivantes :

- un professionnel capable de répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans les différentes dimensions du soin (préventif, curatif, éducatif et de réhabilitation),
- un professionnel polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers adaptés à la personne prise en charge en tenant compte des dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles,
- un professionnel capable d'assumer et de faire connaître son rôle, sa spécificité ainsi que son identité professionnelle. Il est membre d'une équipe pluri professionnelle et collabore avec l'ensemble des partenaires de santé au service de la personne soignée.

La finalité de la formation est de permettre au professionnel d'assumer chacun de ses rôles en tenant compte des aspects éthiques et juridiques dans son engagement professionnel. Cette formation est dispensée en vue d'un exercice professionnel tant en milieu hospitalier, extra hospitalier ou en secteur libéral.

²²Arrêté du 23 mars 1992 modifié par l'arrêté du 28 septembre 2001 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière

Chaque équipe pédagogique, en fonction de son projet de formation, détermine des objectifs permettant ainsi à l'étudiant l'acquisition de connaissances qui lui permettront d'assumer les exigences incontournables liées à l'exercice professionnel. Ces exigences seront adaptées aux réalités et à l'évolution du système de santé.

L'ensemble de la formation comporte 136 semaines de formation soit 4 760 heures qui se décomposent de la manière suivante :

- 2 240 heures d'enseignement théorique, organisées en modules dont l'objectif est de permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances indispensables pour dispenser des soins infirmiers. La répartition de cet enseignement entre cours magistraux, travaux dirigés et évaluation des connaissances est déterminée par les équipes enseignantes
- 140 heures de suivi pédagogique
- 2 380 heures de stage

Le stage est un lieu privilégié de l'exercice professionnel dans ses dimensions techniques, relationnelles, organisationnelles. Il facilite la prise de conscience de la responsabilité professionnelle. Il participe à la construction de l'identité professionnelle. Il est le lieu d'application en situation réelle des techniques de soins abordées en institut de formation. La relation "soignant / soigné" s'exerce en stage.

Au sein d'une équipe pédagogique sous la responsabilité du directeur de l'institut de formation, le cadre formateur intervient dans des domaines diversifiés et participe à la formation initiale et continue des infirmiers. Ses missions sont de former des professionnels de santé compétents en lien avec la réglementation et de transmettre des savoirs théoriques, cliniques et relationnels. C'est un professionnel qui s'appuie sur un référentiel métier infirmier affirmé, doté de capacités pédagogiques et en mesure de s'engager dans chacune des missions dévolues à l'Institut de Formations en Soins Infirmiers. Il est capable de travailler en équipe dans une dynamique constructive, d'actualisation des connaissances et des compétences.

3 Evaluation et indicateurs d'activité

3.1 L'évaluation

Evaluer, c'est "*poser la question du sens*". "Mais dans quel sens poser la question de l'évaluation ?"²³

Evaluer "c'est appliquer à des objets définis (phénomènes, comportements, valeurs, projets individuels ou collectifs, pratiques, plans et programmes...) un outil critique élaboré, rationalisé, une forme d'analyse systématiquement réfléchie, éventuellement inscrite dans des dispositifs."²⁴

Evaluer c'est interroger globalement l'institution sur ses forces, ses faiblesses, les menaces et les opportunités.

L'évaluation vise à fournir des informations pertinentes et comparables. Une meilleure lecture du fonctionnement des institutions que ce soit sous l'angle de la cohérence, de la faisabilité, de l'efficience ou encore de l'efficacité, interroge sur la valeur ajoutée de l'établissement. De plus, cela permet de rendre compte de la performance de cette institution et de prouver aux différents partenaires, son utilité, sa qualité et son sens des responsabilités.

Les approches et les conceptions de l'évaluation sont particulièrement nombreuses. JM DE KETELE (1993) a défini dix paradigmes parmi lesquels on trouve celui de l'évaluation au service de la décision²⁵.

L'évaluation institutionnelle est une pratique récente qui demande l'exploration en profondeur de ce qui peut ou de ce qui pourra contribuer à sa légitimité. Cette évaluation a pour but de rendre compte avec la plus grande transparence possible de la qualité de la formation. Elle permet ainsi de clarifier avec les différents acteurs impliqués, qu'ils soient internes ou externes, "*le positif, le possible, le souhaitable et le négatif d'une institution*"²⁶

On peut considérer l'établissement comme une organisation structurée et en constante évolution. Une organisation est orientée vers un but, elle est influencée par ceux qui la composent et par l'environnement qui l'entoure. Ainsi, une approche

²³PEYRE Pierre, L'évaluation : l'outil et le système, Revue soins formation – pédagogie - encadrement – N°5 –1^{er} trimestre 1993 – p 4 à 12

²⁴ ARDOINO J – BERGER G, d'une évaluation en miettes à une évaluation en actes. Le cas des universités, ANDSHA Matrice 1999

²⁵GUSTIN André, Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

²⁶GUSTIN André, Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégiques Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

systemique tient compte de la complexité du contexte liée à l'environnement, les acteurs, les missions poursuivies et la structure.

L'évaluation peut alors être utilisée comme "*ancrage rationnel dans les débats préparatoires aux prises de décision*". L'évaluation institutionnelle est de ce fait politique et éthique. Elle permet d'éclairer les choix stratégiques en regard des objectifs fixés afin d'optimiser la formation et impulser une dynamique de changement. C'est ainsi que JM DE KETELE²⁷ définit dans l'évaluation institutionnelle deux axes possibles :

- l'évaluation d'orientation qui amène à prendre une décision concernant les orientations à suivre,
- l'évaluation de régulation qui vise à l'amélioration à apporter à l'institution évaluée.

La sélection des indicateurs doit obéir aux exigences de pertinence, de validité et de fiabilité. De plus, ils sont soumis aux impératifs suivants :

- présenter un intérêt pour les acteurs internes et externes,
- être utiles pour la prise de décision,
- être faciles à prélever,
- être fiables et susceptibles de comparaisons.

Selon JJ BONNIOL et G FIGARI (1994)²⁸, les critères portent sur les exigences pédagogiques et les indicateurs sur des exigences de résultats. Le critère est une dimension de l'objectif que l'évaluateur choisit de privilégier comme une référence parmi d'autres, tandis que l'indicateur appartient au domaine de l'exemple, et non de la preuve. (Exemple : le ratio étudiants/formateurs – nombre de diplômes délivrés....)

3.2 Les indicateurs d'activité

3.2.1 Qu'est ce qu'un indicateur ?

Il existe plusieurs significations du mot indicateur. Selon le dictionnaire Le Grand Robert on peut le définir de la manière suivante :

"[...] Instrument servant à fournir des indications quantitatives (sur un phénomène, un processus) à l'utilisateur [...] indicateur de niveau, de pression, d'altitude...

[...] dispositif capable de donner des indications : indicateur de changement de direction

²⁷ DE KETELE JM – ROEGIERS X , Méthodologie du recueil d'information, Editions DE BOECK Universités, 1996

²⁸ ibid

[...] *variables dont certaines valeurs sont significatives d'un état, d'un phénomène économique*

[...] *indicateur d'alerte, indicateur de tendance"*

Selon la norme ISO 8402, un indicateur est " *une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis*". Suivant cette définition, l'existence d'informations numériques et répétées est donc nécessaire pour qu'une information quantitative soit qualifiée d'indicateur.

Ainsi, comme l'a défini l' Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Soins (ANAES)²⁹ " *un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre*".

3.2.2 Critères et indicateurs : pour quelle utilisation ?

Un critère peut être qualifié d'élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation. Chaque critère se caractérise par :

- une variable qui permet la mesure du critère
- un standard qui est la valeur absolue
- des instructions de recueil.

Généralement, il est convenu d'utiliser le terme d'indicateur aux variables pouvant permettre un suivi objectivable, dans le cadre d'un système de recueil de données. Un indicateur donne une indication, c'est-à-dire une information incomplète, mais utile, sur un phénomène, un dysfonctionnement, une situation. Une statistique, un indice simple ou complexe ne constituent pas automatiquement des indicateurs. Ils ne le deviennent que s'ils fournissent à la personne qui en dispose une information significative par rapport à ses préoccupations. L'essentiel n'est pas seulement le résultat, c'est l'utilisation qui en faite. Ainsi, le domaine d'utilisation d'un indicateur dépend en grande partie de l'objectif que souhaite atteindre celui qui le choisit, le met en œuvre et en exploite les résultats.

De plus, un indicateur n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation, notamment les critères précis de sa définition et le contexte de sa mise en œuvre. Ainsi, les conditions de recueil et le traitement des données doivent être

²⁹ Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, MAI 2002

définies préalablement, afin d'assurer la stabilité et la reproductibilité au cours du temps des informations produites. Cette standardisation est encore plus importante lorsque l'indicateur est utilisé à des fins de comparaisons.

Cependant, les indicateurs peuvent être l'objet de biais d'analyse et de ce fait entraîner des interprétations erronées ou inadaptées. Des résultats sous-estimés, surestimés, incohérents par rapport à la situation réelle peuvent conduire l'utilisateur de l'indicateur à prendre des décisions inappropriées. Ainsi, en situation de décision, l'indicateur doit rester une information parmi d'autres.

La sélection des indicateurs devant obéir aux exigences de pertinence, de validité et de fiabilité³⁰, il semble important de se poser les questions suivantes :

- est ce l'indicateur le plus adapté au contexte, à la situation ? (pertinence)
- cet indicateur permet-il de vérifier ce qu'il est déclaré vouloir vérifier ? (validité)
- la manière de recueillir l'information est-elle semblable d'une personne à l'autre, d'un endroit à l'autre ?

La difficulté dans la construction des indicateurs réside dans une certaine confusion entre les différentes strates possibles de leur conception et de leur gestion. En effet, comme le souligne Nathalie LAJZEROWICZ³¹, il existe trois niveaux :

- stratégique
- conduite de projet
- opérationnel.

Le principe essentiel, est qu'un indicateur n'est rien s'il n'est pas relié à un objectif préalable. Ainsi construire des indicateurs permettra de mettre en évidence les informations les plus importantes afin d'éviter de vouloir tout mesurer. De plus, une rigueur dans la construction et une traçabilité de leur élaboration favorisera la crédibilité des indicateurs produits. Enfin, une communication adaptée à tous les utilisateurs en facilitera leur acceptation.

³⁰ GUSTIN André, Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

³¹ LAJZEROWICZ Nathalie, construction pratique d'un indicateur qualité, gestion hospitalière, Novembre 2001

3.2.3 Les qualités requises pour des indicateurs d'activité opérationnels

Il existe de nombreux indicateurs d'activité en fonction des objectifs poursuivis. L'activité peut être décrite de manière globale et/ou par secteur d'activité. Elle peut être exprimée de manière détaillée ou synthétique³². Cependant, le contexte d'utilisation de l'indicateur est fondamental. Cela suppose que les personnes qui vont assurer l'identification de ces indicateurs, et leur mise en œuvre, maîtrisent les objectifs poursuivis et les difficultés liées au domaine d'application.

Un indicateur doit permettre d'effectuer des comparaisons, pour apprécier les résultats obtenus, soit dans le temps, soit dans l'espace (comparaison d'un territoire à un autre). Les comparaisons permettent d'étalonner les résultats obtenus. Un indicateur n'est utile que si sa production est immédiatement suivie d'une analyse par les responsables concernés et mis à profit pour prendre des décisions de gestion mais aussi des décisions stratégiques. L'énoncé d'un indicateur doit être immédiatement compréhensible par les utilisateurs, d'où la nécessité d'identifier des indicateurs simples d'utilisation.³³

Un indicateur doit être simple et acceptable. Il doit être facile à élaborer, à recueillir et à calculer. Il doit être compréhensible par tous les utilisateurs. Les indicateurs entre eux ne doivent pas être redondants et doivent être cohérents.

Un indicateur doit être validé et pertinent. La validité est l'aptitude³⁴ de l'indicateur à refléter ce qu'il est "*censé mesurer*", c'est-à-dire fournir les informations nécessaires à l'appréciation d'une situation donnée.

Un indicateur doit être fiable c'est-à-dire apte à une mesure précise et reproductible. La reproductibilité est la capacité de reproduire plusieurs fois le même résultat lorsque la mesure est répétée dans le temps, dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments. La fiabilité d'un indicateur constitue un critère de choix essentiel. Cette fiabilité repose sur la sûreté du dispositif de mesure et l'absence de biais. Par principe, un bon indicateur doit être exempt de biais. Cependant, un indicateur peut être retenu malgré ses biais, à condition que ceux-ci restent d'une portée limitée et soient clairement identifiés.

³² Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, MAI 2002

³³ Cultes des indicateurs ou culture de la performance, loi organique relative aux lois de finances LOLF, rapport du sénat consultable sur www.senat.fr

³⁴ Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, MAI 2002

Un indicateur peut donner lieu à une interprétation erronée. Sa signification peut ne pas être la même pour tous les utilisateurs. Un indicateur peut avoir des effets secondaires imprévus, négatifs ou paradoxaux. Ainsi, un indicateur doit toujours être confronté aux appréciations issues d'autres sources, toute situation de divergence entre différentes appréciations devant être examinée. De ce fait, un indicateur doit être documenté en vue de permettre aux différents utilisateurs de s'assurer de la pertinence et de la qualité des informations recueillies.

Devant tous ces éléments, il paraît donc important de mettre en évidence que tout projet reposant sur l'utilisation d'indicateurs suppose une réflexion collective amenant à leur élaboration et à leur utilisation.

3.2.4 La place des indicateurs d'activité dans la formation en soins infirmiers

Chaque institut de formation se définit par un projet qui explicite ses finalités et les buts poursuivis. Si les finalités sont de "l'ordre de la visée, de l'idéal, les buts quant à eux impliquent que des missions soient remplies"³⁵. Au-delà des missions, il importe de signaler que les instituts de formation sont aussi des organisations vivantes. Ils changent et évoluent (augmentation des quotas, régionalisation, universitarisation, accessibilité des diplômes par la Validation des Acquis de l'Expérience). Ainsi, ils mobilisent de l'énergie afin d'assurer leur survie, leur croissance dans un environnement en perpétuel mouvement (leur efficacité et leur efficience). Ces buts sont appelés par MINTZBERG (1986) : les buts de système. Ils concernent le système lui-même et révèlent l'ampleur de son dynamisme et de sa qualité. Ainsi, tous les indicateurs qui rendent l'institution concrète et visible donnent une image de la structure.

Les caractéristiques de l'environnement dans lequel évoluent aujourd'hui les formations sanitaires sont essentiellement de nature culturelle, sociale, économique et politique. Ce dernier aspect étant renforcé par la place accordée à la Région dans le cadre de la décentralisation. Ainsi, il nous semble important de clarifier les éléments qui pourraient influencer l'environnement des instituts de formations en soins infirmiers dans les domaines suivants : courants pédagogiques, demande de formation, degré d'implication des pouvoirs publics dans le financement des formations, territoire de santé....

Actuellement, la littérature professionnelle ne fait pas état de l'existence d'indicateurs d'activité dans la formation en soins infirmiers. Cependant au cours de nos recherches, nous avons repéré qu'il existait d'autres indicateurs, notamment les

³⁵ GUSTIN André, Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

indicateurs en terme de charge de travail des formateurs, et également des indicateurs entrant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Tous ces indicateurs sont diversement utilisés selon les établissements.

Aussi, afin d'approfondir ce travail de réflexion, nous avons collecté au cours de nos stages, mais aussi au travers des échanges et lectures, des pistes de recherche qui ont permis d'étayer notre questionnement. Il nous semble important de profiter de la décentralisation des formations sanitaires à la Région comme un élément déclencheur de cette réflexion. En effet, il nous paraissait essentiel de faire état des activités réalisées dans les instituts de formations en soins infirmiers. L'audit financier demandé par les régions devrait permettre d'avoir un éclairage le plus proche de la réalité concernant l'impact financier lié à ce transfert de compétence.

Ainsi, ce bilan de l'existant pourrait être utilisé par les structures de formation pour définir des priorités d'action. Ces actions, dont le suivi serait effectué grâce à l'identification d'indicateurs spécifiques. Cependant, ces éléments identifiés ne peuvent être retenus qu'au terme d'une réflexion, à un temps donné, sur les connaissances et les ressources, mais aussi sur le souhaitable en fonction des orientations des établissements dans le respect des valeurs propres à chacun.

Actuellement plusieurs travaux à l'initiative d'une association professionnelle, le CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres), permettent de référer à un outil^{36 37} concernant l'activité, l'identification et la connaissance du métier de formateur. Ce travail a induit une réflexion et une interrogation sur les pratiques de formation.

Néanmoins, il nous paraît essentiel de rappeler que ces indicateurs doivent être utilisés dans un contexte bien défini. En effet, un indicateur ne peut, à lui seul, donner un éclairage suffisant. Il est impératif de croiser les indicateurs entre eux afin de pouvoir en tirer des conclusions pertinentes et fondées. Il serait préjudiciable aux instituts de formation en soins infirmiers, que les résultats mis en évidence par ces indicateurs soient interprétés par des "*hon initiés*". Les interprétations erronées qui en seraient faites, pourraient à terme se retourner contre les instituts, et dans ce cas aller à l'encontre des objectifs fixés au départ, et ainsi détourner les indicateurs de leurs buts initiaux.

³⁶ CEFIEC PAYS DE LOIRE, Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers, évaluation de trois activités cœur de métier, octobre 2005

³⁷ CEFIEC REGION BRETAGNE, légitimité du métier de formateur, compétence et formation du formateur en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et institut de formation cadre de santé (IFCS), mai 2001

Partie 2 :

ENQUETE ET ANALYSE

Nous venons d'exposer dans une première partie le cadre contextuel. Celui-ci nous a permis d'éclairer notre réflexion par des lectures en lien avec notre problématique.

Notre démarche nous amène à soumettre notre questionnement à l'épreuve sur le terrain :

Dans quelle mesure les indicateurs d'activités inhérents à la formation en soins infirmiers peuvent être utilisés comme outil de management et permettre une évaluation interne et externe de la formation ?

Dans un premier temps, nous exposerons notre choix de la population et celui du terrain d'investigation. Nous justifierons le choix de l'outil utilisé en expliquant ses qualités et ses limites. Dans un second temps, nous exposerons les conditions de réalisation puis nous aborderons l'analyse des éléments recueillis.

1 Présentation de la méthodologie utilisée

1.1 Le choix de la population

La population choisie pour réaliser ce travail est constituée de huit directeurs des soins responsables d'instituts de formation en soins infirmiers.

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les différentes structures.

Directeur des soins	Nombre d'étudiants par promotion	REGIONS	Etablissement de rattachement
A	107	1	C.H.
B	150	1	C.H.U
C	40	1	C.H.
D	45	2	C.H.
E	110	2	C.H.
F	45	3	C.H.
G	100	4	C.H
H	110	5	C.H.

Nous pouvons remarquer que le nombre des étudiants accueillis est variable d'une structure à l'autre. Néanmoins, il nous semblait intéressant pour nos comparaisons d'avoir plusieurs structures accueillant les mêmes effectifs. Il en est de même pour les établissements de rattachements. Seul un établissement est un centre hospitalier universitaire.

Par ailleurs, il paraît important de préciser les particularités de trois directeurs des soins :

- "C" avant d'être responsable d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers rattaché à la fonction publique hospitalière a exercé comme responsable de formation, également en soins infirmiers, dans le cadre de l'Education Nationale. De ce fait, il a eu l'occasion d'utiliser des indicateurs d'activités dans son exercice professionnel.
- "D" assure actuellement l'intérim de l'institut de formation mais il assure également les missions de directeur des soins gestion du centre hospitalier de rattachement
- "G", nouvellement nommé sur ce poste, assure la coordination du pôle pédagogique de l'établissement. Auparavant, il assurait une mission de directeur des soins gestion au niveau du centre hospitalier de rattachement

Nous avons également interviewé dans deux régions, R1 et R2, une personne responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional ainsi qu'une conseillère pédagogique au niveau de la DRASS. En effet, il nous semblait important d'avoir la position des organismes de tutelle concernant ces indicateurs d'activité.

1.2 Choix de l'outil d'investigation

Nous avons choisi comme outil l'entretien semi directif. En effet, cette technique permet l'expression des personnes sur un thème ciblé. L'entretien invite la personne interrogée à s'exprimer librement et spontanément à l'intérieur d'un cadre déterminé, qui nous sert de guide.

Au cours de ce type d'échange, cette méthode permet d'accéder au vécu de la personne, à ses sentiments et à ses opinions. Cependant, elle peut introduire un biais car il y a un risque d'influencer le discours, tant du côté enquêteur que du côté enquêté.

Les entretiens³⁸ menés auprès des directeurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers étaient encadrés par quatre questions :

- la première avait pour objectif d'identifier comment les directeurs évaluent l'activité de formation au sein des instituts de formations, les outils dont ils disposent et leur utilisation.
- la seconde portait sur les indicateurs d'activités et précisément sur la définition que les directeurs donnaient aux indicateurs et en particulier les indicateurs d'activité.
- la troisième question permettait de mettre en lumière les indicateurs utilisés, d'en déduire les avantages et les inconvénients, ainsi que leurs limites d'utilisation.
- enfin, la dernière portait sur l'utilisation qui pouvait être faite de ces indicateurs.

1.3 Le déroulement des entretiens et les limites rencontrées

Les entretiens ont eu lieu sur une période de deux mois environ. Nous avons pris rendez vous avec les personnes choisies. La durée des entretiens a varié de 45 à 60 minutes. Tous les échanges après accord des enquêtés ont été enregistrés. Ils s'accompagnaient également d'une prise de note. Nous avons précisé à chacune des personnes que leur anonymat serait préservé ainsi que celui de l'établissement. Nous n'avons rencontré aucune réticence à accepter ces échanges.

Lors de ces entretiens, nous avons constaté après avoir présenté le thème général de notre recherche, et dès que la première question était posée, rapidement la discussion était engagée. Au cours de l'entretien nous nous sommes assurés que tous les points identifiés dans le guide étaient bien abordés.

Concernant les limites de l'enquête, nous pouvons dire qu'au travers de ces huit entretiens, nous ne prétendons pas faire une généralité des propos retenus. Cependant nous constaterons des éléments significatifs récurrents. Cette étude nous a permis de rencontrer des personnes très intéressées par le sujet et impliquées dans les échanges, qui de ce fait ont été constructifs.

Ainsi les informations recueillies au cours de ces entretiens vont nous permettre d'aborder l'analyse afin de confronter nos données avec les éléments étudiés dans le cadre contextuel.

³⁸ ANNEXE 3 : guide d'entretien

2 Analyse des entretiens

2.1 Evaluation de l'activité de formation au sein des structures

L'objectif de la question était de savoir si les directeurs évaluaient l'activité de formation au sein de leurs instituts.

Nous avons pu constater que sur huit directeurs des soins, cinq affirment être en mesure d'évaluer l'activité de formation avec différents supports qui seront abordés dans le paragraphe suivant.

Cependant, trois directeurs estiment que cela leur est difficile pour plusieurs raisons :

- "C" conçoit très bien que l'on puisse *"trouver les informations nécessaires mais cependant il n'existe pas d'outils facilitant le recueil d'informations"*. En effet, il est possible de compter le nombre de mise en situation professionnelle (MSP), assuré par chaque formateur, le nombre d'heures de cours et leur forme (cours magistral, travaux dirigés, travaux pratiques, travaux de groupe)
- En ce qui concerne "G", sa nouvelle prise de fonction, comme coordinateur de pôle pédagogique, l'a conduit à constater *"qu'il n'existait aucun recueil, hormis le planning de semaine"* sur lequel figurent les cours et les intervenants.
- Quant à "H", il évalue l'activité de formation en s'aidant des chiffres suivants : nombre de formés, mouvement des étudiants lors de la formation (entrées, abandons, sorties diplômantes). Pour lui, actuellement il n'évalue pas à partir de la charge de travail des formateurs. Il évoque *"qu'il serait possible de se repérer en identifiant le nombre d'heures de cours (magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques) et les mises en situation professionnelles"*.

Ceci nous amène à poser le premier constat : l'évaluation de l'activité de formation n'est pas systématique dans les instituts de formation en soins infirmiers de notre enquête. Mais à l'unanimité, les directeurs des soins ont reconnu qu'il devenait indispensable de mettre en place des outils pour aider à cette évaluation.

En effet, suite aux audits commandités par les Régions, il est apparu un déficit de transparence et de clarté des informations nécessaires à la clarification des activités de formation au sein des instituts de formation en soins infirmiers. Ce constat a également été mis en évidence, lors de nos entretiens auprès des responsables des Conseils

Régionaux, chargés des formations sanitaires et sociales. Ces derniers regrettaient le peu d'éléments formalisés. Ceci ayant pour conséquences des réponses parfois en décalage avec la réalité, notamment au point de vue budgétaire.

Néanmoins, certains établissements ont commencé à mettre en place des outils afin de les aider à évaluer l'activité de formation. C'est ce que nous allons aborder dans la partie suivante.

2.2 Les outils utilisés dans l'évaluation de l'activité de formation

L'objectif de cette question était d'identifier quels étaient les outils utilisés par les directeurs dans les différentes structures.

Au cours de nos entretiens, nous avons pu constater, lorsqu'il existait des outils aidant à l'évaluation de l'activité, tous avaient une base commune, fondée sur des notions largement utilisées dans l'Education Nationale, en terme de pédagogie directe et pédagogie indirecte.

Afin d'identifier les activités, certains directeurs s'appuient sur le programme de formation (nombre d'heures, nombre de mises en situation professionnelles, nombre d'évaluations), ainsi que sur le projet pédagogique de la structure, qui est une déclinaison du programme réparti en nombre d'heures de cours magistraux, travaux dirigés... S'ajoute à cela la possibilité d'identifier si les cours sont assurés par des personnels permanents ou vacataires. Il en est de même pour la planification de semaine qui est également un outil permettant d'identifier l'activité de formation au sein des instituts de formation en soins infirmiers.

Cependant, il nous semble important de faire remarquer qu'il n'existe pas d'outils, type tableaux de bord, qui puissent centraliser toutes ces informations.

Nous notons qu'un institut utilise un logiciel lui permettant, en regard du planning semaine, de comptabiliser automatiquement le volume horaire d'enseignement direct de chaque formateur, par module, par année de formation. Un bilan est ainsi présenté en fin d'année. Il devient un "*outil d'arbitrage*" pour certaines activités. Il permet ainsi de préparer l'année suivante et d'évaluer l'activité et la charge de travail des formateurs.

Lors de nos stages, nous avons constaté que certains instituts de formation possédaient leurs propres tableaux de bord, leur permettant également, sur le même principe, d'identifier l'activité des formateurs.

Comme nous pouvons le remarquer, nombre des instituts utilise comme base de réflexion des travaux réalisés dans le cadre du CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres) concernant l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers axé particulièrement sur trois activités cœur de métier³⁹⁴⁰. Ces travaux reprennent les différentes missions du formateur. Une étude concernant ces travaux sera développée ultérieurement.

Par ailleurs, il nous a semblé important de mettre en relief des réponses faites par deux directeurs lors de nos entretiens.

La première concerne le directeur "A" qui utilise comme outil pour évaluer son activité, le rapport d'activité. *"Ce document a pour objectif de tracer certes l'activité, mais il va au-delà de l'évaluation car c'est aussi un outil stratégique puisqu'il permet de faire des choix"*. A noter, que ce rapport d'activité a été remis dans le cadre de cette structure au responsable de l'établissement hospitalier de rattachement, et au Conseil Régional.

Le second point que nous souhaitons ressortir, est que pour le directeur "D" : *"il soit aussi important de parler en terme d'activité, non seulement l'activité des formateurs, mais aussi de l'activité de secrétariat, l'activité logistique et celle du directeur"*. En effet, il semble important lorsque l'on parle d'activité de formation de bien différencier avec les activités pédagogiques assurées par les formateurs, de l'activité inhérente à la formation.

Ceci nous conduit à poser le constat suivant : les directeurs des soins sont convaincus de l'importance de l'évaluation de l'activité de formation. Cependant, peu d'outils existent. Lorsqu'ils existent, ils ne prennent en compte que l'activité de formation en elle-même, en terme de charge de travail du formateur, et occultent l'activité liée au secrétariat et à la logistique. Sous le terme logistique, il est entendu centre de documentation et d'informations, centre multimédia, et parfois selon les structures l'entretien des locaux.

³⁹ CEFIEC PAYS DE LOIRE, Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers, évaluation de trois activités cœur de métier, octobre 2005 ANNEXE 6

⁴⁰ CEFIEC REGION BRETAGNE, légitimité du métier de formateur, compétence et formation du formateur en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et institut de formation cadre de santé (IFCS), mai 2001

2.3 Les indicateurs d'activité

Il nous semblait important afin de poursuivre notre questionnement, de connaître quelle définition donnaient les directeurs des soins au terme "indicateur d'activité", de repérer dans chaque structure les indicateurs utilisés, leurs avantages et leurs limites.

2.3.1 Une définition des indicateurs d'activité retenue par les directeurs des soins

Lorsque nous avons demandé aux personnes interviewées de nous définir ce que représentait pour eux un indicateur d'activité, l'idée force émergente a été "*pour mesurer l'activité*".

Des notions complémentaires apparaissent également comme :

- "*données objectives*"
- "*en référence à une norme*"
- "*dans un contexte donné*"
- "*doit être précis*"
- "*doit être simple d'utilisation*"
- "*doit être reproductible et fiable*".

Cependant, quelques nuances peuvent être apportées dans les réponses. Ainsi nous pouvons retrouver les éléments suivants :

- "*données objectives permettant une quantification du travail dans le but de mesurer la productivité*"
- "*moyen de prévoir et de rendre compte de l'activité de formation dans le champ pédagogique, mais qui peut s'étendre à d'autres domaines (exemple : activité de secrétariat, activité logistique)*"
- "*normes qui sont pré-établies et qui vont permettre de rendre compte de l'organisation du travail, d'une prestation de formation, d'une activité, d'un ensemble de prestation, d'un fonctionnement. Ils appartiennent au champ du qualitatif et du quantitatif*"
- "*outil de mesure de l'activité, du travail, assez précis pour servir au salarié mais aussi au manager et à l'équipe*"
- "*ils doivent être préparés, travaillés et acceptés par l'équipe, c'est-à-dire reconnaître ces indicateurs comme fiables et pertinents*"
- "*ils donnent des repères et permettent de faire des liens entre l'activité et l'efficacité du travail*"
- "*ils dépendent de ce que l'on recherche*".

A la lecture de tous ces éléments, nous pouvons remarquer que la définition, telle que la conçoivent les directeurs, est en adéquation avec les différentes définitions abordées au début de ce travail et en particulier avec celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Soins (ANAES)⁴¹.

De plus, au travers de nos observations, nous pouvons constater que les qualités requises pour des indicateurs d'activité opérationnels sont bien identifiés par les personnes interrogées à savoir :

- *"simple d'utilisation"*
- *"précis"*
- *"fiable et reproductible"*
- *"pertinent"*

Il a même été précisé par une personne *"qu'il était indispensable que ces indicateurs soient travaillés en équipe afin de répondre à tous ces critères"*.

Cependant, comme l'a souligné un directeur interrogé, se pose la question : *"des instruments de bord mais pour quoi faire ?"*. C'est ce que nous allons aborder dans la partie suivante en identifiant les différents types d'indicateurs, leurs avantages et leurs limites.

2.3.2 Les différents types d'indicateurs d'activité utilisés, avantages et limites

A) Les différents types d'indicateurs d'activités utilisés

Lorsque nous avons demandé lors des entretiens quels types d'indicateurs d'activité étaient utilisés dans les instituts de formations en soins infirmiers, sept directeurs ont répondu d'emblée sur les éléments qui permettent l'identification de l'activité en lien avec la charge de travail du formateur.

Afin d'éviter un listing de tous ces indicateurs, nous avons préféré reprendre dans un premier temps les notions apparues comme importantes aux responsables à savoir un classement de ces indicateurs selon trois axes, en terme de pédagogie directe, de pédagogie indirecte, et enfin un dernier axe portant sur les autres activités, appelées activités annexes, transversales ou corollaires.

⁴¹ Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, MAI 2002

➤ *Les indicateurs en lien avec l'activité pédagogique directe*

Sous le terme activité pédagogique directe tous les directeurs s'entendent à faire figurer toutes les activités au cours desquelles le formateur est directement en face à face pédagogique. Cette notion de "*face à face pédagogique*" est retenue par l'Education Nationale, car elle permet d'identifier selon le lieu d'exercice (école primaire, collèges, lycée, universités) le nombre d'heure que doit assurer l'enseignant. Cette durée est variable comme le montre le tableau ci-dessous :

Nombre d'heures de face à face pédagogique par semaine selon les lieux d'exercice

(Source Education Nationale/ Monde de l'éducation 2001)

Lieu d'exercice	Nombre d'heures / Semaine
Professeur des écoles (primaire)	27 H
Professeur en établissements techniques	23 H
Professeur en collèges et lycées	18 H
Professeur agrégé des lycées	15 H
Professeur des grandes écoles	12 H
Professeur maître de conférence	9 H
Professeur d'université de rang A	1H

Nous pouvons constater que la moyenne approche 18 H/semaine. Il semblerait qu'une tendance nationale, suite aux travaux réalisés par les associations, s'accorde à considérer cette moyenne de 18 H/semaine compatible avec l'activité en formation en soins infirmiers, ceci correspondrait à un ratio formateur/étudiant de 1/19. Cependant à ce jour, il n'existe qu'une moyenne nationale basée sur des recommandations, des ententes officieuses mais non validées officiellement.

Ainsi les indicateurs d'activité identifiés par l'ensemble des directeurs peuvent se décliner de la manière suivante :

- activités d'enseignement : cours magistral, travaux dirigés, travaux pratiques, travaux de groupe
- suivi pédagogique
- accompagnement dans le cadre du travail de fin d'études (TFE)
- les évaluations théoriques (surveillance, épreuves orales), cliniques (mise en situation professionnelle) y compris les épreuves diplômantes
- les entretiens de sélection.

➤ *Les indicateurs en lien avec l'activité pédagogique indirecte*

Les indicateurs identifiés par l'ensemble des directeurs peuvent se décliner de la manière suivante :

- correction des copies et autres travaux des étudiants
- conception du dispositif pédagogique : préparation des cours, préparation des évaluations, lecture, recherche documentaire...
- réunions pédagogiques pour organisation de la formation, missions de coordination, participation aux instances (conseil technique, conseil de discipline), participation à des groupes de travail au sein de l'institut
- activités en lien avec l'alternance c'est-à-dire déplacement pour les évaluations cliniques (normative et formative), relations avec les terrains de stages.

➤ *Les indicateurs en lien avec les activités transversales, annexes ou corollaires*

Les indicateurs identifiés par l'ensemble des directeurs peuvent se décliner de la manière suivante :

- participation à des groupes de travail au sein des établissements de rattachement ou avec d'autres structures,
- participation à des associations professionnelles,
- participation à l'encadrement des étudiants cadres de santé,
- participation à des actions de formation continue,
- participation à des actions de représentations (forum des métiers, rencontres avec les tutelles....).

Les informations recueillies au cours de nos entretiens ont permis de mettre en évidence que tous les directeurs n'avaient pas la même lecture de ces indicateurs. La différence résidait dans le fait que certaines activités n'étaient pas identifiées ou prises en compte. Par exemple, seuls deux directeurs prennent en compte les déplacements des formateurs sur les terrains de stage pour les mises en situations professionnelles. Ceci étant induit par le fait que les lieux de stage étaient éloignés de l'institut de formation, et que la durée des trajets pouvait être estimée à une moyenne de 1H30 à 2H de temps de déplacement. Temps au cours duquel le formateur n'est pas considéré en temps de face à face pédagogique, mais il ne peut pas non plus être considéré en dehors de son activité professionnelle car le trajet pour se rendre sur le lieu de stage est bien estimé comme temps de travail effectif.

En fait, il nous semble primordial non pas d'identifier ces indicateurs, car la plupart d'entre eux le sont dans les travaux en lien avec la charge de travail des formateurs, mais surtout d'établir "*des fourchettes*" en terme d'heures consacrées à chaque activité.

Il est à noter qu'un directeur "H" a décliné des indicateurs orientés vers les demandes des tutelles, en l'occurrence taux de réussite au diplôme, taux d'étudiants formés, ratio formateur/étudiants, taux d'abandon en cours de formation, nombre d'étudiants originaires de la région et nombre d'étudiants qui seront potentiellement recrutés dans la région.... Pour lui, tous ces indicateurs sont "*vécus par les tutelles (DRASS et Conseil Régional) comme indicateurs quantitatifs mais aussi comme indicateurs de performance*". Ainsi ils pourraient être utilisés pour comparer les structures entre elles notamment en ce qui concerne le coût moyen d'un étudiant formé, élément qui pourrait avoir un impact important en regard de l'aspect financier.

Il semble évident qu'en regard de l'analyse de ces entretiens, l'aspect indicateur d'activité inhérent à la formation est abordé par les directeurs sous un angle restrictif. En effet, seul un directeur(D), a évoqué la mise en place nécessaire d'autres indicateurs d'activité que ceux en lien avec la charge de travail des formateurs. Il a abordé la question de l'activité de secrétariat. Il serait tout à fait envisageable de déterminer des indicateurs qui permettraient de clarifier l'activité. Il a donné comme exemple "*le temps moyen de traitement d'un dossier d'inscription*". Il pourrait en être de même en ce qui concerne les activités logistiques comme par exemple le centre de documentation et d'information. Un indicateur d'activité du type "nombre de passages par jour, nombre de livres empruntés..."

Après avoir identifié ces indicateurs d'activité, il nous paraît désormais nécessaire d'en dégager leurs avantages et leurs limites.

B) Avantages des indicateurs d'activité

Pour tous les directeurs, l'avantage premier de l'utilisation des indicateurs d'activité est qu'ils permettent de clarifier et d'avoir une meilleure lisibilité de l'activité de formation.

En effet, ces indicateurs donnent "*une image de ce qui est fait en formation*". Les données objectivables permettraient ainsi de comparer l'activité de chaque formateur.

Cinq directeurs envisagent l'utilisation de ces indicateurs comme un moyen pour "comparer" les instituts entre eux et en particulier au sein d'une même région. Dans ce cas, les comparatifs seraient ainsi fondés sur des données objectives, mesurables et transférables d'une structure à l'autre.

Un autre avantage, mis en lumière au cours de ces entretiens, est que la réflexion sur les indicateurs induit une réflexion sur les stratégies à mettre en place dans la mesure où ces indicateurs permettent une aide à la décision et au management. Les orientations ainsi prises, le seront sur des données objectivables, avec la possibilité de croiser plusieurs indicateurs.

Trois directeurs évoquent l'utilisation de ces indicateurs dans l'élaboration du rapport d'activité de l'institut de formation.

Un directeur (E) évoque *"l'idéal serait d'avoir des indicateurs nationaux, qui conduiraient ainsi à une grille de lecture commune, mais avec une adaptation locale possible"*. Ces indicateurs seraient alors considérés comme *"repères mais pas une norme figée, trop enfermante"*. Selon un autre directeur (F) le plus pertinent serait d'avoir *"des fourchettes qui permettrait à chaque structure de s'auto évaluer et de se positionner"*

Enfin, un dernier avantage avancé a été une meilleure reconnaissance du métier de formateur, lié à la transparence de ses activités dans les différents champs des missions qui lui sont confiées.

C) Limites des indicateurs d'activité

Nous avons pu constater au décours de ces entretiens, que les directeurs reconnaissent utiliser des indicateurs d'activité mais qu'ils étaient différents d'une structure à l'autre. Plusieurs limites ont été énoncées par les responsables des structures, limites portant à la fois sur le fond et sur la forme.

Pour certains directeurs une première limite identifiée est que ces indicateurs sont situés principalement dans une approche quantitative. Pour eux, ceci implique la nécessité d'envisager aussi d'autres indicateurs, plus orientés vers du qualitatif, donc vers la *"performance"* et *"la qualité"*. Selon "F", il serait même *"indispensable de les croiser afin qu'ils prennent sens"*. En effet, comme nous l'avons montré précédemment, un indicateur

utilisé seul n'a que peu de sens, d'où la nécessité de le rattacher à d'autres indicateurs et de le mettre en lien avec le contexte dans lequel il se situe.

De plus, il est constaté que les indicateurs retenus peuvent être différents d'un institut à l'autre, tant dans leurs définitions que dans l'estimation du temps attribué. En effet, il apparaît que ces indicateurs n'ont pas la même valeur d'un institut à l'autre. Selon plusieurs directeurs un ajustement en région serait nécessaire. Selon eux, cet ajustement porterait sur l'élaboration de *"fourchettes"*, qui selon "F" pourrait *"aboutir à une sorte de consensus comme il en existe dans le domaine des soins avec les consensus de prise en charge selon certaines pathologies"*. Néanmoins, une certaine crainte est évoquée par "E" et "D", notamment dans le risque de dérive par l'identification de *"normes trop enfermantes, trop contraignantes ne tenant pas compte des spécificités locales"*.

Une autre limite dans l'utilisation d'indicateurs d'activité est selon "B" et "D" un *"travail lourd à mettre en place"*. En effet, cela demande *"beaucoup de temps et d'énergie, afin de rendre opérationnel ces indicateurs pour qu'ils soient fiables, pertinents et mesurables"* et que *"seul ce n'est pas facile"* selon "G". De plus, pour certains formateurs, selon certains directeurs, cela "n'est pas toujours compris", parfois même perçu comme *"du flicage", "du contrôle", "de la surveillance"*.

Pour "C", ces indicateurs devraient *"être une aide mais ils ne le sont pas vécus comme ça"*. Ils mettent ainsi en évidence la difficulté des équipes à rendre compte de leurs activités.

Enfin une dernière limite énoncée paraît importante selon les directeurs, c'est qu'ils sont surtout orientés sur le travail du formateur et de ce fait ne tiennent pas compte des autres activités de l'institut de formation comme les activités de secrétariat et logistique.

Pour conclure cette partie, nous pouvons poser le constat suivant : les directeurs connaissent et utilisent des indicateurs d'activité. Afin de les mettre en place, ils se sont aidés d'outils existants soit au niveau de l'Education Nationale, soit auprès des associations professionnelles. Actuellement l'utilisation de ces indicateurs n'est pas homogène dans les différentes structures. Leur mise en place n'est pas aisée. Elle est liée au manque d'outils réfléchis entre instituts, voire en Région, et à la réticence de certaines équipes à clarifier leur activité. Equipes qui à l'heure actuelle ne perçoivent pas toujours l'utilité d'une telle démarche.

2.4 Des indicateurs d'activité : pour quelle utilisation dans les instituts de formation en soins infirmiers ?

Dans cette dernière partie, nous avons voulu savoir quelles utilisations les directeurs pourraient faire des indicateurs d'activité dans les instituts de formation en soins infirmiers.

D'emblée, il ressort de nos entretiens deux grandes orientations dans l'utilisation des indicateurs : l'axe de l'évaluation et celui du management.

Dans un premier temps, nous aborderons l'utilisation faite en matière d'évaluation. Ensuite nous identifierons dans quelle mesure ces indicateurs d'activité peuvent intervenir dans le management du directeur en institut de formation en soins infirmiers. Enfin, nous envisagerons les conditions de mises en place de ces indicateurs selon les directeurs interrogés.

2.4.1 Les indicateurs d'activité : leur intérêt dans l'évaluation pour les directeurs

Pour la majorité des directeurs interviewés, ces indicateurs d'activité auraient comme avantage d'être utilisés afin d'évaluer la *"production"* de la structure. En fait, ils permettent de positionner le formateur dans ses différentes tâches et d'évaluer sa charge de travail.

Pour "A" ces indicateurs permettent *"d'échanger avec l'équipe"*, de *"quantifier et valider les attendus institutionnels"*.

Ainsi, pour cinq directeurs, ces indicateurs permettent de justifier et valoriser toutes les activités de formations. Trois directeurs font ainsi référence au document de travail du CEFIEC⁴² sur les différentes fonctions du formateur en institut de formation en soins infirmiers. Pour "G", les indicateurs permettent une *"lecture de ce qui est fait sur une année, de dégager les activités liées à la pédagogie et à l'organisation"*.

Il ressort également lors des échanges avec les directeurs, que l'évaluation est nécessaire non seulement au fonctionnement interne de l'institut de formation mais également aux partenaires et notamment la Région. Les indicateurs serviraient alors de support à l'argumentation dans les négociations. En effet, ils permettent une lisibilité du travail du formateur et ainsi peuvent servir d'argument, selon "G", *"afin d'optimiser les restructuration en fonction des budgets alloués et de prendre des décisions en toute connaissance de cause"*.

Pour "H", les indicateurs utilisés par la Région sont actuellement orientés *"sur le nombre des formés, le nombre d'étudiants en formation, le ratio formateur/étudiants, le taux de "fuite" entre le début de la formation et le diplôme"*. De plus, il précise : *"que pour*

⁴² CEFIEC PAYS DE LOIRE, Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers, évaluation de trois activités cœur de métier, octobre 2005 ANNEXE 6

lui se sont les seuls indicateurs de performance certes basiques mais qui comptent pour la Région" car pour lui " la Région c'est la position comptable qui préoccupe en premier lieu et pas nécessairement la pédagogie". Il est vrai comme le précise "H", des comparaisons entre instituts de formation existent déjà concernant le coût des formations. Cela fait référence à un autre travail réalisé par le CEFIEC⁴³. Cependant ceci ne faisant pas l'objet de notre travail, nous nous contenterons de citer ce document.

Ainsi pour conclure cette partie, nous pouvons dire que les directeurs d'institut de formation voient dans l'utilisation de ces indicateurs d'activités un outil d'évaluation de la formation, tant en interne, en terme de management, qu'en externe dans les négociations avec les tutelles. Cependant, nous tenons à préciser que ces indicateurs d'activité ne remplacent en aucun cas les indicateurs de qualité qui pourraient être mis en place dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de la formation. Pour nous, ces deux démarches sont indispensables et complémentaires, dans le sens où les indicateurs d'activité ont essentiellement une dimension quantitative et non qualitative.

2.4.2 Les indicateurs d'activité : leur intérêt dans le management pour les directeurs

Comme nous avons pu le constater au travers de nos entretiens, la seconde utilité des indicateurs d'activité retenue par l'ensemble des directeurs concerne leur utilisation dans le management. En effet, l'identification de ces indicateurs permet de clarifier l'activité des formateurs. Ainsi, selon "G", cela pourrait conduire à des remises en cause de l'organisation et induire de ce fait à des mutualisations de moyens. L'exemple évoqué était en lien avec les mises en situations professionnelles (MSP) obligatoires au cours de la formation. Pourquoi ne pas envisager la mutualisation de moyens avec d'autres instituts de formation en soins infirmiers afin que les formateurs de l'institut X évaluent les étudiants de l'institut Y, dans la mesure où le lieu de stage dans lequel se déroule la mise en situation professionnelle est plus proche de l'institut X. Ceci aurait pour conséquence d'éviter aux formateurs de l'institut Y de passer plus de temps dans les déplacements qu'en face à face pédagogique avec l'étudiant.

Selon certains directeurs, une utilisation quantifiée de l'activité permettrait de "*mettre les compétences là où elles doivent être*". Un exemple revenu à plusieurs reprises lors des entretiens a été celui du "*chevauchement*" du travail de formateur avec l'activité secrétariat. En effet, comment ne pas réfléchir sur l'organisation lorsqu'on remarque qu'un formateur consacre un temps X à des activités de secrétariat (contact et planification des

⁴³ CEFIEC NATIONAL, indicateurs de coût de formation en institut de formation en soins infirmiers, 2000

intervenants, prise de rendez vous pour les mises en situation professionnelles...) alors qu'une secrétaire pourrait tout à fait répondre à cette activité ? Ainsi, cela permettrait selon "G" *"de repositionner chacun dans sa fonction"*.

Pour l'ensemble des directeurs, l'identification des activités permettrait ainsi un *"recadrage"* des missions de chacun. Ainsi ces indicateurs permettraient d'argumenter des restructurations et les stratégies mises en place. De plus, pour "C" et "F", ces indicateurs pourraient être également un outil au service de l'évaluation et de la valorisation du travail des formateurs.

2.4.3 Les conditions de mise en place des indicateurs

Pour conclure sur l'utilisation des indicateurs, nous pouvons faire ressortir de ces entretiens l'importance accordée par les directeurs aux indicateurs d'activités. Cependant, selon trois directeurs, il serait indispensable *"d'élaborer des tableaux de bord en concertation entre responsables des différentes structures"*.

La construction concertée d'indicateurs permettrait ainsi des comparaisons efficaces. En effet pour eux, il semble *"incohérent de comparer les structures entre elles, avec des grilles de lectures différentes"*.

Ainsi pour "D", *"les indicateurs sont facilement identifiables mais le problème reste à trouver le volume horaire retenu et ceci ne peut se faire sans une peréquation régionale, d'où la nécessité de tableaux de bord communs"*.

Pour "E", ces outils doivent *"être élaborés par les professionnels du terrain, car ils visent à l'utilisation d'indicateurs collectifs"*

En conclusion, nous pouvons affirmer que tous les directeurs sont conscients de la nécessité d'identifier des indicateurs d'activités. Ce travail demande à être réalisé en concertation entre les différents responsables des structures.

L'utilité d'un tel travail est mise en évidence tant par les directeurs d'institut que par les responsables de la Région. Ceci permettrait ainsi de comparer les différents instituts. Sans grille commune d'analyse, cette comparaison serait inadaptée voire préjudiciable pour certains établissements.

De plus, l'utilisation de ces tableaux de bord pourraient également aider, comme nous l'avons vu précédemment, le directeur dans la mise en place de ses stratégies de management.

3 La position des organismes de tutelle concernant les indicateurs d'activité

Afin d'enrichir la réflexion concernant les indicateurs d'activité, il nous semblait important d'entendre l'avis des tutelles. Aussi, nous avons échangé avec un représentant du ministère en la personne de la Conseillère Pédagogique Nationale. Nous avons également souhaité connaître la position des tutelles dans deux régions différentes (R1 et R2) où nous avons rencontré deux conseillères technique et pédagogique au niveau de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, ainsi que deux responsables chargés, au Conseil Régional, des formations sanitaires et sociales.

Dans un premier temps, nous avons abordé les difficultés rencontrées dans le cadre de la régionalisation, puis dans un second temps, recueilli leurs avis en regard des indicateurs d'activité.

3.1 En regard de la régionalisation

Selon la Conseillère Pédagogique Nationale, des textes réglementaires devraient sortir dans les mois à venir. Ces textes auraient pour objectif de définir des critères précis concernant les domaines de compétences de la Région en matière de financement et d'autorisation des structures, ainsi que l'agrément des directeurs. Cependant, il est à rappeler qu'une compensation de l'Etat pour toutes charges nouvelles accompagnerait les augmentations de quota si cela était nécessaire.

La principale difficulté énoncée par les deux représentants de la Région, a été l'absence de clarté et de lisibilité dans le financement des instituts de formation. Aussi un état des lieux de l'existant semblait nécessaire afin d'avoir une vision la plus objective possible. Un audit financier a permis une analyse de la situation de chaque institut. L'objectif de cet audit "était de rendre plus lisible les coûts de formation".

Outre l'aspect financier, les Régions ont également trouvé comme difficultés d'évaluer les besoins en terme "*d'employabilité*", "*afin d'éviter de former pour former*" selon le responsable de R1. Aussi, cela nécessite une évaluation quantitative des besoins.

Concernant l'avenir, les deux responsables régionaux affirment *"vouloir travailler avec les écoles pour clarifier les données, établir un véritable partenariat et trouver sa place dans les négociations avec les établissements de rattachement, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, ainsi que les instituts de formation"*.

De plus, pour le responsable R2, il est *"indispensable de réfléchir et de négocier avec tous les acteurs afin d'établir le schéma directeur des formations sanitaires et sociales et d'optimiser l'appareil de formation tant dans son organisation que dans ses coûts de fonctionnement"*

Néanmoins, les deux conseillères régionales affirment que la DRASS garde le contrôle pédagogique des formations. Il est de leurs missions de travailler avec les instituts de formation pour harmoniser les pratiques. Le problème de financement évoqué par la Région, devrait permettre de définir un coût réel de fonctionnement d'un institut de formation en soins infirmiers. Ceci par conséquent *"devrait permettre aux instituts de réfléchir sur la plus value de chaque structure"*, selon la conseillère pédagogique de R1.

Cependant, selon la conseillère technique de R2, *"il est important de développer des relations de confiance et de partenariat avec la Région, afin d'instaurer des relations claires, relations qui faciliteront le travail de négociation entre les différents partenaires"*.

3.2 En regard des indicateurs d'activités

Concernant la question des indicateurs, selon la Conseillère Pédagogique Nationale, il est vrai qu'à l'heure actuelle nous ne disposons que de peu d'indicateurs d'activité hormis des indicateurs comme le taux de réussite, le taux de déperdition. Elle note cependant que ces indicateurs peuvent être qualifiés d'indicateurs de résultat. Tout un travail reste à faire concernant l'identification d'indicateurs d'activité qui selon elle, doivent aller plus loin que les indicateurs de charge de travail des formateurs. La mise en place ne saurait être envisagée qu'accompagnée de tableaux de bord. Tableaux de bord qui seraient élaborés au sein de chaque institut de formation mais aussi discutés en région avec l'ensemble des directeurs d'institut de formation.

De plus, il est à noter que les responsables des Régions ont mis en évidence *"que peu de chose était formalisé"*. Selon le responsable de R1, *"l'impact des relations avec l'établissement de rattachement est fort. Aussi dans l'avenir il sera important pour les instituts de formation de se positionner comme structure de formation à part entière, avec*

un projet de formation en adéquation avec les besoins recensés dans la région. Cela nécessite de travailler en collaboration avec les différents acteurs, tout en sachant que la Région n'est pas en charge de la pédagogie".

De plus, *"formaliser les choses ce n'est pas remettre en cause le professionnalisme des instituts"*. Il sera nécessaire d'une part de clarifier les activités et d'autre part d'entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité afin d'afficher la plus value de chaque structure. Selon les deux responsables régionaux, la Région doit entrer dans une relation triangulaire qui existait auparavant, entre l'établissement de rattachement, la DRASS ou la DDASS, et l'institut de formation. Ceci *"impliquera pour les écoles un changement de logique"*.

Ainsi une démarche de formalisation, d'écriture de ce qui va également dans le sens de la démarche qualité car selon le responsable de R1 *"il ne peut y avoir démarche qualité sans formalisation et pas de formalisation sans qualité"*.

Concernant la position des conseillères technique et pédagogique en regard des indicateurs, *"il est important pour les formateurs de clarifier leurs activités"*. La conseillère de R1 suggère de *"repartir de la définition du métier de formateur, selon le travail du CEFIEC, car pour chaque activité, il faudrait définir des temps consacrés à chacune d'elles"*.

Un manque d'outils communs est mis en évidence. Selon la conseillère pédagogique R1 ce qui serait envisageable *"c'est de travailler en région, car ces indicateurs d'activité permettent d'avoir des arguments pour négocier, car un ratio formateur/formé n'est pas suffisant, il faut aller au-delà de la traçabilité des activités"*.

De plus, il est précisé qu'il est important de ne pas oublier les activités de secrétariat et logistique, d'où l'importance de travailler sur des indicateurs d'activité pas seulement *"focalisé sur le travail des formateurs mais aussi sur les problèmes de secrétariat et logistique"*.

Pour les deux conseillères l'intérêt d'avoir des indicateurs, est de pouvoir argumenter des choix et des stratégies. Il faut des éléments quantifiés et quantifiables, mesurables et comparables. Selon la conseillère R2, ces travaux doivent *"se faire dans une relation de confiance entre les différents acteurs : directeurs d'institut, Région et DRASS"*.

Pour conclure cette seconde partie, nous pouvons affirmer que, tant les directeurs d'institut, que les responsables des tutelles voient dans les indicateurs d'activité, un moyen permettant de tracer l'activité de formation, en y intégrant non seulement la charge de travail des formateurs mais également les activités de secrétariat et les activités logistiques.

C'est pourquoi, dans une troisième partie, à partir des éléments recueillis au cours des entretiens, nous allons engager une réflexion qui devrait nous permettre d'aboutir à une proposition de tableaux de bord regroupant des indicateurs d'activité.

Partie 3 :

PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Comme nous l'avons vu précédemment, les directeurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers connaissent et utilisent des indicateurs d'activité. Pour leur mise en place, certains responsables de structure s'aident d'outils existants. Mais actuellement, il n'existe pas, en référence à nos recherches, de support, type tableaux de bord, qui permettrait de centraliser tous ces indicateurs.

C'est pourquoi, dans cette troisième partie, nous nous proposons de faire un état des lieux des documents existants, documents sur lesquels nous nous appuyerons pour construire l'outil proposé. Ensuite, nous proposerons des exemples de tableaux de bord regroupant des indicateurs d'activité. Enfin nous envisagerons les perspectives d'utilisation de tels outils en région.

1 Des préalables à la mise en place d'indicateurs d'activité

1.1 Les bases de réflexions existantes

Comme nous l'avons constaté lors de nos entretiens, plusieurs directeurs ont fait référence à un travail réalisé dans le cadre du CEFIEC concernant "l'activité du formateur en IFSI"⁴⁴ d'octobre 2005 lui-même faisant suite à d'autres travaux réalisés en 2001 et 2004.

Ce travail de réflexion a permis de quantifier les "activités cœur" du métier et "*une lisibilité plus "fine"* du travail de formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers "*que la seule analyse des plannings des étudiants ne peut mettre en évidence*". Cette enquête réalisée au niveau d'une région (Pays de la Loire) et auprès d'un nombre limité de formateurs, a permis d'identifier des temps moyens en lien avec les différentes activités du formateur. Ainsi, cette enquête fait apparaître "*un temps qui représentent 70 % de temps de travail hebdomadaire des formateurs, dont environ 25% consacré au face à face pédagogique*".

⁴⁴ Etude de l'activité du formateur en IFSI, évaluation de trois activités cœur de métier, CEFIEC Pays de la Loire, octobre 2005, document non publié ANNEXE 6

Lors de nos recherches, nous avons également pris connaissance de réflexions mises en place par d'autres responsables de formation, notamment dans les formations sociales. Pour ces organismes, le métier de formateur se compose de 3 fonctions :

- une fonction d'interventions directes, appelées charges pédagogiques directes,
- une fonction d'ingénierie, de coordination, de réunion appelées charges pédagogiques indirectes/ingénierie,
- une fonction de préparation.

Les charges pédagogiques directes comprennent tous les temps de "face à face pédagogique" individuels ou en groupe, en formation initiale ou permanente. Les charges pédagogiques indirectes comprennent les temps consacrés aux tâches suivantes : correction (copies, rapports, évaluations), rédaction de compte rendu (réunions, dossiers étudiants), déplacements, rencontres avec les partenaires en lien avec la formation (stage, intervenants...). Le temps de préparation, quant à lui, comprend les heures consacrées par le formateur à l'actualisation de ses connaissances et à la préparation de ses interventions. La mise en œuvre de ces trois fonctions doit tendre vers l'équilibre, entraînant une répartition du temps de travail en trois tiers d'environ 480 heures, pour un formateur temps plein. Des ajustements peuvent être opérés dans cette répartition en pédagogie directe et pédagogie indirecte.

Un troisième document nous a permis d'enrichir notre réflexion. Il s'agit d'un travail réalisé en 2000⁴⁵, par le CEFIEC et dont l'objet était de réaliser une analyse des coûts moyen de formation d'un étudiant infirmiers en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Nous avons retenu dans ce travail, outre l'aspect financier, la déclinaison de toutes les fonctions imputables à tous les membres d'une équipe travaillant au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (formateurs, secrétaires, documentaliste, équipe d'entretien...). Chaque fonction étant déclinée en activités, ceci nous a permis d'en déduire des indicateurs d'activité que nous retrouverons dans nos propositions de tableaux de bord.

⁴⁵ CEFIEC NATIONAL, indicateurs de coût de formation en institut de formation en soins infirmiers, 2000

Enfin, si nous nous référons au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁴⁶, le métier de cadre de santé formateur est décliné en plusieurs activités principales. Ces différentes activités peuvent se répartir selon les trois grandes fonctions identifiées dans le tableau ci-dessous :

Fonction cœur de métier	Activités selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
La fonction d'accompagnement	Enseignement, animation de travaux en groupes, de travaux pratiques, de travaux dirigés, de recherches et d'études Encadrement des étudiants ou élèves en stage Entretien de suivi pédagogique personnalisé
La fonction ingénierie de formation	Formalisation, mise en œuvre et évaluation du projet pédagogique de l'institut de formation au sein de l'équipe pédagogique en concertation avec le directeur Organisation et planification des séquences d'enseignement théoriques et pratiques au sein de l'équipe pédagogique en concertation avec le directeur Contrôle des connaissances et des compétences des étudiants Organisation des stages cliniques en liaison avec les responsables des terrains de stage
Fonction partenariat avec les professionnels participant à la formation	Relations avec les formateurs prestataires externes Recherche dans les domaines des soins et des activités paramédicales Conseil et ingénierie pédagogique auprès des professionnels, instances et organismes de tutelle Veille professionnelle

En nous inspirant de tous ces documents nous nous proposons maintenant d'envisager l'identification des indicateurs d'activité.

⁴⁶ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière consultable sur le site www.sante.gouv.fr

1.2 La construction d'indicateurs d'activité

Pour la suite de notre réflexion, il nous paraît important de tenir compte de ces travaux dans le sens où ils permettent de mettre en évidence des axes qui orienteront la construction de nos tableaux de bord.

Nous avons retenu l'idée des trois "activités cœur de métier du formateur" définies par le CEFIEC de la manière suivante :

- *"la fonction d'accompagnement"*
- *"l'ingénierie de formation"*
- *"le partenariat avec les professionnels participant à la formation"*

Cependant, nous avons fait le choix de les intituler différemment et d'y ajouter les notions de pédagogie directe, pédagogie indirecte, et activités transversales, notions largement évoquées par les directeurs lors de nos entretiens. De plus, si l'on se réfère au contenu de l'audit financier réalisé par les Régions, nous avons constaté que seules les "heures de pédagogie directe" étaient prises en compte.

Pour cet organisme, le *"face à face pédagogique correspond à la totalité du temps passé par un formateur face à l'élève : cours magistral, travaux dirigés, suivi en stage (Mise en Situation Professionnelle). Il ne doit pas être intégré dans cette notion, toutes les heures de préparation de cours, de réunion de coordination pédagogique, d'oraux de concours"*

En ce qui nous concerne nous estimons que tenir compte uniquement de ces heures ne révèle qu'une partie du travail des formateurs en IFSI. De ce fait, il nous paraît indispensable de faire également figurer les heures consacrées aux autres activités des formateurs.

Nous faisons également le choix de retenir comme base de données, la notion de 18 h/semaine de face à face pédagogique. Rapportée au nombre d'heures annuelles que doivent réaliser les formateurs⁴⁷, ceci correspond à la répartition suivante :

- 40% de temps consacré à la pédagogie directe
- 30% de temps consacré à la pédagogie indirecte
- 30% de temps consacré aux activités transversales.

Il est à noter que cette répartition est proche des chiffres retenus dans les formations sociales (1/3 pédagogie directe, 1/3 pédagogie indirecte, 1/3 de préparation).

⁴⁷ ANNEXE 4 : base théorique de travail des formateurs en 2005

Ainsi, concernant les formateurs, les trois fonctions retenues sont les suivants :

- **fonction accompagnement des étudiants** : elle correspond au face à face pédagogique, elle est estimée à environ 600 h annuelles (sur la base de 18H/semaine et d'un nombre d'heure annuel de travail de 1 500 h)
- **fonction ingénierie de formation** : elle correspond à la pédagogie indirecte, elle est estimée à environ 450 h annuelles
- **fonction "missions transversales"** : elle correspond aux activités en lien avec la formation et les partenariats, elle est estimée environ à 450 h annuelles

En regard de chaque activité, nous nous proposerons d'y faire figurer des indicateurs pour lesquels nous ne fixerons pas de "temps estimé". En effet, nous pensons l'estimation horaire consacrée à chaque activité ne peut se faire qu'après une étude approfondie de la charge de travail des formateurs. Cette étude devra être réalisée dans un premier temps au sein de chaque structure. Dans un second temps, elle se poursuivra par une harmonisation avec l'ensemble des responsables des instituts de formation de la région afin de déterminer des temps moyens retenus en regard de chaque activité. Ces études permettront ainsi de dégager des "fourchettes" harmonisées et validées par l'ensemble des directeurs d'institut d'une même région. Ces chiffres pourraient être comparés par la suite entre région.

En ce qui concerne l'activité secrétariat et logistique, nous nous proposons également de les décliner en fonctions puis en indicateurs d'activité. Il est à noter qu'à l'heure actuelle, peu de travaux font état d'une répartition horaire de l'ensemble de ces tâches et que tout ceci nécessite une étude de charge de travail des professionnels concernés. Etude qui serait également harmonisée en région.

Tout comme les outils utilisés dans les soins infirmiers (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée –SIIPS et Projet de Recherche en Nursing PRN), ces indicateurs permettent une visualisation de l'activité de formation. Ils contribuent également à une reconnaissance de l'activité de l'équipe pédagogique, mais également à l'activité des équipes de secrétariat et logistique. De plus, ils encouragent à une réflexion sur les pratiques professionnelles.

Outils d'analyse, ces indicateurs valorisent l'activité, aident à la décision et contribuent à l'évaluation de la qualité de la formation.

1.3 Des tableaux de bord pour quelle utilisation ?

L'expérience montre que les outils les "plus opérationnels" sont ceux créés ou adaptés par les utilisateurs eux-mêmes, car ils prennent en compte le contexte dans lequel s'inscrit cette démarche. Ces outils seront alors pertinents en regard des objectifs fixés par chaque utilisateur. Ainsi, il semble important et facilitant pour cela, de s'inspirer d'outils existants. Dans tous les cas, la qualité de l'outil sera optimisée si les personnes concernées collaborent à sa conception.

Après avoir décliné les activités de formation, nous allons détailler les indicateurs appartenant aux cadres organisateurs constitutifs de la mission d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers selon une présentation matérielle appelée tableau de bord.

Cette disposition, sous forme d'un tableau synthétique, nous permettra de visualiser l'ensemble des données et de faire apparaître d'éventuels points de repère. Ces points de repères seront établis par rapport à une "fourchette" préalablement définie.

Rassembler des données n'est pas une opération que l'on réalise au hasard. Ordonner et systématiser des données participent déjà d'une intention, d'une visée ou d'une conception de l'institution.

Selon les auteurs du guide infirmier n°3 du service des soins, *"les tableaux de bord doivent permettre :*

- *de suivre l'évolution d'une unité à travers le constat de fonctionnement,*
- *d'établir des comparaisons entre unités de même type,*
- *d'expliquer et comprendre les écarts de dysfonctionnements,*
- *d'apporter des réajustements en moyens, en organisation ou autre..."*

Cette définition nous semble parfaitement transposable aux Instituts de Formation en Soins Infirmiers. En effet, ces tableaux de bord permettront au directeur des soins responsable d'une structure de formation de suivre le déroulement du dispositif de formation, d'identifier les réajustements nécessaires et de le corriger. Ils seront ainsi une aide précieuse à la décision dans le sens où ils fourniront des informations objectives.

En outre, ils permettent de vérifier si les orientations définies dans le projet pédagogique sont en adéquation avec le relevé d'activité.

2 Une proposition de tableaux de bord

Nous avons constaté au cours de nos entretiens, l'intérêt pour les directeurs de tels outils, réfléchis et construits en commun. Aussi, dans le cadre de notre travail, nous nous proposons d'élaborer trois tableaux de bord retraçant l'activité d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Le premier tableau de bord aura pour objectif de reprendre les activités essentielles de l'équipe de formateur. Un second, retracera les activités de secrétariat. Enfin, le troisième retracera une des fonctions logistiques au sein d'un institut : l'activité du centre de documentation.⁴⁸

3 Perspective d'utilisation des tableaux de bord : vers une réflexion commune en région

Au travers de ces propositions, nous n'avons aucunement l'intention d'exhaustivité. Ceci est le fruit de notre réflexion personnelle. Pour cette raison, il nous semble indispensable que ces tableaux de bord soient soumis à la critique d'autres utilisateurs et en particuliers nos futurs collègues directeurs des soins responsables de formations.

Lors de notre prise de fonction, nous envisageons de mettre en place ce type de tableaux de bord. Nous savons que ceci ne pourra se faire que dans le cadre d'une démarche de projet qui tiendra compte des phénomènes de résistance au changement, mais également d'autres freins possibles.

De plus, nous pensons que ces tableaux de bord ne sont pas une fin en soi mais une étape dans un processus de réflexion conduit, non seulement au sein d'un établissement mais également en région par l'ensemble des directeurs responsables d'instituts de formation.

En effet, il nous semble important dans le contexte actuel de la régionalisation d'être en mesure, le plus précisément possible, de tracer l'activité en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Aussi, avoir des outils de référence, construits, négociés, harmonisés et validés par l'ensemble des directeurs d'une même région ne peut être que bénéfique pour la formation. Ceci nous permettra de se référer à des bases communes, objectivables et comparables pour négocier des moyens avec les organismes de tutelle et permettre à chaque établissement d'en dégager sa spécificité, sa valeur ajoutée.

⁴⁸ ANNEXE 5 : les différents tableaux de bord

Néanmoins, il nous paraît important lors de l'utilisation de tels outils de préciser les points suivants :

- Pourquoi cet outil ? Pour quels objectifs ?
- A qui est-il destiné ?
- Que faire des informations recueillies ? Quelle diffusion des résultats ? Pour qui ? Et sous quelle forme ?

L'observation et la mise en comparaison, par conséquent l'évaluation de nos pratiques est nécessaire, avec encore plus d'acuité dans le contexte actuel. En effet, nous devons désormais raisonner dans une logique d'optimisation et de mutualisation des moyens afin de répondre au besoin de formation.

Aussi, une réflexion commune portant sur les indicateurs d'activité, visant l'optimisation et la clarification du fonctionnement des structures s'avère opportune. De ce fait, elle devrait conduire les responsables d'institut de formation à s'engager dans une telle démarche.

De plus, la culture de la transparence est une orientation actuelle du management. Chaque institut de formation "produit de l'activité de formation". Ce qui est fait dans chaque structure mérite d'être comparé et harmonisé avec ce que d'autres établissements réalisent.

Selon André GUSTIN⁴⁹ *"décider rationnellement sur la base de données quantitatives et qualitatives, sans tenir compte du contexte, n'a aucun sens, car c'est nier les relations qui existent entre un objet et son milieu. L'un renvoyant à l'autre, l'un assurant l'existence de l'autre, et vice et versa."*

⁴⁹ GUSTIN André, Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

CONCLUSION

Les caractéristiques de l'environnement dans lequel évoluent aujourd'hui les formations sanitaires sont de nature culturelle, sociale, économique et politique. Ce dernier aspect étant renforcé par la place accordée à la Région dans le cadre de la décentralisation.

L'opportunité que représente ce transfert de compétence pourrait être envisagé comme une opportunité d'amélioration. Il nous semble important pour un directeur des soins de pouvoir évaluer les activités inhérentes à la formation en soins infirmiers. Cette évaluation à la fois quantitative et qualitative permettrait de clarifier l'activité de formation et d'en vérifier la cohérence avec le projet pédagogique de l'institut.

Dans une première partie, il nous a semblé nécessaire d'apporter un éclairage sur les points essentiels de cette régionalisation. Après avoir défini la notion de décentralisation, nous en avons mesuré les incidences au niveau des formations sanitaires et sociales et plus particulièrement au niveau des formations en soins infirmiers.

Après avoir défini la place des indicateurs d'activité dans l'évaluation de la formation, nous avons présenté et analysé, dans une seconde partie, l'enquête réalisée auprès de directeurs des soins responsables d'Institut de Formation en Soins infirmiers.

De cette enquête nous en avons retiré les points suivants :

- L'évaluation de l'activité de formation n'est pas systématique dans les instituts, mais à l'unanimité les directeurs reconnaissent le fait qu'il devient indispensable de mettre en place des outils permettant une telle évaluation.
- Les directeurs sont également convaincus de l'importance de l'évaluation de l'activité de formation. Cependant peu d'outils existent. Et lorsqu'ils existent, ils ne prennent en compte que l'activité en terme de charge de travail des formateurs et occultent l'activité liée au secrétariat et à la logistique.
- Les directeurs connaissent et utilisent des indicateurs d'activité. Mais ils regrettent l'absence d'outils communs réfléchis en région par l'ensemble des responsables des structures de formations.

De plus, nous avons complété cette réflexion par la position des tutelles concernant ces indicateurs d'activité.

Enfin, dans une troisième partie, nous avons exposé des exemples de tableaux de bord, regroupant un certains nombres d'indicateurs d'activité issus des données recueillies lors de nos entretiens mais également de documents de travail existants.

Il nous semble important dans le contexte actuel de la régionalisation d'être en mesure, le plus précisément possible, de tracer l'activité en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Aussi, avoir des outils de référence, construits, négociés, harmonisés et validés par l'ensemble des directeurs d'une même région ne peut être que bénéfique pour la formation. Ceci nous permettra de nous référer à des bases communes, objectivables et comparables afin de négocier des moyens avec les organismes de tutelle et permettre à chaque établissement d'en dégager sa spécificité, sa valeur ajoutée.

Aujourd'hui, le rôle du directeur des soins responsable d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers est d'optimiser, gérer et mobiliser tous les moyens dont il dispose pour faire preuve d'efficacité et d'efficience dans le dispositif de formation mis en place. Manager efficacement c'est à la fois avoir une gestion adaptée et opérationnelle, mais aussi maintenir des compétences en lien avec le cœur de métier de chaque professionnel concerné.

BIBLIOGRAPHIE

BOEUF JL – MAGNAN M, Collectivités territoriales et décentralisation, Editions La Documentation Française , 2004, 152 p

BONNARD M. (coord), les collectivités territoriales en France, les notices de la Documentation Française , 2005, 180 p

DE KETELE JM – ROEGIERS X, Méthodologie du recueil d'information: fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et études de documents, Editions DE BOECK Universités, 1996, 226 p

DE PERRETTI A., Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation, guide pratique, Editions ESF, 2005, 3^{ème} édition, 556 p

GUSTIN A., Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégiques, Editions DE BOECK Universités, 2001, 179 p

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière consultable sur le site [www.sante.gouv.fr// ressources humaines](http://www.sante.gouv.fr//ressources_humaines)

BENAYOUN G., décentralisation des formations sanitaires et sociales, rapport du conseil économique et social régional Midi-Pyrénées, assemblée plénière, juin 2005 Disponible sur Internet : <http://www.cesr-midi-pyrenees.fr>

BERLAND Y, "Démographie des professions de santé", rapport de mission n°2002 135 novembre 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/demo-profsante.pdf>

CHEVREUL P, "la mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales", Rapport de mission février 2005. Disponible sur Internet : <http://www.cefiac.fr/ressources/alire/chevreul.pdf>

Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, ANAES, MAI 2002. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

Cultes des indicateurs ou culture de la performance, loi organique relative aux lois de finances, LOLF, consulté le 03 février 2006, www.senat.fr/rap/r04-220.html

KAROUTCHI R., la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage, rapport d'information n°455 (2004 – 2005) fait au nom de l'observatoire de la décentralisation, déposé le 5 juillet 2005, SENAT. Disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r04-4554.html>

REVUES

DEKUSSCHE Cécile, "décentralisation des formations, plus de moyens pour les régions" revue soins cadres, N°57, Février 2006 p 10

PEYRE Pierre, L'évaluation : l'outil et le système, Revue soins formation – pédagogie – encadrement, N°5, 1^{er} trimestre 1993 p 4 à 12

LAJZEROWICZ Nathalie, construction pratique d'un indicateur qualité, gestion hospitalière, Novembre 2001 p 732 à 736

TEXTES LEGISLATIFS

Loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 Titre II : travail, emploi et formation professionnelle chapitre II : développement de la formation professionnelle

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

Décret n°99-747 du 30 août 1999 modifié par le décret n° 2002-480 du 8 avril 2002 et le décret n°2002-604 du 25 avril 2002 portant création du grade de "master"

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

Décret n° 2006-393 du 30 mars 2006 relatif aux instituts et écoles de formation de certaines professions de santé et modifiant le code la santé publique (dispositions réglementaires)

Arrêté du 23 mars 1992 modifié par l'arrêté du 28 septembre 2001 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière

Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant publié au JO n° 28 du 3 février 2005 page 1776

Circulaire DHOS-F2/F4 n°416 du 1^{er} septembre 2004 relative à la procédure budgétaire 2005 des établissements sanitaires antérieurement financés par dotation globale mentionnés au a,b,c de l'article L.162-22-6 du code la sécurité sociale

DOCUMENTS NON PUBLIES

CEFIEC PAYS DE LOIRE, Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers, évaluation de trois activités cœur de métier, octobre 2005. (Annexe 5)

CEFIEC REGION BRETAGNE, légitimité du métier de formateur, compétence et formation du formateur en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et institut de formation cadre de santé (IFCS), mai 2001.

Disponible sur Internet : <http://www.cefiec.fr/pedagogie>

CEFIEC NATIONAL, indicateurs de coût de formation en institut de formation en soins infirmiers, 2000. Disponible sur Internet : <http://www.cefiec.fr/pedagogie>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :

Liste des professions sanitaires entrant dans le champ de la décentralisation III

ANNEXE 2 :

Nombre d'instituts et d'étudiants par région et par filière de formation V

ANNEXE 3 :

Le guide d'entretien IX

ANNEXE 4 :

Base théorique de travail des formateurs en 2005 XI

ANNEXE 5 :

Les différents tableaux de bord XIII

ANNEXE 6:

Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers,
évaluation de trois activités cœur de métier XV

ANNEXE 1 :

Liste des professions sanitaires entrant dans le champ de la décentralisation

Les professions paramédicales visées au code de la Santé Publique :

- infirmiers,
- masseurs-kinésithérapeutes,
- pédicures podologues,
- ergothérapeutes,
- psychomotriciens,
- orthophonistes,
- orthoptistes,
- manipulateurs d'électroradiologie médicale,
- audioprothésistes,
- opticiens lunetiers,
- diététiciens,

Ainsi que les professions suivantes :

- aides-soignants,
- auxiliaires de puériculture,
- ambulanciers,
- techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- sages-femmes,
- puéricultrices,
- infirmières anesthésistes et de bloc opératoire,
- cadres de santé,
- préparateurs en pharmacie hospitalière.

ANNEXE 2

Nombre d'instituts et d'étudiants par région et par filière de formation

Extrait du rapport d'information n°455 de M KAROUTCHI, fait au nom de l'observatoire de la décentralisation, déposé le 5 juillet 2005

Nombre d'instituts et d'étudiants par région et par filière de formation
(Chiffres au 1er janvier 2004)

Filières	Aides-soignants		Auxiliaires de puériculture		Infirmiers		Pédicures-Podologues		Techniciens en analyses biomédicales		Manipulateurs d'électroradiologie médicale		Masseurs-kinésithérapeutes		Ergothérapeutes		Psychomotriciens		Sages-femmes		Total	
	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants	Instituts	Etudiants
ALSACE	14	579	1	43	9	2300	0	0	0	0	0	0	1	193	0	0	0	0	1	114	26	3229
AQUITAINE	27	992	1	30	15	3710	1	89	0	0	1	90	1	117	1	69	1	117	1	113	49	5327
AUVERGNE	14	480	1	26	6	1684	0	0	0	0	1	74	1	150	0	0	0	0	1	86	24	2500
BOURGOGNE	16	495	1	34	11	2078	0	0	0	0	0	0	1	106	0	0	0	0	2	126	31	2839
BRETAGNE	24	946	1	65	14	2991	1	98	0	0	1	75	1	224	1	143	0	0	2	141	45	4683
CENTRE	18	862	1	25	13	3060	0	0	1	83	1	78	1	83	0	0	0	0	1	95	36	4286
CHAMPAGNE-ARDENNE	7	402	3	66	7	1872	0	0	0	0	1	75	0	0	0	0	0	0	1	78	19	2493
CORSE	2	74	1	11	2	264	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	349
FRANCHE-COMTE	9	390	1	20	7	1585	0	0	0	0	0	0	1	66	0	0	0	0	1	85	19	2146
ILE-DE-France	81	1289	37	1165	65	14697	5	827	1	100	3	296	10	1491	2	290	2	517	4	446	210	21118
LANGUEDOC-ROUSSILLON	16	642	2	38	13	2591	0	0	0	0	1	134	1	220	1	190	0	0	2	198	36	4013
LIMOUSIN	7	323	1	36	6	1296	0	0	0	0	0	0	1	74	0	0	0	0	1	73	16	1802
LORRAINE	16	761	3	81	17	3606	0	0	0	0	1	109	1	215	1	115	0	0	1	169	40	5056
MIDI-PYRENEES	15	784	3	120	13	2298	1	75	0	0	1	93	1	149	0	0	1	73	1	110	36	3702
NORD-PAS-DE-CALAIS	28	1195	3	130	23	6196	1	161	0	0	0	0	3	534	1	142	1	135	2	221	62	8714
BASSE-NORMANDIE	20	574	1	25	10	1977	0	0	0	0	1	75	1	37	0	0	0	0	1	84	34	2772
HAUTE-NORMANDIE	10	491	3	55	7	2517	0	0	0	0	0	0	1	92	0	0	0	0	1	99	22	3254
PAYS-DE-LA-LOIRE	25	1165	2	77	14	2798	1	119	0	0	1	79	1	241	0	0	0	0	2	172	46	4651
PICARDIE	13	469	3	51	11	2908	0	0	1	67	1	53	1	103	0	0	0	0	1	114	31	3765
POITOU-CHARENTES	9	400	1	35	7	2013	0	0	0	0	1	59	1	75	0	0	0	0	1	83	20	2665
PACA	35	1608	7	275	25	4967	1	63	0	0	1	79	2	288	0	0	0	0	2	173	73	7453
RHONE-ALPES	36	1515	6	260	30	7674	0	0	1	73	2	185	4	439	1	63	1	148	3	319	84	10676
GUADELOUPE	1	42	1	15	1	259	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	316
GUYANE	2	45	1	25	1	149	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	219
MARTINIQUE	1	30	1	22	1	127	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	1	61	5	260
REUNION	3	56	2	30	2	465	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	45	8	596
MAYOTTE	1	20	1	20	1	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	81
TOTAL	450	16629	89	2780	331	76123	11	1432	4	323	18	1554	36	4917	8	1012	6	990	34	3205	987	108965

ANNEXE 3

Guide d'entretien

Dans le cadre de ma formation de directeur des soins, je suis amenée à réaliser un travail de recherche sur les indicateurs d'activité inhérents à la formation.

Cet entretien sera enregistré. Il durera environ une trentaine de minutes. Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire parvenir la retranscription de nos échanges. Toutes les données recueillies seront anonymisées.

Aussi, j'aimerais que vous m'expliquiez comment en tant que responsable vous évaluez l'activité de formation au sein de votre Institut de Formation en Soins Infirmiers ?

Avez-vous des outils ? Lesquels ? Comment les utilisez vous ?

Pour vous qu'est ce qu'un indicateur d'activité ? Comment le définiriez vous ?

Pouvez vous me citer des indicateurs d'activités que vous utilisez ?

Quels en sont les avantages ? Les inconvénients ? Les limites ?

Selon vous quelle utilisation en pourrait être faite ? Quelle utilisation en faites vous ?

ANNEXE 4

Base théorique de travail des formateurs en 2005

Année civile = 365 jours

Jours non travaillés en 2005 :

- repos hebdomadaire : 52 X 2	104 j
- fêtes	8 j
- congés annuels :	25 j
- jour de fractionnement des congés annuels	1 j
- jours hors saison :	2 j
- congés pédagogiques	12 j

TOTAL = 152 j

Jours travaillés : 365 j – 152 j = 213 jours

Sur la base de 35 heures hebdomadaires = 5 jours de travail X 7 heures

Volume horaire annuel de travail requis : 213 jours X 7 heures = 1491 heures
+ 7 heures solidarité = **1498 heures**

ANNEXE 5:

Les différents tableaux de bord

Tableau de bord activité pédagogique

	nbr heures estimées	total formateur 1	total formateur 2	total équipe formateurs
Fonction accompagnement des étudiants pédagogie directe/ face à face pédagogique 600 heures annuelles				
Enseignement				
Cours magistraux				
Travaux dirigés/Travaux de groupe				
Travaux pratiques				
Encadrement en stage				
Suivi pédagogique				
individuel				
collectif				
TFE				
Evaluation continue				
MSP				
Théorique(surveillance)				
Examens/diplôme				
MSP DE				
Soutenance TFE				
Concours/Sélection				
Entretiens oraux				
surveillance sélection				

Tableau de bord activité pédagogique

	nbr heures estimées	total formateur 1	total formateur 2	total équipe formateurs
Fonction ingénierie de formation				
Pédagogie indirecte				
450 heures annuelles				
Conception dispositif pédagogique				
préparation cours				
évaluation/correction				
lecture/recherche documentaire				
Missions de coordination				
d'année				
modules transverses				
Activités en lien avec l'alternance				
Déplacement sur lieux de stage (MSP et autres)				
Relation avec les terrains de stage				
Groupe de réflexion et de recherche en lien avec ingénierie pédagogique				
groupe projet				
groupe qualité				
Réunions				
réunion pédagogique				
réunion équipe d'année				
Participation aux instances				
conseil technique				
conseil de discipline				

Tableau de bord activité pédagogique

	nbr heures estimées	total formateur 1	total formateur 2	total équipe formateurs
Fonction "missions transversales"				
450 heures annuelles				
Participation à des groupes de travail				
groupe interne au CH				
groupe extérieur CH				
commissions				
Participation à des associations professionnelles				
CEFIEC				
GERACFAS				
Autres				
Participation à l'encadrement des stagiaires cadres				
Participation à des actions de formation continue				
Participation à des actions de représentations				
carrefour des métiers				
Portes ouvertes				
Rencontres avec les tutelles				

Tableau de bord activité secrétariat

	nbr heures estimées	total secrétaire 1	total secrétaire 2	total secrétaire 3	total équipe secrétariat
fonction accueil et communication					
accueil téléphonique					
permanence/renseignement					
fonction secrétariat					
mise en forme et frappe documents					
pédagogique					
administratif					
communication					
rédaction courrier					
rédaction compte rendu réunion					
réception et gestion du courrier					
archivage					
reprographie					
pédagogique					
administratif					
suivi des tableaux de bord existants					
fonction gestion concours et examens					
organisation concours					
organisation diplômes					
fonction gestion/logistique/organisation générale					
gestion des salles					
gestion matériel de bureau					
gestion réservation véhicule					
fonction gestion dossiers des étudiants					
administratif					
scolaire					
fonction gestion des stages					
conventions					
courriers					
frais de déplacements et indemnités de stage					
fonction gestion budgétaire					
suivi des tableaux de bord existants					

Tableau de bord activité CDI		
	nbr heures estimées	total documentaliste
Fonction d'organisation et de gestion des fonds documentaires		
suivi des commandes		
inventaire - maintenance		
enregistrement - classement		
archivage		
veille documentaire - réseaux		
gestion des prêts		
statistique		
fonction traitement de la documentation		
enregistrement des données		
classement indexation		
fonction communication		
accueil		
diffusion de l'information		
fonction recherche documentaire		
aide à la recherche		
élaboration bibliographie		
constitution dossier documentaire		
fonction pédagogique		
enseignement méthodologie de la recherche documentaire		
guidance dans utilisation des fonds documentaires		

ANNEXE 6:

Etude de l'activité du formateur en institut de formation en soins infirmiers,
évaluation de trois activités cœur de métier

Que font les formateurs en soins infirmiers ?

ETUDE DE L'ACTIVITE DU FORMATEUR EN IFSI

EVALUATION DE TROIS ACTIVITES CŒUR DE METIER

INTRODUCTION

Dans le cadre du CEFIEC Pays de la Loire, le bureau du CER a souhaité dans ses orientations 2004 ré-activer le travail sur l'évaluation de l'activité du formateur en IFSI.

En effet un premier travail fut mené en 2001 / 2002 dans un contexte d'augmentation des quotas d'étudiants infirmiers, de mise en place des 35 heures et de questionnement sur l'incidence du programme de 1992 sur la charge de travail des formateurs.

Trois objectifs sont proposés à ce groupe :

- Repérer l'ensemble des activités et tâches du formateur en IFSI,
- Construire un outil d'évaluation de l'activité du formateur,
- Evaluer des temps moyens pour certaines tâches et activités du formateur.

Ce premier groupe a produit un référentiel assez exhaustif des activités puis des tâches du formateur¹, servant ensuite à la construction d'un outil d'évaluation quantitative. La réflexion sur le référentiel d'activités a conduit à l'écriture de définitions enrichissant l'identification et la reconnaissance du métier de formateur en soins infirmiers. L'outil créé est utilisé par 78 formateurs des 14 IFSI des Pays de la Loire pour une enquête d'une semaine sur 2 mois au cours de l'année 2002 dans l'objectif de valider l'outil et de déterminer des temps moyens pour les tâches et activités du formateur.

En fin d'étude les deux premiers objectifs sont atteints mais pas le troisième en raison d'un échantillonnage et un temps d'enquête réduits et des imperfections de l'outil.

Le comité d'entente régional demande la poursuite de ce travail ; déterminer des temps moyens pour des activités représentatives de la fonction de formateur en IFSI nommées ensuite « activités cœur » :

- L'ingénierie de formation,
- La fonction d'accompagnement,
- Le partenariat avec les professionnels participant à la formation.

¹ Document réalisé à partir du référentiel métier élaboré par le CEFIEC région Bretagne Avril 2004

1 – Un nouveau contexte donc une nouvelle étude avec un nouveau groupe constitué

En 2004, les instituts de formation sanitaire sont dans un contexte de décentralisation vers les régions, d'universitarisation et d'accessibilité des diplômés par la VAE. Face à de nouveaux partenaires, il nous semble important de mesurer les activités actuelles du formateur, de démontrer leur évolution, de définir la spécificité et l'expertise du métier de formateur en Soins Infirmiers. En effet cette formation professionnelle supérieure en alternance est peu connue de ces nouveaux interlocuteurs.

En février 2004 ce second groupe de travail est constitué de 13 formateurs représentant 12 IFSI et 1 IFCS de la région dont cinq personnes issues du premier groupe.

Onze réunions ont eu lieu avec une participation irrégulière des membres entre février 2004 et novembre 2005.

2 – Choix méthodologiques

A partir du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (ENSP 2004) et du document « référentiel du métier de formateur en IFSI » (CEFIEC Pays de la Loire 2003), le groupe a précisé les 3 activités cœur et les tâches s'y rapportant dans un nouveau document².

Une enquête a été réalisée sur les 15 IFSI de la région, à partir d'échantillons de 3, 6 ou 9 formateurs de promotions différentes, sur trois périodes d'une semaine en janvier, mars et mai 2005. Ces choix sont justifiés par le souci d'une représentativité la plus objective possible tenant compte de la taille des IFSI et des dates de rentrée.

L'enquête est réalisée avec une grille³ accompagnée d'un référentiel (activités et tâches) testée auprès de 3 IFSI de tailles différentes. Après réajustements, l'enquête démarre avec un relais directeur ou formateur pour chacun des IFSI.

Les enquêtés sont formateurs à temps plein ou temps partiel et doivent répondre sur les trois périodes. Les cadres supérieurs de santé, les infirmières faisant fonction et les membres du groupe de travail n'ont pas été retenus.

Au total sur 90 grilles envoyées :

- 81 reçues et 80 traitées en janvier,
- 80 reçues et 79 traitées en mars,
- 70 reçues et 69 traitées en juin.

Les données sont saisies informatiquement sur Excel après chaque période puis additionnées et analysées pour obtenir des moyennes concernant chaque activité d'une part et en fonction de l'ancienneté des formateurs d'autre part.

Certains critères initiaux comme la quotité de temps de travail, la durée de travail hebdomadaire du formateur et l'organisation de la formation n'ont pas été pris en compte dans l'analyse car apparus in fine non pertinents.

² Cf annexe 1

³ Cf annexe 2

3- les limites

Concernant le recueil de données, des consignes n'ont pas été respectées :

- d'échantillonnage ; nombre de formateurs par IFSI,
- des rubriques non renseignées,
- des incompréhensions ; 3 activités cœur et non l'ensemble de la charge de travail du formateur demandé,
- des absences dues à maladie et congés maternité de certains formateurs.

Concernant l'analyse, cette enquête est réalisée par un groupe de travail en interne sans le soutien d'un service statistique. Ceci explique aussi le choix de trois semaines seulement.

4- Analyse

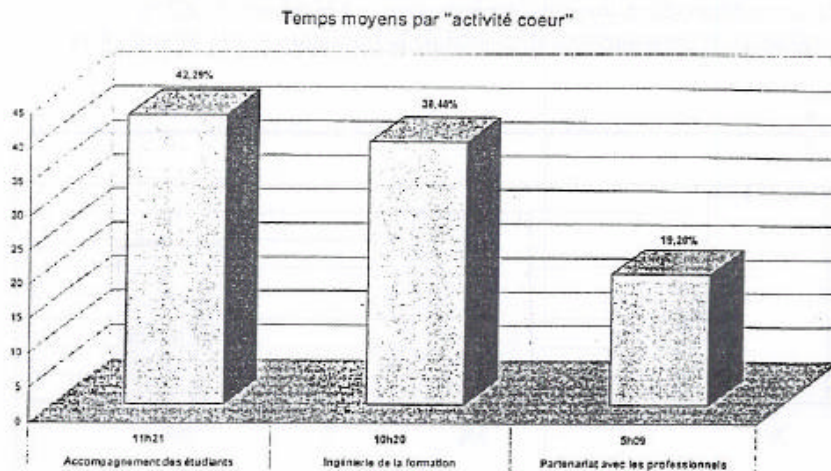
Globalement, les " activités cœur " du travail de formateur représentent près de 70 % (69,2 %) de leur temps de travail hebdomadaire.

- A - Temps moyens par " activité cœur "

➤ L'activité dominante est l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers
11 H 21 soit 42,29 % des " activités cœur " du travail de formateur

➤ Puis, l'ingénierie de la formation en soins infirmiers
10 H 20 soit 38,48 %

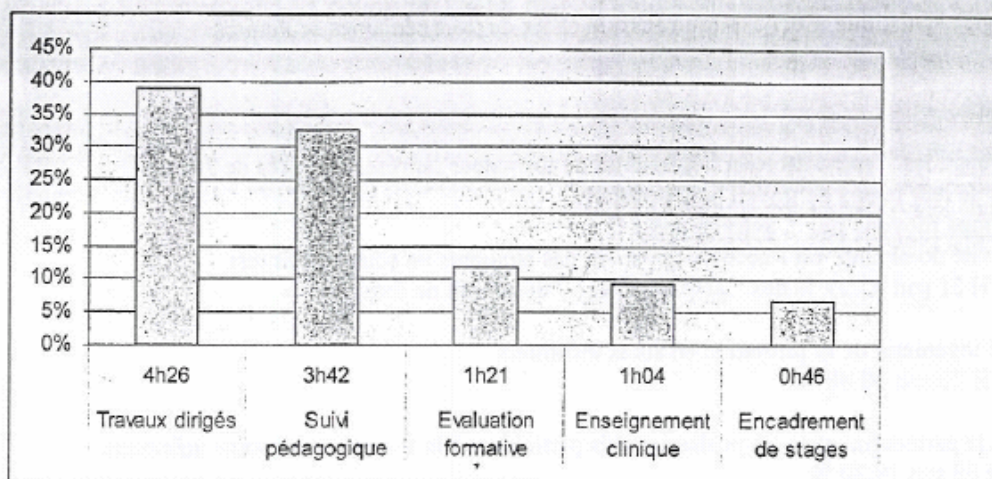
➤ Enfin, le partenariat avec les professionnels participant à la formation en soins infirmiers
5 H 09 soit 19,20 %



- B - Activités dominantes dans chaque "activité cœur"

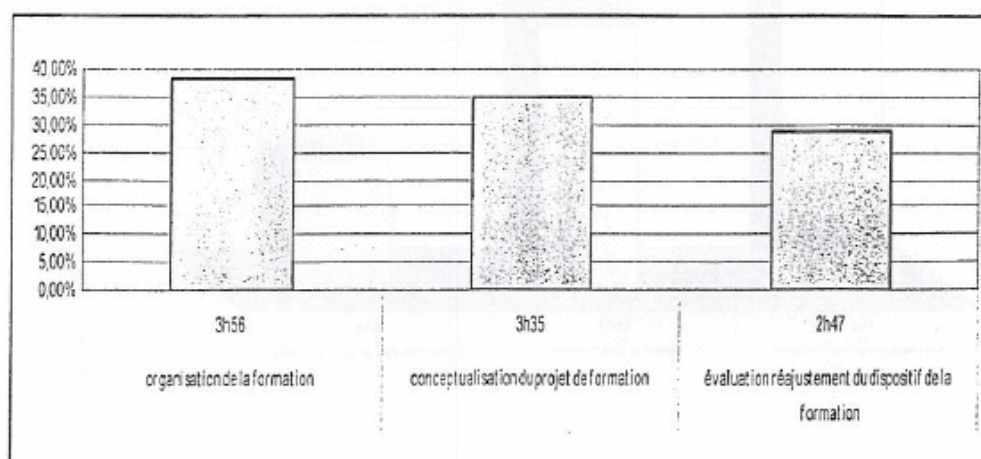
➤ Dans l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers :

- les travaux dirigés = 4 H 26 soit 39 %
- le suivi pédagogique = 3 H 42 soit 32,59 %
- évaluation formative = 1 H 21 soit 11,89 %
- enseignement clinique = 1 H 04 soit 9,39 %
- encadrement de stage = 0 H 46 soit 6,75 %

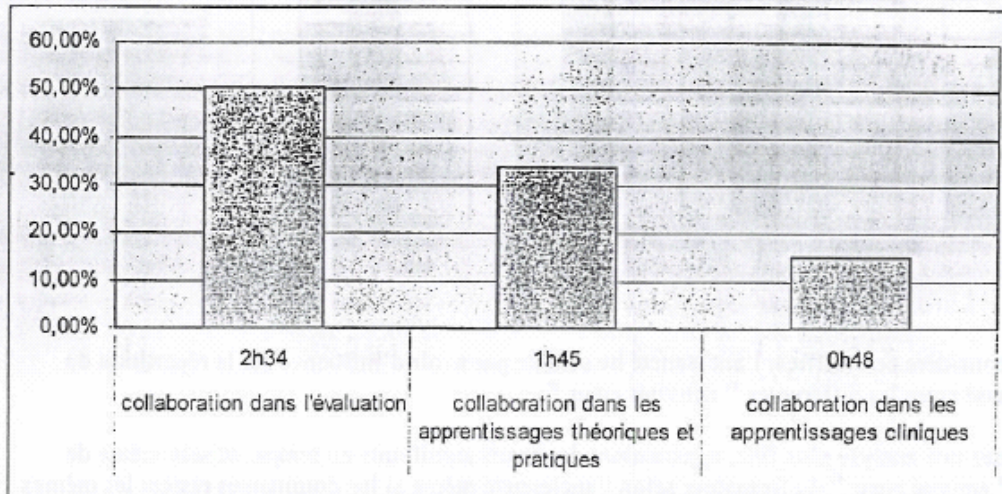


➤ Dans l'ingénierie de la formation en soins infirmiers :

- l'organisation de la formation = 3 H 56 soit 38,06 %
- la conceptualisation du projet de formation = 3 H 35 soit 34,67 %
- évaluation réajustement du dispositif de la formation = 2 H 47 soit 28,54 %



- Dans le partenariat avec les professionnels participant à la formation en soins infirmiers :
- la collaboration dans l'évaluation = 2 H 34 soit 50,32%
 - la collaboration dans les apprentissages théoriques et pratiques = 1 H 45 soit 33,98 %
 - la collaboration dans les apprentissages cliniques = 0 H 48 soit 15,53 %



- C - Activités du formateur et ancienneté*

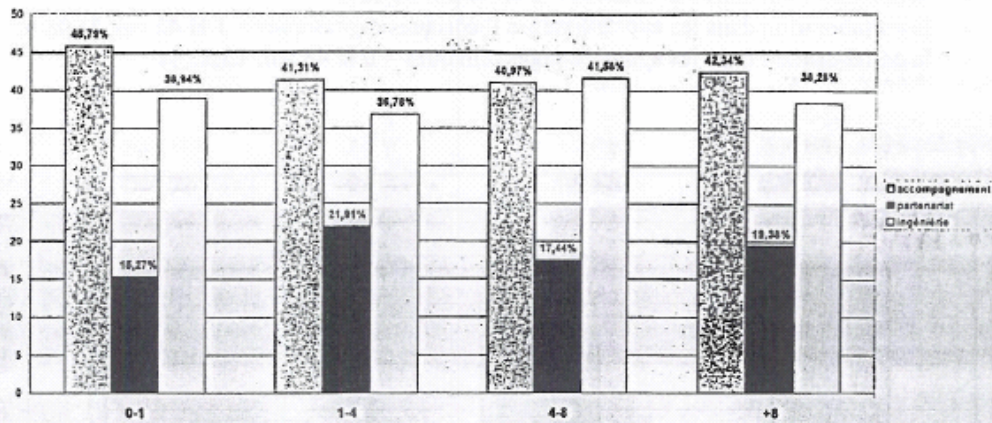
➤ L'ancienneté des formateurs a été classée en 4 catégories :

- formateur de moins d'un an
- formateur entre 1 et 4 ans
- formateur entre 4 et 8 ans
- formateur de plus de 8 ans

➤ Croisement entre ancienneté des formateurs et activité dominante (en temps) : les deux mêmes activités émergent.

- de 0 à 1 an	1) accompagnement des étudiants	12 H 17
	2) ingénierie de la formation	10 H 35
- de 1 à 4 ans	1) accompagnement des étudiants	11 H 39
	2) ingénierie de la formation	10 H 14
- de 4 à 8 ans	1) accompagnement des étudiants	10 H 03
	2) ingénierie de la formation	10 H 18
- 8 ans et plus	1) accompagnement des étudiants	11 H 25
	2) ingénierie de la formation	10 H 17

Proportion activité cœur selon l'ancienneté



Si l'on considère ces chiffres, l'ancienneté ne semble pas avoir d'influence sur la répartition du temps passé entre les différentes "activités cœur"

Mais, après une analyse plus fine, apparaissent des écarts significatifs en temps, au sein même de chaque "activité cœur" du formateur selon l'ancienneté même si les dominantes restent les mêmes pour tous.

Au sein de l'activité Accompagnement des étudiants en soins infirmiers :

↳ Deux activités phares : travaux dirigés et suivi pédagogique

Activité Ancienneté	Suivi pédagogique	Travaux Dirigés	Encadrement de stage	Enseignement clinique	Evaluation formative
De 0 à 1 an	2 H 57	6 H 13	0 H 51	1H05	1H08
De 1 à 4 ans	4 H 15	3 H 53	0H48	1H	1H44
De 4 à 8 ans	3 H 14	4 H 55	0H26	0H29	0H56
8 ans et plus	3 H 55	3 H 14	1H04	1H47	1H22

Activités moins investies = enseignement clinique, encadrement en stage et évaluation formative

Au sein de l'activité Ingénierie de la formation en soins infirmiers :

↳ Deux activités viennent en tête : l'organisation de la formation et la conceptualisation du projet de formation

Activité Ancienneté	Organisation de la formation	Conceptualisation du projet	Evaluation réajustement du dispositif
De 0 à 1 an	3 H 59	3 H 56	2H39
De 1 à 4 ans	3 H 18	3 H 56	2H59
De 4 à 8 ans	3 H 51	3 H 39	2H47
8 ans et plus	5 H 05	2 H 37	2H35

L'évaluation /réajustement du dispositif de formation et des acquisitions est l'activité la moins investie

Remarque :

Avec l'ancienneté, le temps passé à l'organisation de la formation augmente. L'hypothèse posée est que les coordinateurs(trices) dont l'activité est plus centrée sur cet aspect, sont souvent recrutés(es) chez les professionnels(les) les plus expérimentés(ées)

Au sein de l'activité Partenariat avec les professionnels participant à la formation en soins infirmiers :

↳ Deux activités dominent : la collaboration dans l'évaluation
la collaboration dans les apprentissages théoriques et pratiques

Activité Ancienneté	Collaboration dans l'évaluation	Collaboration dans les apprentissages théoriques / pratiques	Collaboration dans les apprentissages cliniques
De 0 à 1 an	1 H 37	1 H 41	0 H 47
De 1 à 4 ans	2 H 57	1 H 58	1 H 08
De 4 à 8 ans	2 H 21	1 H 22	0 H 44
8 ans et plus	3 H 01	1 H 52	0 H 21

CONCLUSION

Au terme de ce travail nous constatons que nous avons répondu à notre objectif de départ : **quantifier les « activités cœur » du formateur en IFSI**. Celles-ci représentent comme nous l'avons vu **près de 70% de son temps de travail hebdomadaire**.

Cette étude rend **lisible et affine la connaissance du travail de formateur en IFSI** que la seule analyse des plannings des étudiants ne peut mettre en évidence. En effet celle-ci réalisée dans des IFSI de la région fait apparaître un temps de **face à face pédagogique** représentant environ 25% du temps de travail hebdomadaire du formateur.

Au-delà de la transmission des connaissances, ce travail nous permet de repérer des activités du formateur particulièrement centrées sur l'accompagnement de l'étudiant dans l'intégration des savoirs, la recherche de sens et la construction identitaire professionnelle.