



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Infirmier général**

**25 et 26 octobre 2001**

---

**OPTIMISER LES EFFETS  
DE LA FORMATION CONTINUE  
Dans les services de soins**

**Marinette AUGÉARD**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	6
<b>PREMIERE PARTIE</b>	
<b>1. LA FORMATION</b>	9
1.1 Le cadre juridique de la formation continue	9
1.2 La formation : de régulateur social à un usage stratégique	11
1.3 Le processus de l'élaboration du plan de formation	11
<b>2. LES EFFETS DE LA FORMATION DANS LES SITUATIONS DE TRAVAIL</b>	
<b>2.1 Notion de transfert des nouvelles connaissances</b>	13
2.1.1. Schème d'action et apprentissage des nouvelles connaissances	15
2.1.2. Schème d'action et intégration des nouvelles connaissances	16
2.1.3. Schème d'action et transformation des nouvelles connaissances	18
<b>2.2 L'évaluation des effets de la formation</b>	19
2.2.1. Contexte général de la formation	19
2.2.2. Formation et amélioration continue de la qualité	20
2.2.3. Formation et évaluation	22
<b>3. LES ACTEURS DANS LE PROCESSUS DE LA FORMATION CONTINUE</b>	
<b>3.1. Le chaînage des acteurs</b>	24
3.1.1. Le chaînage opérationnel	25
3.1.2. Le zone de sécurité de fonctionnement	25
3.1.3. La zone d'innovation stratégique	26
<b>3.2. Management de la formation des personnels des services de soins</b>	
3.2.1. Du rôle et des fonctions des acteurs impliqués dans une mise en réseau	27
3.2.2. L'appropriation de son devenir dans l'analyse des besoins des personnels	27

3.2.3. Repérage des occasions d'acquérir de nouvelles compétences	28
<b>4. PROBLEMATIQUES ET HYPOTHESES</b>	
4.1 Problématique	28
4.2 Hypothèses	31
<b>DEUXIEME PARTIE : ENQUETE, RESULTATS ET ANALYSE</b>	
<b>1. METHODOLOGIE ET TERRAINS D'ENQUETE</b>	32
1.1. La démarche méthodologique	32
1.2. Les établissements enquêtés	34
1.3. Les limites de l'enquête	34
<b>2. RESULTATS ET ANALYSE</b>	
2.1 Le processus d'élaboration du plan de formation	35
2.2 La prise en compte du réinvestissement au moment de l'élaboration du plan de formation	37
2.3. L'implication des acteurs	37
2.3.1 Dans l'élaboration du plan de formation	37
2.3.1.1. Rôles des cadres infirmiers supérieurs et des cadres infirmiers	37
2.3.1.2. Rôle de l'équipe	40
2.3.2 Par rapport aux réinvestissements	40
2.4 Les facteurs facilitant le réinvestissement	42
2.4.1 L'implication des cadres	42
2.4.2. L'anticipation sur le réinvestissement	43
2.4.3. L'existence de projets communs	43
2.4.4. L'implication des personnels	44
2.5 Les obstacles aux réinvestissements	44
2.6 L'évaluation du réinvestissement	45

## **TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS**

<b>1. POLITIQUE DE FORMATION ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</b>	<b>48</b>
<b>2. MANAGEMENT PAR LE DECLOISONNEMENT DES RESPONSABILITES</b>	<b>49</b>
2.1 La décentralisation opérationnelle	50
2.2 La centralisation stratégique	52
<b>3. ACTIONS POUR FAVORISER LE TRANSFERT DES ACQUIS DE LA LA FORMATION DANS LA SITUATION DE TRAVAIL</b>	<b>53</b>
3.1 Fiche projet n° 1 relatif à l'adéquation des services rendus par rapport aux besoins	54
3.2 Fiche projet n° 2 relatif au processus de décision	55
3.3 Fiche projet n° 3 relatif à la visibilité des résultats de la formation	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>60</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>61</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- C.H.S : Centre hospitalier spécialisé  
C.H. : Centre hospitalier  
D.S.S.I.: Directeur du service de soins infirmiers  
I.G. : Infirmier(e) général(e)  
C.I.S : Cadre infirmier supérieur  
C.I. : Cadre infirmier  
A.N.F.H. : Association pour la Formation Permanente des Personnels Hospitaliers

## INTRODUCTION :

L'évolution constante des techniques modifie progressivement les pratiques hospitalières. Les personnels soignants, ainsi confrontés à une remise en cause de leurs pratiques, doivent adapter et développer leurs connaissances et leurs compétences en fonction de cette évolution. Et nous pouvons toujours affirmer, comme le fait Danièle DELPLANQUE dans une interview donnée à la revue *Infirmière Magazine* :

*«Désormais, il est impossible de se reposer, durant toute sa vie professionnelle, sur les seules connaissances acquises lors de la formation initiale»<sup>1</sup>*

La formation continue des personnels est un des thèmes mobilisateurs au sein des structures hospitalières. La démocratisation de la formation continue dans les hôpitaux favorise la formation individuelle des agents. La formation est un des moyens d'approfondir des connaissances, d'acquérir la maîtrise de nouvelles techniques de soins et donc de nouvelles compétences. Elle contribue au développement personnel et professionnel des agents, elle est un des moyens d'améliorer la qualité des soins et des organisations.

D'abord considérée, au travers des textes de 1971 et 1975, comme une obligation légale, la formation est maintenant un instrument privilégié de la gestion des ressources humaines. Non plus gérée comme une activité à part, obéissant à une logique étrangère à la stratégie de l'établissement, elle y devient un véritable outil de changement.

Ceci suppose que l'optimisation des apports de la formation continue conduise en terme de management à générer des responsabilités, favoriser des communications, valoriser des compétences et la contribution de chacun. Or, ceci ne dépend ni des ressources consacrées à la formation continue, ni du volume des actions de formations que l'hôpital organise mais de la place que la direction, particulièrement la direction du service de soins infirmiers, entend accorder à la formation continue pour adapter les modes de travail hospitalier aux exigences nouvelles.

---

<sup>1</sup> DELPLANQUE (Danièle) cité par GUEGEN (Jean-Yves) - *La formation continue à l'hôpital : une mine d'or sous-exploitée.*- *Infirmière Magazine* n°24 –janvier 1989 – p. 45.

Le processus de la formation continue engage un certain nombre d'acteurs différents. Lorsque par exemple, une action de formation à la manutention des patients comptabilise une trentaine d'acteurs dont l'infirmier général<sup>2</sup>, la problématique n'est pas tant le nombre d'acteurs, car vouloir le réduire risquerait d'appauvrir les interactions entre les individus et menacerait la stabilité du processus, mais de permettre à ces différents acteurs d'être en interaction dynamique et de s'organiser en fonction de la finalité de l'action de formation. Il va s'agir de mettre en œuvre les acquis de la formation en terme de connaissances, de capacités et de comportements pour que ceux-ci deviennent sur le terrain des compétences reconnues.

Or, nous constatons dans la pratique quotidienne, que l'atteinte de cet objectif se trouve confronté à certains obstacles notamment dans le réinvestissement des acquis de formation dans les situations de travail. Bien souvent, il semble persister l'idée que la formation continue est bénéfique par nature et constitue une fin en soi, alors qu'elle doit se définir à travers les finalités déployées autour du parcours professionnel des personnels et du changement que les hôpitaux ont à maîtriser. Ceci suppose que la finalité de la formation continue soit définie et spécifiée à plusieurs niveaux. En effet, au terme d'une formation, les attentes différentes entre celles du formé, du formateur, du responsable de formation, de l'encadrement et de la direction risquent de générer des blocages.

Lors de bilan de formation effectué à "chaud", le plus souvent, le degré de satisfaction des formés est élevé et le souhait de mettre en place concrètement les acquis sur le terrain est généralement exprimé. Les obstacles évoqués sont souvent relatifs à la résistance des autres collègues mais également à celle du cadre. Deux raisons majeures à cela peuvent être avancées : la première est le manque d'anticipation du réinvestissement, par le cadre, le ou les formés et l'équipe et la seconde est la difficulté d'intégrer de nouveaux savoirs dans l'organisation du travail. Ces deux constats témoignent de l'importance de l'implication du cadre pour donner sens aux demandes et permettre d'utiliser la formation continue comme un levier de changement.

---

<sup>2</sup> Lire partout infirmier général et infirmière générale

L'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers, responsable de la qualité des soins et de l'organisation des services de soins est évidemment impliqué dans cette démarche et particulièrement dans la mobilisation des acteurs et dans l'utilisation stratégique de la formation jusqu'à l'évaluation du réinvestissement de celle-ci dans les organisations.

La question est de savoir quelle place il entend accorder, au niveau politique et stratégique, à la formation continue des personnels du service de soins infirmiers et particulièrement à l'évaluation des effets des actions de formation.

Cette étude est conduite en trois parties :

Dans une première partie, nous chercherons à comprendre l'articulation du transfert des acquis de la formation avec l'ensemble des acteurs d'un service centré sur des objectifs communs. Nous aborderons l'évolution du réinvestissement dans la démarche globale d'amélioration de la formation continue engagée dans les établissements et enfin, l'implication des acteurs dans un processus de formation continue.

La deuxième partie concernera l'analyse des entretiens menés sur deux établissements qui nous conduira à dégager des pistes de réflexion pour aborder dans une troisième partie les différents axes stratégiques qui permettront d'élaborer des propositions d'actions.



## **PREMIERE PARTIE : DU CONCEPT A LA PROBLEMATIQUE**

### **1- LA FORMATION :**

#### **1-1 Le cadre juridique de la formation continue :**

Le fondement légal de la formation continue date de la loi du 16 juillet 1971 portant «*organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente*».

Son article 1<sup>er</sup> précise :

*«la formation professionnelle a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social.»*

La politique de formation met l'accent sur la promotion des individus. Ainsi la loi apporte l'idée que la formation est un droit pour l'individu et introduit également la notion d'éducation continue.

Deux perspectives en découlent :

- la promotion de l'individu,
- le pouvoir de faire face aux défis et aux contraintes de changement.

L'application de cette loi dans le secteur public est plus récente puisqu'elle date du décret n° 75-489 du 16 juin 1975. Il détermine les modalités selon lesquelles les agents peuvent bénéficier de la formation continue.

Depuis cette date, plusieurs textes se sont succédés et notamment celui de la réforme de la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière d'où le décret n° 90-319 du 5 avril 1990.

La réforme repose sur trois principes :

- "la valorisation de l'autonomie des établissements dans la gestion de leur processus de formation par la fusion à terme des modes de financement de la formation,
- la reconnaissance de l'importance des partenaires sociaux au sein de l'hôpital dans l'élaboration de la politique de formation,
- la revalorisation de la promotion interne par l'intégration dans le plan de formation des études promotionnelles".

La typologie des actions de formation du décret du 5 avril 1990 a remplacé celle décrite dans le décret du 16 juin 1975. Les actions se répartissent en deux catégories principales :

- les actions de formation professionnelles figurant au plan de formation,
- les actions de formation sur l'initiative des agents en vue de leur promotion professionnelle

Les actions de formation entrant dans chacune de ces catégories sont juridiquement balisées.

Quatre types d'actions figurent dans le plan de formation :

- les actions de préparation aux concours et examens,
- les études promotionnelles accédant sur l'accès à des diplômes ou à des certificats du secteur sanitaire et social,
- les actions d'adaptation qui visent soit la titularisation, soit l'accès à un nouvel emploi, soit le maintien de la qualification requise dans l'emploi occupé,
- les actions de conversion.

Parmi ces quatre types d'actions, celles sur l'initiative de l'agent, soit par mise en disponibilité soit par un congé de formation individuelle, ne feront pas l'objet de notre recherche.

## **1-2 La formation : de régulateur social à un usage stratégique :**

Pendant longtemps, certaines politiques hospitalières considéraient la formation continue comme régulateur social de l'hôpital. Aujourd'hui, elle tend à être vécue comme moyen d'atteindre des objectifs stratégiques de la direction. Nous sommes maintenant entrés dans une logique de la formation managériale, intégrée aux orientations stratégiques et aux objectifs opérationnels, avec comme toutes les autres fonctions des établissements, des soucis d'efficacité et notamment dans l'évaluation des effets de la formation.

La formation est, me semble-t-il, une réponse aux défis auxquels sont confrontés les établissements de santé et notamment, l'adaptation des métiers aux évolutions des qualifications nouvelles.

Le renforcement de l'efficacité des organisations hospitalières par l'intermédiaire de la formation continue nécessitera que l'hôpital persiste à se mobiliser pour développer ses compétences professionnelles. Cela suppose que plusieurs moyens mis en œuvre concourent au même but, afin de faire de l'hôpital une organisation responsabilisante, valorisant le professionnalisme.

## **1-3 Le processus de l'élaboration du plan de formation :**

Le terme "processus" est défini par plusieurs auteurs. Nous retiendrons celle de Louis TOUPIN<sup>3</sup> :

*« série de changements à travers lesquels un objet ou un phénomène se développe »*

En ce qui concerne la formation, Hervé LETEURTRE et Jean Philippe SAJUS abordent dans leur ouvrage<sup>4</sup> le processus d'élaboration du plan de formation paru dans la circulaire du 2 avril 1991 réalisée conjointement par la Direction des Hôpitaux et l'Association pour la Formation Permanente des Personnels Hospitaliers ( A.N.F.H.).

---

<sup>3</sup> TOUPIN (Louis), *De la formation au métier : savoir transférer ses connaissances dans l'action*, éditions E.S.F., 1995, p.194.

<sup>4</sup> LETEURTRE (Hervé), SAJUS (Jean-Philippe), *La formation des personnels hospitaliers*, éditions E.N.S.P., 1995, p25.

Ce processus se décline en six étapes, du niveau institutionnel au niveau individuel :

- 1- "définition des objectifs de formation qui doivent constituer une déclinaison des orientations stratégiques de l'établissement,
- 2- recueil et analyse des besoins des agents à l'aide d'une démarche participative au sein des services,
- 3- hiérarchisation des besoins de formation en fonction des priorités de formation,
- 4- mise en forme et diffusion du plan afin d'informer les agents sur le contenu définitif des formations prévues,
- 5- mise en œuvre du plan de formation,
- 6- évaluation de la formation".

Nous retiendrons dans notre recherche plus particulièrement les trois premières étapes et la sixième et il semble que des étapes supplémentaires s'avèrent indispensables pour permettre à la formation d'atteindre son objectif qui est le transfert des nouvelles connaissances et compétences dans les situations de travail. Ces autres étapes pourraient s'intituler l'organisation du transfert de la formation et l'évaluation des effets de la formation.

## **2- LES EFFETS DE LA FORMATION DANS LES SITUATIONS DE TRAVAIL :**

La formation continue s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des organisations et des pratiques individuelles et collectives.

De ce fait, la formation ne peut se concevoir comme une fin en soi et doit avoir un prolongement structurel et temporel dans les organisations de travail.

La mise en œuvre des effets de la formation va introduire des changements dans l'organisation en place, et les répercussions dans le service risquent d'avoir un aspect déstabilisant dans le fonctionnement existant à partir du moment où quelqu'un revient avec un nouveau savoir.

Cependant, s'il n'est plus à prouver la nécessité d'optimiser la formation continue par le transfert des connaissances et l'utilisation des compétences nouvelles sur le terrain, il est utile de comprendre le processus de transfert de connaissances, ses difficultés, les conditions dans lesquelles celui-ci est possible. A partir de cette analyse, nous serons en mesure de mieux appréhender le rôle des différents acteurs dans ce processus.

## 2-1 Notion de transfert de nouvelles connaissances

Nous retiendrons comme première définition du transfert de connaissances :

*"l'utilisation, dans un nouveau contexte, de connaissances acquises préalablement par des personnes, des groupes ou des collectifs. Ce nouveau contexte peut être une nouvelle situation de formation ou bien une situation de la vie de tous les jours"<sup>5</sup>.*

La définition permet de s'interroger sur les possibilités de mobiliser des connaissances acquises dans un contexte de formation dans d'autres contextes. Cette conception laisse entrevoir qu'il existe différents types et niveaux de transfert dont il faut tenir compte dans notre recherche.

Nous retiendrons deux types de transfert : le transfert court et le transfert long.

- . Le transfert court généralement fait référence à une situation de transfert qui est relativement semblable à la situation d'apprentissage. En effet, il peut s'agir, par exemple, d'un apprentissage à une technique d'habileté dans la pose d'un cathéter et le transfert de celle-ci sera qualifié de court.
- . Le transfert long, quant à lui, se réfère à une situation de transfert qui, dans le temps et dans l'espace, est relativement différente de la situation d'apprentissage.

Par ailleurs, Louis TOUPIN dans son ouvrage : "de la formation au métier", pour comprendre la notion de transfert propose un modèle qu'il nomme le "*modèle interprétatif du transfert de connaissances adaptées aux publics adultes*".

Nous développerons un des principes sur lesquels s'appuie ce modèle, "le transfert de connaissances nécessite un schème d'action".

Un schème d'action étant considéré par l'auteur comme :

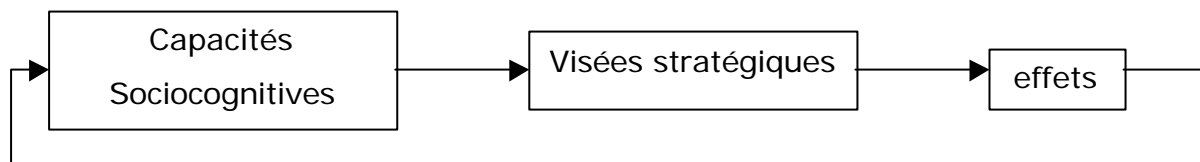
*"Un ensemble de personnes en interaction qui mobilise des capacités socio-cognitives (savoirs et identités sociales ) pour mettre celle-ci au service de visées stratégiques (intention et contexte ) dont l'atteinte est vérifiée par certaines conséquences ou effets recherchés dans une situation".*

---

<sup>5</sup> L.TOUPIN, *de la formation au métier*, édition ESF, 1995.

L'auteur considère que "le processus de transfert doit nécessairement passer par un schème d'action pour s'actualiser au sein des pratiques" autrement dit la formation en tant qu'objet intégrant plusieurs fonctions (accueil, le suivi...) et plusieurs significations (qualité, accomplissement personnel...) s'adresse à un ensemble de personnes en interaction les unes avec les autres, celles-ci possédant en commun des savoirs qui agissent comme cadre de référence à leurs actions et partageant des visées stratégiques que ce soit en s'opposant les unes aux autres par des tensions ou des conflits ou bien en coopérant pour réaliser des objectifs communs.

Les principales composantes du schème d'action telles que les conçoit L..TOUPIN peuvent être illustrées de la façon suivante :



Les capacités cognitives des différents acteurs sont ainsi mises au service de visées stratégiques inscrites dans un contexte de service, de secteur ou d'institution. De même, l'ensemble des personnes en interaction se reconnaît dans un certain nombre de conséquences ou d'effets recherchés, au terme d'actions de formation dans les situations de travail. Lorsque ces effets sont au «rendez-vous» ou sont à l'opposé de ce qui est recherché, alors s'enclenche "un processus de rétroaction". Ce processus de rétroaction peut renforcer ou confirmer le schème d'action. Mais il peut aussi provoquer des ajustements voire même de profondes remises en question, amenant un remodelage des capacités cognitives et des visées stratégiques et de ce fait occasionner un déplacement des effets recherchés.

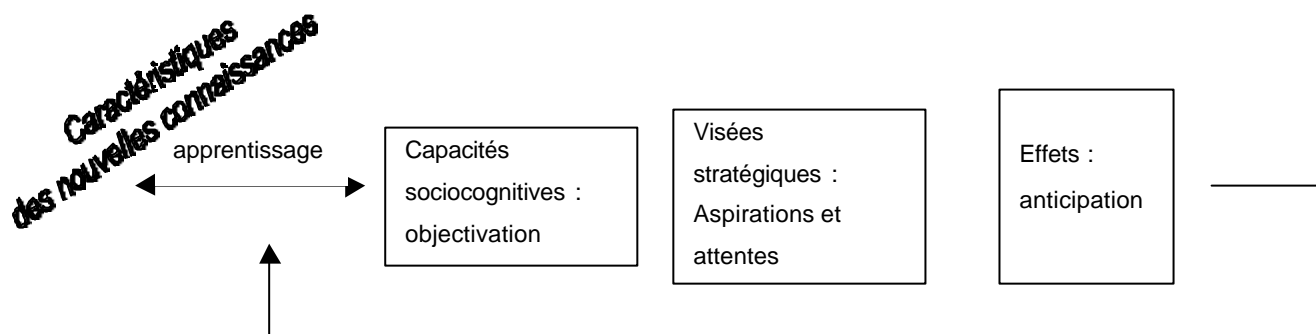
Les schèmes d'actions peuvent aussi se présenter comme des structures aliénantes ou contraignantes. Ils deviennent "organisation" lorsqu'ils sont formalisés et institutionnalisés. Les participants à un schème d'action sont souvent amenés à accroître ou à recadrer leurs capacités, à redéfinir leurs objectifs ou les effets recherchés. Ces changements sont souvent le fait, de pressions diverses. Or, le schème d'action ne se modifie pas facilement sous la pression, nous assistons alors à la mise en place d'un **processus d'appropriation**.

Nous étudierons l'appropriation au travers des trois phases repérées de ce processus en lien avec le schème d'action (ensemble de personnes en interactions) :

- 1- schème d'action et apprentissage des nouvelles connaissances,
- 2- schème d'action et intégration des nouvelles connaissances,
- 3- schème d'action et transformation des nouvelles connaissances.

### **2.1.1 Schème d'action et apprentissage des nouvelles connaissances**

Le processus d'appropriation débute par l'apprentissage des nouvelles connaissances.



Pour concevoir l'apprentissage en lien avec un schème d'action (ex : l'organisation du travail), il faut considérer que l'enseignement n'est pas seulement un mode de transmission, il faut aussi voir dans l'apprentissage un processus d'adhésion.

Le processus d'adhésion inclut la prise en compte des nouvelles connaissances, les attentes, les aspirations des différents acteurs et l'anticipation des effets.

En effet, au début de la phase d'appropriation, les effets de nouvelles connaissances au sein d'une organisation ne peuvent s'appréhender que par l'anticipation. Celle-ci apparaît sous forme de questions plus ou moins formulées telles que :

- A quoi cela va - t-il me servir ?
- Où vais-je réinvestir cela ?
- Cela vaut-il la peine de faire des efforts ?
- Est-ce que cela va m'aider dans ma carrière ?...

Les personnes projettent souvent leurs réponses à ces questions en projetant une amélioration de leur situation présente au sein de l'organisation du travail.

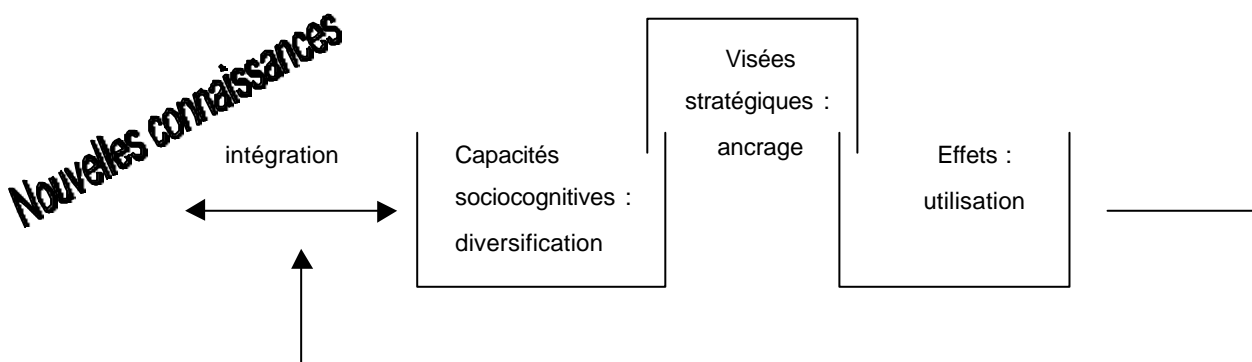
Autrement dit, l'apprentissage est soutenu par une pensée positive qui permet d'espérer, au bout de ce processus, une amélioration de la situation sur le plan des objectifs, du social ou du subjectif.

### 2-1-2 Schème d'action et intégration des nouvelles connaissances :

La deuxième phase du processus d'appropriation est celle de l'intégration. Celle-ci correspond au lien qui va s'opérer après l'apprentissage entre les composantes d'un schème d'action. Lorsqu'un apprentissage est effectué, il faut qu'il soit ensuite relié aux différents éléments de l'organisation. Si l'on se contente que de l'apprentissage lui-même, les nouvelles connaissances acquises risquent de devenir inertes.

Dans la pratique, nous pouvons illustrer ces propos par l'exemple d'agents qui suivent des formations ou des congrès sans trop savoir comment ces nouvelles connaissances seront réinvesties dans leurs pratiques. La problématique dans ce cas n'est pas celle de l'apprentissage mais celle du lien de celui-ci avec le contexte de travail de l'agent concerné.

La figure suivante met en évidence que l'intégration est un moment charnière du processus d'appropriation.



Trois facteurs influencent l'intégration de nouvelles connaissances à l'intérieur d'un schème d'action (organisation du travail) : la diversification, les possibilités d'ancrage, les mises en pratiques.

- **la diversification des mises en situations** entoure l'apprentissage de nouvelles connaissances. Celle-ci fait référence à l'expérimentation et implique les acteurs dans l'organisation du travail, comme le cadre du service et l'équipe.



L'importance par exemple d'examiner les apprentissages et les connaissances acquises au retour des formations sous divers angles peut être pour le responsable un facteur stratégique afin de faciliter l'application de ces nouvelles connaissances.

- La deuxième composante de l'intégration est la notion **d'ancrage**. Les possibilités d'ancrages sont pour l'auteur le plus important facteur d'intégration de nouvelles connaissances à l'intérieur d'une organisation. Dans notre propos, l'ancrage permet *"de relier les nouvelles connaissances des personnels formés aux composantes déjà existantes de l'organisation du travail"*.

En ce sens, l'intégration doit servir à réaffirmer ou à réajuster les intentions des personnels formés ou des responsables de service à l'origine de la formation et à tenir compte du contexte de travail dans lequel ces intentions s'appêtent à se concrétiser. L'ancrage consiste donc pour les cadres et les équipes à élaborer des conduites en vue du réinvestissement de la formation dans les situations de travail. Cette approche permet de préciser que le rôle des membres de l'organisation sera de plusieurs ordres, nous pouvons en citer quelques-uns :

- s'interroger pour établir une stratégie de réinvestissement de leurs connaissances individuelles et collectives qui soit optimale,
- prévoir ce que chacun fera à son retour de formation dans les services,
- faire connaître ses nouveaux acquis,
- influencer l'organisation qui peut ne pas être favorable au transfert de ce qui a été appris...

L'ancrage permet donc d'établir une stratégie de réinvestissement des acquis personnels et ou collectifs.

Cette stratégie de réinvestissement élaborée à la fin d'un processus d'apprentissage en y consacrant quelques heures de réflexion individuelles et collectives, se traduira par un plan d'action pour le transfert dans la situation de travail.

Nous venons d'aborder, avec cette notion d'ancrage, la nécessité d'anticiper les intentions des personnels formés à leur retour dans la situation de travail, mais également, l'importance du collectif et de la nécessaire prise de conscience que de nouveaux savoirs vont venir modifier l'organisation d'origine, et enfin, l'idée que le réinvestissement ne va pas de soi et que par conséquent, il se réfléchit et s'organise avec les différents acteurs de l'équipe.

- La troisième composante de l'intégration est **la mise en pratique** des acquis, et des savoirs. Il s'agit là de favoriser l'intégration des nouvelles connaissances par des mises en pratiques.

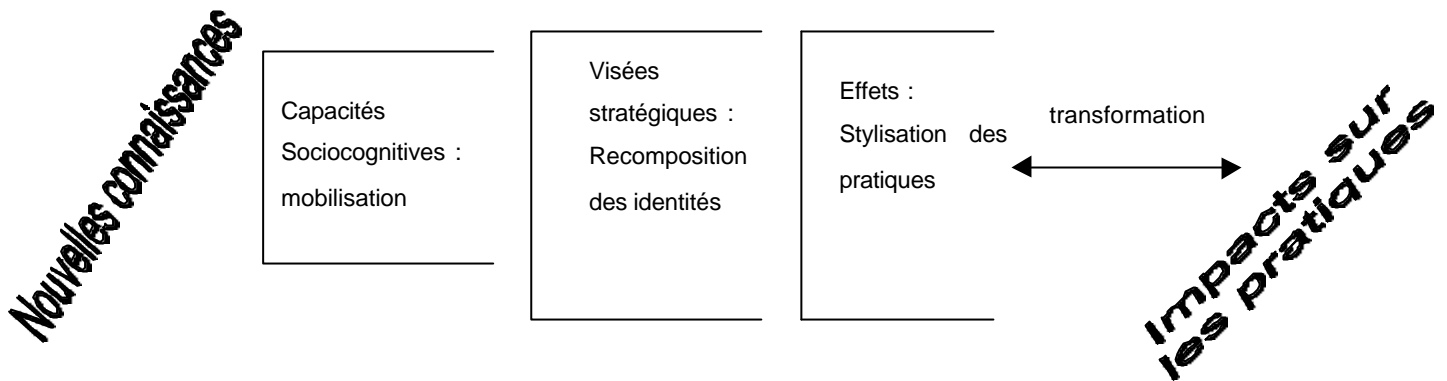
### **2-1-3 Schème d'action et transformation des nouvelles connaissances**

Le processus d'appropriation de nouvelles connaissances se termine par ce que Louis TOUPIN appelle la "transformation des nouvelles connaissances en usages instrumentaux ou conceptuels au sein d'un schème d'action".

L'appropriation de nouvelles connaissances sera opérationnelle lorsque celles-ci seront utilisées pour résoudre un problème, éclairer une situation particulière ou faciliter une décision. Pour cela, les connaissances acquises ne sont pas seulement transposées, elles nécessitent une transformation, une adaptation ou une reformulation pour s'adapter par exemple aux problèmes posés.

Par ailleurs, l'apport de nouvelles connaissances dans une organisation peut comme nous l'avons déjà évoqué provoquer des tensions entre les savoirs des personnes composant l'organisation et ceux de la personne nouvellement formée. Ceci est illustré dans la pratique dans le cas où un seul agent suit une formation. À son retour, il peut être fortement tenté d'utiliser ses savoirs antérieurs, du fait de la pression du groupe à ne pas vouloir changer ses pratiques.

Plusieurs facteurs décrits par Louis TOUPIN sont mis en jeu lorsqu'une organisation entreprend de se transformer en utilisant de nouvelles connaissances : la mobilisation, la recomposition des identités, la stylisation des pratiques, les impacts des nouvelles connaissances.



**La mobilisation** : La transformation de nouvelles connaissances dans la pratique suppose l'acceptation des membres de l'organisation (cadres, équipes) de mobiliser le nouveau potentiel d'un ou de plusieurs de leur membre. L'adhésion sera d'autant facilitatrice du réinvestissement qu'elle aura lieu dès la phase d'élaboration du plan de formation.

**La recomposition des identités** : L'acquisition de nouvelles connaissances peut agir sur la composition des identités sociales et professionnelles de l'organisation. En effet, par l'acquisition de nouveaux savoirs, les personnels peuvent développer un degré plus élevé d'autonomie. Celle-ci peut entrer en conflit avec l'image perçue par les autres personnes avant la formation, ce phénomène peut être l'objet de rapport de force dans l'équipe.

**Les impacts de nouvelles connaissances** : Elles peuvent être dans une organisation des indices importants de qualité ou de non-qualité pour celle-ci. Dans la pratique, le taux de satisfaction des patients après une formation à l'accueil est un des exemples possibles.

## 2-2 L'évaluation des effets de la formation :

### 2-2-1 Contexte général de la formation :

L'organisation de la formation continue dépend de plusieurs paramètres (taille, contrainte, budget, climat social, orientations stratégiques...).

La gestion de la formation s'intègre dans un contexte plus large que représente la gestion des ressources humaines avec comme objectif d'assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins des patients et les ressources humaines.

Le champ d'intervention de la gestion des ressources humaines recouvre le développement des performances, la formation continue et l'évaluation des performances au même titre que la gestion prévisionnelle des emplois ou la définition des postes et des fonctions au service de la qualité des soins.

La réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991, dans son article L.710-4 fait obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment de la mise en place d'une *"politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du patient"*.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée l'oblige à l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et l'orientation des établissements de soins vers des démarches qualité.

L'approche de la qualité par sa finalité (service rendu) serait trop restrictive, car la qualité finale ne vaut que par la qualité du processus de prestation de service. Il est donc nécessaire de prendre en compte le chaînage de toutes les activités qui participent à la prestation. Lorsque l'on évoque la qualité de la formation, des notions comme évaluation, accréditation, assurance qualité apparaissent. Elles ont toutes en commun, le souci de tendre vers l'optimisation de la formation.

### **2-2-2 Formation et amélioration continue de la qualité :**

La démarche d'amélioration continue de la qualité doit intégrer le principe que toute activité dans un établissement peut être décrite sous la forme d'un processus par rapport à un objectif à réaliser. Au sein de ce processus, il est possible d'identifier de nombreuses étapes, constituées elles-mêmes d'une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs. L'étude du processus en situation réelle nécessite donc l'implication de toutes les catégories professionnelles concernées et conduit obligatoirement à une approche transversale de l'organisation

Le système d'assurance qualité décrit par D. FROMENTIN revient à :

- formaliser l'existant, c'est à dire écrire les organigrammes fonctionnels et hiérarchiques, définitions de fonction, procédures,.....,
- appliquer ce qui est écrit,
- enregistrer ce qui est réalisé et les résultats obtenus (traçabilité),
- suivre (indicateurs, tableaux de bord) et évaluer (audits) ce qui est fait et les résultats obtenus,
- améliorer en permanence la qualité par la mise en place des actions préventives et correctives nécessaires.

L'amélioration continue est bien au centre de ce dispositif et le lien avec l'accréditation réside dans la définition même de cette procédure.

A ce titre, le service de soins infirmiers est responsable de la qualité des soins et de la mise en évidence de la pertinence de l'allocation des ressources humaines et des matériels. Il a donc entre autres choses besoin d'outils de mesures pour évaluer les effets de la formation, c'est à dire l'évolution des pratiques de travail à laquelle la formation continue contribue en partie.

Le manuel d'accréditation<sup>6</sup> fait apparaître certaines étapes essentielles du processus d'élaboration du plan de formation des établissements :

- ◆ l'identification des besoins individuels en formation (GRH.8) des agents par l'intermédiaire d'un entretien annuel (GRH.7.a – GRH.7.b) effectué entre chaque membre du personnel et l'encadrement au travers de procédures périodiques d'évaluation (référence 7 GRH),
- ◆ la mise en place d'un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels ( GRH.8.b ).

---

<sup>6</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des établissements de Santé (A.N.A.E.S.) – *Manuel d'accréditation des établissements de santé* – février 1999.

### 2-2-3 Formation et évaluation

L'évaluation concerne l'ensemble de l'activité hospitalière, celle concernant la formation continue peut améliorer son fonctionnement. Elle est une aide pour apprécier la portée concrète des actions de formation. Tout en étant conscient qu'il n'est pas possible de tout évaluer de la même façon, il sera utile de faire des sélections.

La réussite et la qualité de l'évaluation dépendent du degré de précision de ses objectifs, la méthode n'étant qu'une résultante. L'évaluation doit ainsi répondre à deux conditions : une démarche finalisée et des enjeux clarifiés.

IL s'agit entre autres, d'apprécier dans quelles mesures les comportements professionnels dans les situations de travail ont été modifiés par la formation par rapport aux objectifs fixés initialement.

Par ailleurs, la notion de résultats est à considérer selon plusieurs approches :

- professionnelles : dans quelles mesures la formation est-elle réinvestie ?
- institutionnelles : les objectifs sanitaires, sociaux ou économiques sont-ils atteints ?
- pédagogiques : la qualité de la formation a-t-elle correspondu aux attentes ?

Nous explorerons les deux premières notions.

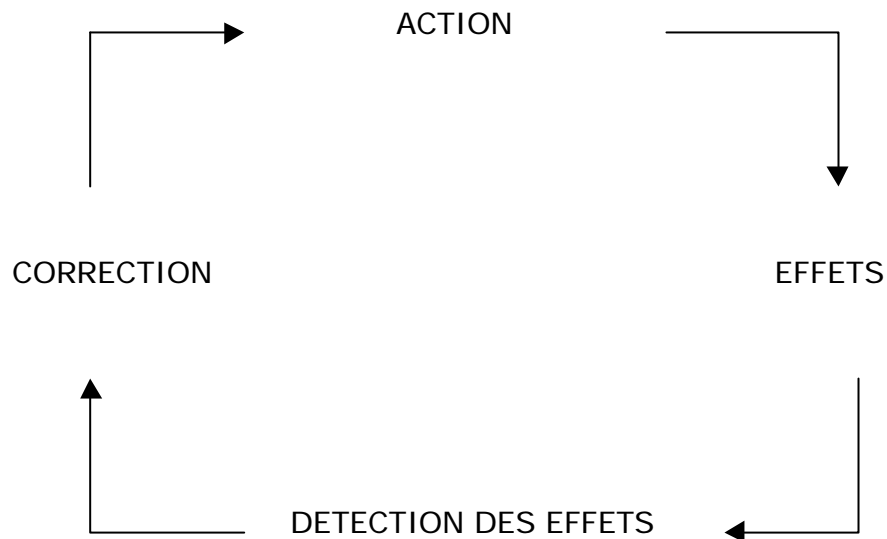
Nous reprendrons ici, l'idée développée par Joël DE ROSNAY<sup>7</sup> sur la notion de rétroaction négative (feed back) :

*"pour contrôler une action finalisée (c'est à dire orientée vers un but), la circulation de l'information nécessaire à ce contrôle doit former une boucle fermée permettant d'évaluer les effets de ces actions et de s'adapter à une conduite future grâce aux performances passées".*

---

<sup>7</sup> DE ROSNAY Joël, *Le macroscopie vers une vision globale*, Edition du seuil, 1975.

Ce principe peut être schématisé de la manière suivante :



L'évaluation des effets de la formation, c'est aussi répondre à la question : la formation a-t-elle permis d'atteindre les objectifs individuels et collectifs fixés ? La formulation des objectifs peut être exprimée en terme de performance à l'aide de critères tels que par exemple le taux de fréquence d'infection nosocomiale ou en terme de résultats par la formulation d'indicateurs associés aux objectifs.

La difficulté réside dans le fait que la formation n'est pas le seul paramètre explicatif du résultat. Cette notion, de nature à limiter l'ambition de mesurer les effets de la formation, est l'une des causes majeures du "sous- développement" des pratiques d'évaluation.

La problématique de l'évaluation, au vu de mon expérience, repose sur deux approches qu'il est important de différencier :

- les actions de formations visant clairement une amélioration de performance à court terme. Il s'agit des actions de perfectionnement d'un agent dans son poste de travail ou des actions de formations collectives cherchant à obtenir un résultats précis dans une performance d'ensemble (ex : manutention des malades avec des critères de résultats comme la baisse du taux de lombalgies chez les soignants).
- Les actions de formation accompagnant une transformation plus globale (transformation d'un métier) pour lesquelles il est méthodologiquement impossible et managérialement vain de chercher, après coup, à isoler l'impact spécifique de la formation.

Dans le premier cas, la mesure des effets est plus facilement réalisable, l'objectif étant clairement défini avec des résultats mesurables par des indicateurs physiques. Il ne s'agit pas non plus d'occulter le fait que la formation n'est qu'un moyen pour obtenir le résultat et que la réussite de l'action nécessite des actions d'accompagnement. Le cadre de proximité a un rôle à jouer à ce niveau, et notamment dans l'organisation souhaitable ou la mise en œuvre de conditions matérielles utiles à l'atteinte de l'objectif fixé. Dans ce cas l'évaluation peut également porter sur l'existence ou non de ces mesures d'accompagnement.

### **3- LES ACTEURS DANS LE PROCESSUS DE LA FORMATION CONTINUE :**

L'organisation de la formation continue s'inscrit dans une organisation plus large et complexe qui est celle de l'hôpital.

Nous retiendrons comme définition applicable à l'hôpital, celle de E. FRIEDBERG<sup>8</sup> qui énonce que les organisations sont "*des ensembles humains formalisés et hiérarchisés en vue d'assurer la coopération et la coordination de leurs membres dans l'accomplissement de buts communs*".

#### **3-1 Le chaînage des acteurs**

La théorie du "chaînage des acteurs" développée par Alain MEIGNANT est centrée sur l'idée que "*la réussite d'une politique de formation ne résulte pas du seul professionnalisme du responsable de formation mais de la solidité et de la qualité des liens qu'il entretient avec les autres acteurs*".

Sur la base d'un schéma (voir page 26) sur la représentation du chaînage, nous pouvons relever dans ces liens plusieurs niveaux :

- le chaînage opérationnel,
- la zone de sécurité de fonctionnement,
- la zone d'innovation stratégique.

Nous tenterons de développer chacun de ces niveaux en appliquant cette théorie au fonctionnement des acteurs du service infirmier, dans le cadre de l'élaboration du plan de formation des personnels du service de soins infirmiers.

---

<sup>8</sup> FRIEDBERG E. "*La réflexion n'est pas contradictoire avec l'action*", Sciences Humaines n°30, juillet 1993, p.19



### **3-1-1 Le chaînage opérationnel**

Le cadre infirmier supérieur est considéré au niveau d'un secteur comme étant responsable du plan de formation de ce secteur. Il fonctionne à ce niveau dans le triangle constitué par lui-même, les personnels et les cadres Infirmiers du secteur. La clarté et la précision des objectifs de ce secteur, liés aux projets d'évolution ou aux performances individuelles et collectives découleront de la qualité des liens entre ces différents acteurs.

Les besoins liés à l'activité du service pourront être identifiés et traités par le cadre infirmier en commençant par l'exploitation des entretiens annuels réalisés avec le personnel. En ce qui concerne le rôle du cadre infirmier supérieur, il se situe dans le recensement et la validation des besoins au niveau du secteur sous sa responsabilité.

Par ailleurs, le chaînage avec l'infirmier général permettra la cohérence entre la politique de formation des personnels du service de soins infirmiers. et de la politique de gestion de ressources humaines.

### **3-1-2 La zone de sécurité de fonctionnement**

La relation privilégiée décrite précédemment n'a de sens, que si elle est cohérente avec une politique de secteur. Le plan de formation ne peut gagner en qualité que s'il est articulé avec les plans de secteur.

A ce niveau, le chaînage doit inclure deux partenaires supplémentaires, d'une part la direction qui détient les clés de la cohérence de l'ensemble des plans de secteur traduit dans le plan de formation du service de soins infirmiers, (dans notre cas il s'agit de l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers), et d'autre part des instances représentatives.

La zone de sécurité et de fonctionnement est délimité par ce qui est appelé le losange relationnel constitué du D.S.S.I., du responsable de formation, du C.I.S. et du C.I. Ce losange relationnel est celui qui donne à la politique de formation du service infirmier une cohérence avec les objectifs de performance et les priorités des secteurs.

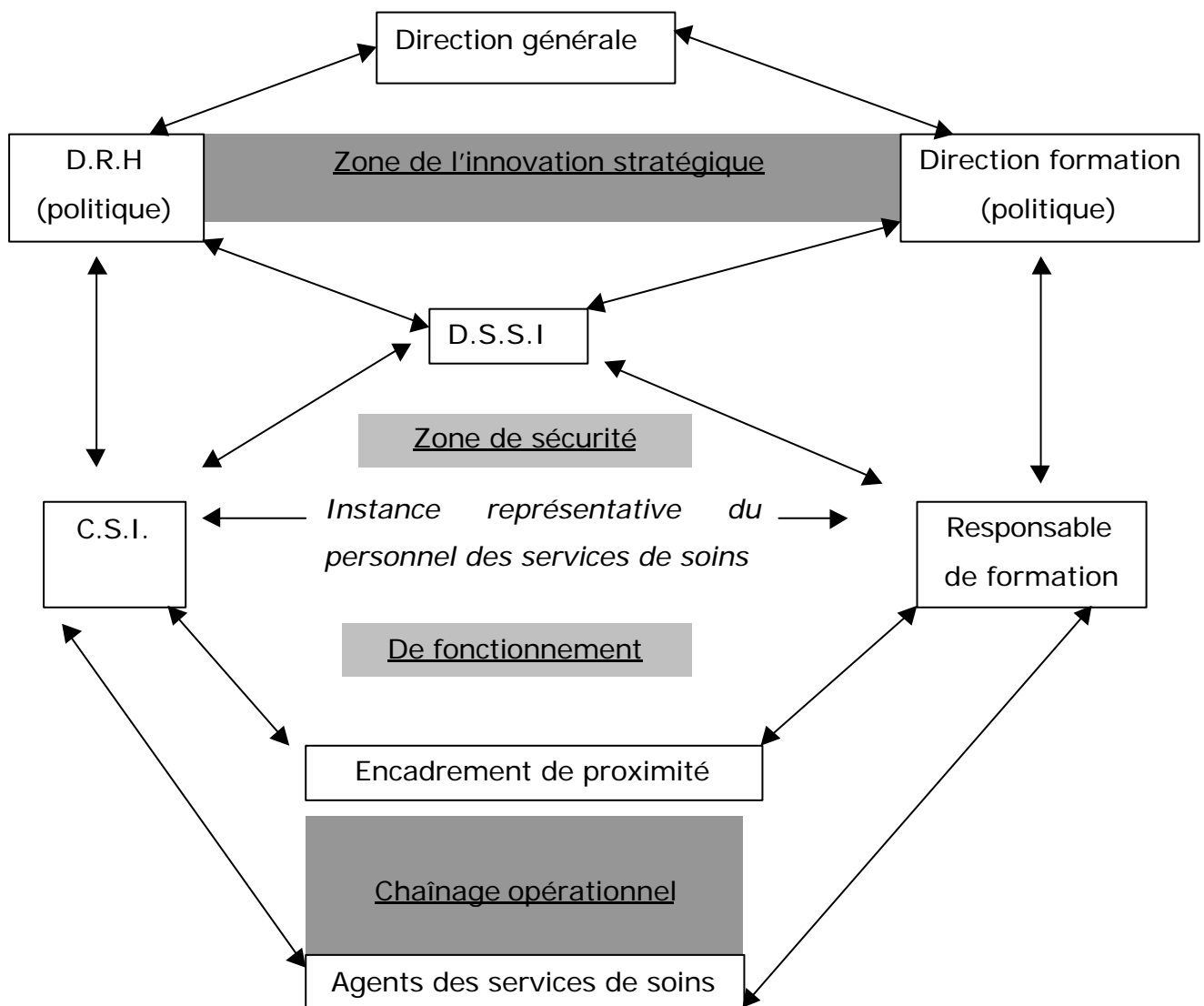
Le fonctionnement du service se prévoit en général à court ou moyen terme, de ce fait, les stratégies à long terme ne seront pas définies à ce niveau mais dans ce qu'appelle A. MEIGNANT la zone de l'innovation stratégique.

### 3-1-3 La zone d'innovation stratégique

La recherche de stratégies à long terme suppose un chaînage supplémentaire entre les différents acteurs.

Les cadres infirmiers supérieurs seront associés à la réflexion et à la décision stratégique à moyen et court terme. Il apparaît essentiel que les innovations réfléchies au niveau précédent soient validées par la direction générale.

Ce concept peut être représenté de la manière suivante inspirée d'un schéma d'Alain MEIGNANT<sup>9</sup> intitulé "le chaînage des acteurs".



<sup>9</sup>MEIGNANT Alain, *Manager la formation*, Editions Liaisons, 1997 p.113.

## **3-2 Management de la formation des personnels des services de soins**

### **3-2-1 Du rôle et des fonctions des acteurs impliqués dans une mise en réseau**

L'ambition est que l'ensemble des acteurs concernés soit impliqué efficacement en utilisant des outils les plus performants. Mais le véritable problème réside pour les responsables des ressources humaines, quel que soit leur positionnement dans l'établissement, de choisir les moyens les plus pertinents pour faire progresser l'ensemble des acteurs progressivement vers la réalisation de cette ambition.

Il s'agit là, d'un but à atteindre à long terme, d'où la nécessité de construire des étapes pour permettre de passer de l'intention aux actes et pour constituer de réels liens entre les acteurs et les outils autour d'objectif à réaliser.

Cependant, les auteurs s'accordent pour dire que la constitution de ce réseau appelé "chaînage" est un élément *sine qua non* du succès mais l'importance de ce réseau ne signifie pas qu'il est en lui-même la garantie du succès. En effet dans la pratique, l'accumulation de groupe de pilotage ou de groupe projet n'a jamais produit en elle-même des résultats positifs. Il est donc incontournable d'y introduire une valeur ajoutée sous la forme d'une définition claire des objectifs, des concepts et des méthodes de travail.

### **3-2-2 L'appropriation de son devenir dans l'analyse des besoins des personnels :**

L'aide apportée par le cadre, à cette étape, est centrée sur l'importance de l'approche relationnelle entre l'agent et lui. Cette démarche est abordée par Claude LEVY et LEBOYER<sup>10</sup>

Il s'agit d'abord de repérer les éléments importants dans son parcours professionnel comme la connaissance de soi et la prise de conscience de ses aptitudes.

Ensuite, de la nécessité de rendre les personnels, acteurs de leur devenir professionnel, en les amenant à construire eux- même leur orientation. Il s'agit là, de les amener à s'approprier leur devenir. De ce point de vue, la méthodologie utilisée pour l'élaboration du projet devient plus importante que le projet lui-même.

---

<sup>10</sup> LEVY et LEBOYER (Claude) – *La gestion des compétences* – Editions d'Organisation – 1996.

### **3-2-3 Repérage des occasions d'acquérir de nouvelles compétences**

Le développement des compétences est une préoccupation majeure pour les hôpitaux, le recensement des occasions d'acquérir de nouvelles connaissances permet de les classer en cinq catégories :

- Un projet nouveau à mettre en œuvre,
- Une situation qui pose problème et qu'il faut donc améliorer,
- Une responsabilité d'une nouvelle activité qui peut être une mission spécifique ou la mise en œuvre d'une nouvelle collaboration,
- Un passage d'un poste à un autre et qui fait appel à de nouvelles façons de travailler,
- Un accroissement de ses fonctions actuelles.

## **4- PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES :**

### **4.1 Problématique**

L'objet de notre questionnaire porte sur l'optimisation de la formation continue dans les établissements de santé. En effet, dans notre pratique, nous repérons un certain nombre d'inadéquation dans l'organisation de la formation. Je développerai celles qui concernent les personnels soignants des services de soins en m'interrogeant successivement sur :

- L'inadéquation entre les aspirations personnelles et les besoins de l'institution,
- La non reconnaissance et la non valorisation des potentiels des personnels après le retour des formations,
- Le manque de prévision du transfert des acquis des personnels dans les situations de travail,
- L'absence d'évaluation des retombées de la formation,
- La dynamique développée entre les différents acteurs autour de la formation.

L'inadéquation entre les aspirations personnelles et les besoins de l'institution maintient la formation dans sa fonction première qui était celle de répondre aux besoins individuels des agents. Elle est aussi un outil d'amélioration de la qualité du service rendu par l'établissement. Or, comment répondre à cet objectif si nous ne prenons pas suffisamment en compte les besoins de l'institution lors de l'élaboration des demandes de formation ?

La formation permet à chaque agent d'enrichir ses connaissances et d'améliorer ses compétences pour une meilleure adaptation au poste de travail, tout en répondant aux attentes du service ou du secteur. Toutefois, les moyens mis en œuvre ont pour objectifs de produire des effets concrets et il paraît normal que les retombées de la formation se manifestent au niveau des unités de soins par des changements au niveau des pratiques et des comportements.

Nous sommes en droit d'attendre une exploitation des acquis en situation de travail avec pour finalité l'amélioration des soins et des organisations au bénéfice du patient.

Or, dans la pratique il est surprenant de constater que les retombées de certaines formations sont inexistantes ou peu perceptibles.

La formation ne correspond pas au projet du service et dans ce cas les attentes en terme d'organisation n'ont sans doute pas été abordées au moment de l'élaboration du plan de formation.

L'agent qui revient de formation se confronte à une équipe qui ne veut pas changer ses habitudes. Dans ce cas, le réinvestissement de la formation dans l'organisation entraîne un risque de déséquilibre du système en place. En effet, toute personne après une formation va arriver dans le service avec de nouvelles connaissances et compétences et donc va venir implicitement venir «bouger» ce qui existe et mettre en déséquilibre le fonctionnement existant. Ce risque de déséquilibre peut conduire à des résistances aux changements soit de la part des collègues de l'agent formé, soit de la part de l'agent lui-même par crainte de se mettre en avant.

Le besoin de maintenir ou de retrouver l'équilibre du système nécessite de trouver une synergie, autrement dit, une cohésion et une cohérence dans l'équipe et dans leur projet.

La difficulté de maintenir la cohésion entre le fait de se centrer sur l'organisation du travail et en direction des personnes, est un des éléments de la problématique de la formation auxquelles sont confrontés les responsables des services et de l'institution.

En effet, si les responsables sont centrés sur l'organisation du travail, il y a risque de perte du dynamisme de l'ensemble renforcé par la rigueur de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. S'ils sont centrés en direction des personnes, il y a dans ce cas création d'une dynamique mais sans les moyens de régulation que donnent les orientations de la gestion des emplois. Il y a alors un foisonnement d'initiatives non finalisées dont la traduction la plus courante est le «catalogue» de formation.

Nous constatons également que la formation est parfois utilisée comme solution de facilité en faisant ainsi consciemment ou inconsciemment, faire l'économie d'une analyse de situation et de recherche d'autres solutions, celles-ci pouvant être plus exigeantes ou plus contraignantes.

Généralement, dans les hôpitaux, une méthodologie d'élaboration du plan de formation continue est formalisée et mise en œuvre. La difficulté rencontrée est de passer de cette méthodologie à l'appropriation de celle-ci par l'encadrement et les équipes. La problématique se situe là dans la mobilisation et l'implication de chacun des acteurs pour optimiser la formation continue de la détermination des besoins, jusqu'à la décision de l'action de formation retenue pour atteindre l'objectif visé. L'optimisation se situe jusqu'au réinvestissement dans l'organisation, et en situation de travail.

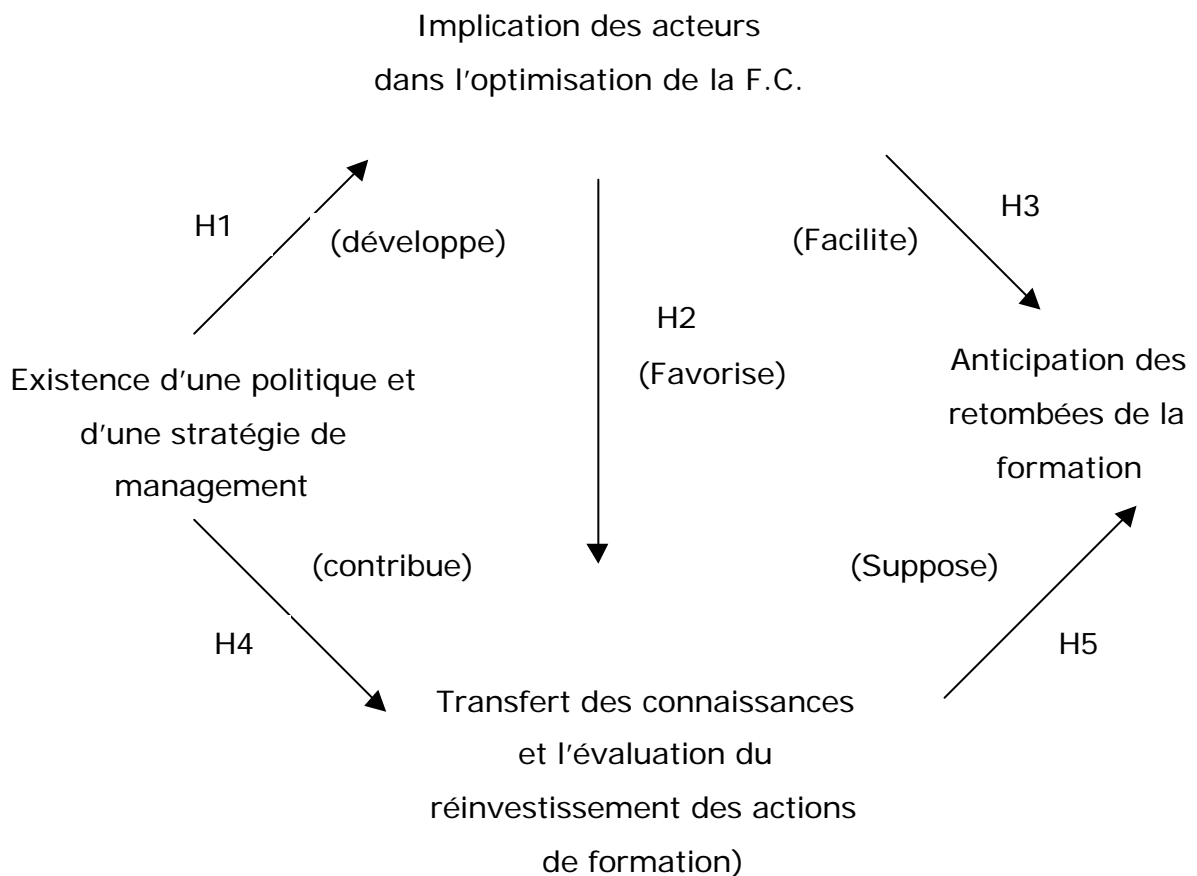
L'infirmier général en tant que responsable de la qualité des soins infirmiers est directement impliqué dans la démarche consistant à ce que les acquis deviennent des compétences reconnues. Cette démarche demande évidemment la collaboration des différents acteurs dans la conduite et la dynamique de projet.

## 4.2 Hypothèses

Au vu de la problématique exposée, nous proposons l'hypothèse suivante :

**Le type de management de l'infirmier général conduit auprès des cadres favorise l'optimisation de la formation et particulièrement son réinvestissement dans les situations de travail.**

Nous pouvons décliner des sous hypothèses schématisées dans l'illustration suivante :



## **DEUXIEME PARTIE : ENQUETE, RESULTATS ET ANALYSE**

### **1- METHODOLOGIE ET TERRAINS D'ENQUETE :**

#### **1-1- La démarche méthodologique :**

Nous avons choisi d'enquêter dans deux établissements auprès de deux types de population de professionnels :

- Les infirmiers généraux, directeurs du service de soins infirmiers,
- Les cadres de santé (cadres infirmiers de proximité et cadres infirmiers supérieurs).

Les entretiens (annexe 1) devaient permettre d'explorer :

- La prise en compte du transfert des acquis de la formation au moment de l'élaboration du plan de formation,
- L'évaluation du transfert ou du réinvestissement,
- Les éléments favorisant le transfert et les obstacles à celui-ci,
- Le rôle de l'Infirmier Général, Directeur du Service de Soins Infirmiers, Cadre Infirmier et de l'équipe dans ces différentes phases de la population enquêtée.

#### **1-2- Les établissements enquêtés :**

##### **➤ Etablissement A. :**

Ce centre hospitalier, pôle de référence départemental, regroupe l'ensemble de ses prestations sur un même site au cœur d'une ville de 57000 habitants. Cet établissement comprend 1129 lits, 2042 E.T.P. en personnel non médical, 236 E.T.P. en personnel médical. Le service de soins infirmiers est géré par une directrice de soins infirmiers et un infirmier général adjoint, ce dernier étant plus particulièrement responsable de la psychiatrie et de la gériatrie. Les effectifs en personnels d'encadrements des services de soins se répartissent en 11 Cadres infirmiers supérieurs et 44 Cadres de santé.



Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans la démarche qualité de l'établissement. L'objectif général du projet est de garantir la qualité des soins, notamment par "l'adaptation des compétences des acteurs soignants aux postes de travail et par la formation continue". L'implication des cadres y est fortement développée. Avant l'élaboration du plan de formation, les objectifs de l'établissement en matière de formation sont adressés aux cadres par le Directeur des Ressources Humaines, accompagnés d'une note portant sur la procédure de recueils des besoins ainsi que les supports (annexe n°2 et n°3) pour formaliser ces derniers.

➤ Etablissement B. :

Ce centre hospitalier répond aux besoins en santé mentale de la population de cinq secteurs de psychiatrie adulte d'environ 71000 habitants chacun et deux intersecteurs de pédopsychiatrie. Le nombre de lits et places autorisés est de 583 lits et 418 places. L'établissement comprend 990 personnels non médicaux et 57 personnels médicaux. Le service infirmier est géré par un infirmier général, directeur du service de soins infirmiers, en collaboration avec un infirmier général.

Dans le cadre du projet d'établissement, les orientations pluriannuelles de formation continue font l'objet d'un document remis aux cadres au moment de l'élaboration du plan de formation.

Le projet du service de soins infirmiers intègre entre autres comme axe, la formation continue. Un chapitre est consacré à la conception du rôle des acteurs du service de soins infirmiers. La formation est abordée au travers de l'idée que les infirmiers doivent fonder leur pratique sur des compétences individuelles de groupe. La formation personnelle est considérée comme moyen pour parfaire la compétence relationnelle des infirmiers ou pour les accompagner dans le changement d'un savoir-faire technique comme par exemple les "techniques susceptibles d'être un support à la médiation dans la relation avec le malade". Il est par ailleurs rappeler les devoirs pour les infirmiers d'actualiser et de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences. Dans le chapitre consacré aux propositions d'actions du service de soins infirmiers, apparaît une analyse de la formation au sein du service de soins infirmiers : points forts, points faibles, objectifs, actions et moyens mis en œuvre, résultats attendus (annexe 4).

Cet établissement est engagé dans une démarche de certification de la formation. Par ailleurs, le projet social de l'établissement intègre dans ses objectifs le thème : "projet professionnel individualisé et formation continue" (annexe 5).

Les entretiens, d'environ une heure chacun, ont été conduits sur les deux sites auprès de 16 personnes réparties de la façon suivante :

<b>Fonction</b>	<b>Etablissement A.</b>	<b>Etablissement B.</b>	<b>Total</b>
Infirmier général	1	1	2
Cadre infirmier supérieur	5	2	7
Cadre infirmier	6	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

### **1-3 Les limites de l'enquête :**

Le nombre de personnes rencontrées et d'établissements constituent en lui-même une limite à la recherche. L'échantillon de la population très restreint ne permettra pas de généraliser les résultats. Dans ces conditions, ce travail est à situer dans un cadre exploratoire. Néanmoins, il nous permettra d'extrapoler des tendances pour tirer des conclusions pour notre projet d'action.

Par ailleurs, la disparité du nombre d'entretien entre les deux établissements ne nous permet pas d'effectuer une étude comparative.

### **2- Résultats et analyse**

Les réponses seront traitées par grade dans les deux établissements confondus. En premier lieu, nous présenterons les résultats des entretiens par grade pour les deux établissements confondus et par établissement. En second lieu, nous effectuerons un croisement des réponses par secteur d'activité pour percevoir l'existence ou non d'une dynamique et d'une cohérence par rapport au processus de formation

Les résultats des entretiens s'articulent autour de six points :

- ♦ Le processus d'élaboration du plan de formation
- ♦ La prise en compte du réinvestissement dans l'élaboration du plan de formation,
- ♦ L'implication des acteurs dans l'élaboration du plan au moment du réinvestissement,
- ♦ Les facteurs facilitant le réinvestissement,
- ♦ Les obstacles aux réinvestissements,
- ♦ L'évaluation du réinvestissement.

### **2-1 Le processus d'élaboration du plan de formation**

Le plan de formation fait l'objet d'une méthodologie d'élaboration dans les deux établissements.

L'établissement A :

Les objectifs d'établissement en matière de formation continue sont diffusés aux cadres des services. Conjointement, leurs objectifs de service sont élaborés, ceux-ci sont validés lors d'une phase de négociation entre l'infirmier général, le cadre infirmier supérieur et le cadre infirmier. Ensuite les besoins et les actions de formation sont déterminés au sein des services avant d'être proposés à une commission de formation.

L'établissement B :

Il décide de développer une stratégie axée sur l'amélioration de la qualité de la procédure de formation. Une action de mobilisation est engagée, par la Direction des Ressources Humaines, autour de la mise en œuvre d'une politique de démarche de qualité en matière de formation continue.

Dans ce cadre, depuis deux ans, la Direction des Ressources Humaines a mobilisé l'ensemble de l'encadrement autour de l'entretien annuel d'évaluation, celui-ci intégrant pour une part, le recensement des besoins individuels de formation de l'agent.

## **2-2 La prise en compte du réinvestissement au moment de l'élaboration du plan de formation,**

Concernant cette question, et avant d'explorer les réponses, il faut préciser que dans l'établissement A., deux documents (annexe n°1 et n°2) élaborés par la direction des ressources humaines sont remis aux cadres, afin de les aider à formaliser les demandes de formation.

L'encadrement est invité à renseigner entre autres les rubriques suivantes :

- ◆ Indicateurs de réinvestissement
- ◆ Quels résultats attendez-vous pour votre service ?

Cette dernière rubrique est expliquée de la façon suivante aux cadres dans un guide d'utilisation :

"Aide à exprimer comment vous allez utiliser les apports de la formation sur le terrain"

"Permet aux responsables des services de préciser les améliorations escomptées à l'issue de la formation".

Majoritairement, les attentes relatives aux réinvestissements des formations ne sont pas formalisées au moment de l'élaboration du plan de formation (10/14).

Dans l'établissement "A.", 3 personnes sur 9 répondent que les attentes sont formalisées et font référence aux documents cités plus hauts. Dans l'établissement "B" pour les 3 personnes interrogées, les attentes ne sont pas formalisées mais parfois discutées.

Par ailleurs, des indicateurs de réinvestissement sont élaborés pour 5 personnes sur 14.

## 2-3 L'implication des acteurs

### 2.3.1 Dans l'élaboration du plan de formation

L'analyse des réponses relatives à l'implication des acteurs dans l'élaboration du plan de formation est réalisée à partir des dix rôles des cadres définis par Henry MINTZBERG <sup>11</sup> :

- . rôles interpersonnels, (leader, symbole, agent de liaison ),
- . rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur, porte-parole),
- . rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur).

#### 2.3.1.1. Rôles des cadres infirmiers supérieurs et des cadres infirmiers :

##### **Rôles décisionnels**

Les cadres apportent 18 fois des éléments à classer dans les rôles décisionnels répartis de la façon suivante :

- . rôle "d'entrepreneur" → 10 fois,
- . rôle de répartiteur de ressources → 4 fois,
- . rôle de régulateur → 3 fois,
- . rôle de négociateur → 1 fois.

Les éléments de réponses classés dans le "rôle d'entrepreneur" montrent que les cadres infirmiers supérieurs considèrent qu'ils doivent anticiper sur les évolutions des projets médicaux, déterminer les objectifs prioritaires du secteur, faire le point sur les impacts de la formation (nombre de personnes formées par service, répercussion concrète des formations...) et enfin organiser les rencontres avec les équipes pluridisciplinaires pour échanger sur les axes prioritaires des services.

---

<sup>11</sup> Henry MINTZBERG, *le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, Editions d'organisation, 1984, neuvième tirage 2000.

Le "rôle d'entrepreneur" des cadres est défini par les cadres infirmiers supérieurs comme celui de proposer le projet collectif, d'être coresponsable de l'élaboration du plan de formation, d'assurer le recueil des besoins, de vérifier la pertinence des formations demandées. Mais leur rôle réside également dans l'élaboration des objectifs liés au projet de service et la détermination des orientations qui se dégagent des entretiens individuels d'évaluation.

Ce rôle consiste en la recherche des opportunités dans l'organisation et son environnement, dans la prise d'initiative de projet d'amélioration pour effectuer des changements et dans la supervision de certains projets notamment pour les cadres infirmiers supérieurs. D'un point de vue opérationnel, il s'agit de se consacrer à l'examen de la situation et à l'élaboration de la stratégie et de la conception de projet d'amélioration.

### **Rôles liés à l'information :**

Les cadres ont également apporté 18 fois des éléments à classer dans les rôles liés à l'information répartis de la façon suivante :

- . rôle "d'observateur actif" → 7 fois,
- . rôle "de porte-parole" → 7 fois,
- . rôle "de diffuseur" → 4 fois.

Les éléments de réponses classés dans le rôle d'observateur actif des cadres infirmiers supérieurs montrent qu'ils estiment avoir "une vision large de la formation" et devoir mettre en corrélation les demandes de formation des agents avec les projets des services sous leur responsabilité (3 réponses sur 3).

Dans ce même rôle, les réponses des cadres par rapport à eux-mêmes, leur font recueillir les demandes de formation des personnels (3 réponses sur 5) par notamment l'intermédiaire de l'entretien annuel d'évaluation (1 réponse sur 5) en analysant les manques des agents (2 réponses sur 5).

Par ailleurs, ils sont chargés de rappeler et d'explicitier les objectifs institutionnels et de service (1 réponse sur 5).

Dans ce rôle d'observateur actif, les cadres cherchent et reçoivent une grande variété d'information spéciale, des agents lorsqu'il s'agit de leurs besoins, de l'institution en ce qui concerne les objectifs institutionnels, pour développer une compréhension la plus approfondie possible de l'organisation. Dans le cadre de la formation, ils devront traiter l'ensemble de cette information pour adapter les réponses aux demandes afin de pouvoir atteindre les objectifs visés dans les différents projets.

Les éléments classés dans le rôle de porte-parole reposent, sur la formalisation du plan de formation et notamment la rédaction de deux documents récapitulatifs des demandes (4 réponses sur 4), et sur la transmission des demandes des agents à la direction. Les cadres ont en charges la recherche des organismes.

Dans le rôle de porte-parole, les cadres transmettent à des personnes extérieures à leur service les informations nécessaires sur le plan de formation (projet, objectif, moyen demandé...). Ils servent de référent dans le domaine de la formation pour leur service.

Quelques éléments sont classés dans le rôle de diffuseur. Ce rôle est défini comme la transmission aux membres d'une organisation des informations reçues de personnes extérieures ou de subordonnées.

Dans les réponses, les cadres infirmiers supérieurs abordent, sur ce thème, le fait d'expliquer aux cadres infirmiers la nature des objectifs institutionnels et de faire le lien avec la commission interne de formation chargée de faire les choix de formations. Ils font également référence aux réunions de réflexion organisées autour de la formation des agents.

### **Rôles interpersonnels :**

Les personnes interrogées ont apporté 5 fois des éléments de réponses à classer dans les rôles interpersonnels et seulement dans le rôle de leader.

Les réponses données sont :

- ◆ Le cadre infirmier supérieur doit "sentir les potentialités des agents et les valoriser, (CIS)
- ◆ dynamiser l'équipe à partir des projets et coordonner les projets de l'ensemble des secteurs" (CIS et 1CI).
- ◆ Le cadre infirmier supérieur est "porteur, leader de l'élaboration du plan de formation, il aide et accompagne les cadres et les équipes" (CIS).
- ◆ Le cadre doit coordonner les demandes des agents(1 fois) (CI).

Au vu de ces réponses, nous remarquons que le rôle des cadres comme responsables de la motivation et de l'activation des personnels et en particulier de la formation, est peu valorisé par eux- mêmes.

#### 2.3.1.2. Rôle de l'équipe

Le rôle de l'équipe selon les cadres se situe dans :

- ◆ "L'expression de leurs besoins oralement ou par écrit",
- ◆ "Variables selon les services, le rôle est fonction du type de management du cadre, l'élaboration du plan de formation est donc dans certains services discuté en équipe",
- ◆ "Dans les conseils de service ou en commission de formation ou collègue"
- ◆ "Echange sur le choix des organismes"

### **2.3.2 Par rapport aux réinvestissements**

2.3.2.1. Pour les cadres infirmiers supérieurs, leur propre implication dans le réinvestissement est répartie en trois rôles, celui de leader/incitateur, d'aide méthodologique et de contrôle dans le sens de vérificateur et de suivi de projet.

Le rôle d'aide méthodologique est le plus cité. Il s'agit d'aide à l'élaboration d'outil, à la mise en place de groupe de travail, dans la prévision du réinvestissement au moment de l'élaboration des besoins de formation.

Le rôle de vérificateur ou de contrôle se situerait dans sa participation aux évaluations des formations à "chaud" et à "froid".



#### 2.3.2.2. Pour les cadres infirmiers supérieurs, l'implication des cadres infirmiers

dans le réinvestissement occupe davantage de rôles puisqu'elles se déclinent en cinq rôles dont trois identiques à ceux cités pour eux-mêmes, celui de leader, d'aide méthodologique et de contrôle/vérificateur. Les deux autres rôles sont le pilotage de la réflexion et de "répartiteur des ressources".

En tant que leader, le cadre est alors selon les CIS, incitateur dans, par exemple la restitution à l'équipe, des apports de la formation, il est également en "première ligne" pour discuter la faisabilité du réinvestissement de la formation.

Son aide méthodologique se situe comme pour les CIS dans la mise en œuvre de nouveaux outils comme par exemple l'élaboration d'un guide d'utilisation des transmissions ciblées ou du dossier de soins.

L'organisation de la mise en œuvre de la formation et de réunion ayant pour thème les actions de formations réalisées ou à réaliser font partie de son rôle de pilotage de la réflexion.

En ce qui concerne le rôle de répartiteur de ressources, le cadre est considéré par les CIS comme celui devant donner les moyens aux personnels de mettre en œuvre les réinvestissements de la formation. Concrètement il peut s'agir de moyens matériels (locaux, horaires, gestion de l'organisation...)

#### 2.3.2.3. Pour les cadres infirmiers, leur propre implication repose seulement sur trois

rôles, celui de leader/incitateur, d'aide méthodologique, et de pilotage de réflexion.

En tant que leader, il se considère comme devant être « l'élément moteur, le guide, le repère, celui qui centralise et harmonise la faisabilité du réinvestissement, celui qui fédère les personnels autour des projets.

Son rôle d'aide méthodologique est :

- ♦ de conseiller les agents par rapport à la détermination de leurs besoins en formation
- ♦ d'aider à la mise en œuvre de groupe de travail (ex : transmissions ciblées avec une infirmière référente)
- ♦ d'évaluer par exemple l'utilisation du dossier de soins,
- ♦ de reformuler le projet de service et de faire les liens nécessaires avec les autres projets de l'institution.

Les cadres assurent le pilotage de la réflexion :

- ♦ En organisant les réunions avec comme objectifs l'organisation du réinvestissement - concret dans les situations de travail
- ♦ En organisant les groupes de suivi (préparation, suivi, évaluation)
- ♦ Transmission des informations ascendantes et descendantes
- ♦ Animation de réunion et formulation des orientations du service ou du secteur

## **2-4 Les facteurs facilitant le réinvestissement,**

Les réponses les facteurs favorisant le réinvestissement des formations sont à classer dans quatre rubriques classées par l'importance de fois cité :

- L'implication des cadres (10 fois),
- L'anticipation sur le réinvestissement (7 fois),
- L'existence de projets communs (6 fois),
- L'implication des personnels (4 fois).

### **2-4-1 L'implication des cadres**

L'implication des cadres pour faciliter le transfert des acquis est citée majoritairement par les cadres de proximité (7/8).

Cette implication est considérée nécessaire dans l'accompagnement des agents dans leur projet de formation et notamment pour les aider à :

- à déterminer leurs besoins en formation,
- à formaliser les idées de progression recueillies au cours des entretiens d'évaluation annuelle des agents,
- à situer celles-ci dans les projets institutionnels et de service,
- à maintenir l'implication et la motivation des personnels au retour des formations
- à recentrer l'effort sur la restitution après la formation.

Les cadres sont également vécus comme devant être «porteur des projets et particulièrement de formation» et moteur dans la mise en place du suivi de la formation.

### **2-4-2 L'anticipation sur le réinvestissement**

L'anticipation sur le réinvestissement est citée dans un nombre pratiquement équivalent entre cadres infirmiers supérieurs (3) et cadres infirmiers(4).

- ♦ L'utilisation de l'entretien d'évaluation de l'agent est un des moments privilégiés pour permettre d'imaginer les répercussions sur le terrain à partir des besoins de formation exprimés entre les agents et le cadre. A ce sujet, un cadre cite un contre exemple relatif à la demande d'un infirmier d'effectuer une formation à l'entretien thérapeutique à partir de la théorie systémique alors que cette approche n'apparaît ni dans la pratique ni dans les orientations du service. L'entretien d'évaluation peut ainsi permettre de déterminer les attentes du cadre et de l'agent par rapport à une formation donnée et de préciser le projet qui sous tend la demande de formation.
- ♦ La détermination des résultats attendus au moment de l'élaboration du plan de formation est également un autre facteur cité.
- ♦ La formalisation des retombées de la formation au moment de l'élaboration des besoins de formation

### **2-4-3 L'existence de projets communs**

Les propos exprimés relatifs à l'existence de projets communs (cités 3 fois) comme facteurs favorisant le transfert sont :

- ♦ "une politique définie en concertation avec les cadres par rapport aux besoins identifiés",
- ♦ "l'élaboration du plan de formation du service ou du secteur avec l'ensemble d'équipe pluridisciplinaire afin d'impliquer celles-ci jusqu'au retour de la formation",
- ♦ "l'envoi à une même formation de plusieurs personnes du même service",
- ♦ "un projet médical bien affirmé",
- ♦ "un projet collectif afin d'impliquer l'équipe",
- ♦ "la mise en œuvre d'une dynamique de service pour se situer dans le changement",
- ♦ "l'articulation du plan de formation avec le projet d'établissement et du service",
- ♦ la communication avec les personnels autour de la formation,
- ♦ "l'octroi de moyens adéquats à la réalisation du transfert des acquis".

#### **2-4-4 L'implication des personnels**

Les cadres font référence à l'engagement des personnels dans le projet collectif du service. Ils abordent également la nécessité de rechercher en équipe l'adéquation entre les objectifs prioritaires et les objectifs individuels. Par ailleurs, il pense que la recherche vers une diversité de compétences au sein d'un service doit être possible par la diversité des formations.

#### **2-5 Les obstacles aux réinvestissements,**

L'obstacle aux réinvestissements le plus cité concerne le projet commun du service :

- ♦ Absence de projet commun,
- ♦ Absence d'objectif opérationnel ou leur manque de clarté,
- ♦ Les besoins pour le service mal déterminés,
- ♦ Absence de sollicitation de la part des médecins des nouvelles compétences infirmières, (par exemple en relaxation ou en psychodrame), s'expliquant par un manque de concertation au moment de définir les besoins.
- ♦ Pas ou peu de prise en compte des compétences des agents,
- ♦ Manque de priorisation des formations par rapport au projet de soins ou par rapport à la pratique.

Les autres obstacles cités sont :

- ♦ Le manque de disponibilité et le turn over des infirmiers sont également considérés comme des obstacles (2 fois),
- ♦ Le manque d'implication des cadres (2 fois),
- ♦ Le manque d'implication des personnels et leurs manques de motivation (3 fois),
- ♦ L'absence de mise en œuvre d'évaluation des pratiques (2 fois).

## 2-6 L'évaluation du réinvestissement

Les réponses à la question "comment évaluer le transfert des acquis de formation ?" se regroupent principalement sous trois thèmes :

- la détermination d'indicateurs,
  - l'utilisation de l'entretien annuel d'évaluation,
  - la mise en œuvre de groupe de suivi.
- La détermination d'indicateurs élaborés au moment du plan de formation et/ou dès le retour de formation est le moyen le plus cité par l'ensemble des cadres. Les indicateurs cités au moins une fois sont les suivants :
    - ◆ Nombre de patients bénéficiant d'une nouvelle technique de soins, (ex :arthérapie)
    - ◆ Nombre d'actes infirmiers supplémentaires demandés par les médecins,
    - ◆ Taux des insatisfactions des médecins, des personnels, des patients,
    - ◆ Nombre d'actes infirmiers annuels,
    - ◆ Nombre d'indications médicales par rapport aux nouvelles compétences infirmières,
    - ◆ Taux de satisfaction des patients par rapport à l'accueil, suite à une formation sur ce thème,
    - ◆ Formalisation des réunions de synthèse effectuées suite à la formation.
  - L'utilisation de l'entretien annuel d'évaluation des agents est également considérée comme un moyen pour évaluer le réinvestissement des formations en échangeant sur les apports de la formation suivie et les réalisations concrètes mises en œuvre par l'agent.
  - Le dernier moyen cité par les cadres est la mise en place de groupe de suivi appelé aussi "groupe projet".

Une des missions du groupe pourrait être la construction d'outil suite à une formation. Un exemple cité est celui de l'élaboration d'un support pour recueillir les données suite à une formation aux transmissions ciblées.

Un groupe projet pourrait être également chargé de la mise en œuvre de l'évaluation de l'utilisation du dossier de soins suite à une formation sur ce thème, en élaborant des critères d'évaluation à partir de la grille de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et en effectuant l'évaluation selon un calendrier prédéfini.

L'idée est de responsabiliser les différents professionnels des services par rapport aux projets qui doivent sous-tendre un départ en formation, et de les rendre acteurs dans le réinvestissement de la formation.

## **TROISIEME PARTIE : PROPOSITION D' ACTIONS**

L'optimisation de la formation continue s'intègre dans la politique globale de l'établissement relatif à l'amélioration continue de la qualité. Elle doit s'exercer à toutes les étapes de formation conceptuelle, stratégique et opérationnelle. Chacun en étant responsable à son niveau et en totalité. Elle s'inscrit également dans la démarche d'amélioration de la qualité engagée par les établissements de santé .

Infirmière générale, directrice du service de soins infirmiers, attentive aux questions relatives à la qualité et à l'organisation des soins, j'inscrirai dans mes priorités la question de la formation continue des personnels des services de soins.

La politique à conduire en la matière doit permettre aux personnels des services de soins de développer des compétences et des connaissances pour maintenir ou acquérir un niveau de performance de qualité.

Elle doit ainsi les aider à se positionner face à leurs responsabilités professionnelles au niveau du service et de l'institution.

Je m'attacherai à formaliser :

- la politique de formation du service de soins infirmiers dans le cadre de la politique générale de l'établissement,
- un plan d'action et d'animation, ( expression des objectifs du service de soins infirmiers et des moyens à mettre en œuvre ),
- un plan de communication pour informer les équipes et obtenir l'adhésion du plus grand nombre d'acteurs concernés par la formation continue.

L'analyse de l'enquête nous a permis de conforter les points clés pour favoriser l'optimisation de la formation :

- l'anticipation du réinvestissement,
- l'implication des acteurs dans une organisation en réseau.

A partir de ce constat et des éléments développés dans le cadre conceptuel, il semble que les axes stratégiques permettant d'optimiser la formation continue se situent dans sa contribution à la gestion des ressources humaines de l'institution et dans un management centré sur le décloisonnement des responsabilités.

Après avoir développé ces deux points, je proposerai des plans d'actions sous forme de fiches projets, afin de favoriser le réinvestissement. Ils seront axés sur l'adéquation des services rendus par rapport aux besoins, le processus de décision et sur la visibilité des résultats obtenus.

### **1- La politique de formation et la gestion des ressources humaines :**

La formation continue comme nous l'avons déjà précisé n'est pas une fin en soi et elle ne se justifie donc pas par elle-même, mais elle contribue à un ensemble de gestion et de développement des ressources humaines de l'institution.

Les besoins de compétences nouvelles pour un agent s'adaptant à l'évolution d'un poste ne décrit pas les besoins en formation. En effet, des solutions autres, pour assurer ce poste, peuvent être trouver, en interne (redéploiement ) ou en externe ( recrutement ).

Par ailleurs, des interrogations porteront sur les besoins de formation et la gestion individuelle et collective des ressources humaines :

- l'agent en poste a - t'il besoin de formation pour se perfectionner ?
- des besoins collectifs peuvent-ils être identifiés ?
- la situation de travail sera dans quel état à terme si aucune action n'est menée ?

Donc, la gestion des compétences sera d'agir simultanément sur le développement des connaissances individuelles, sur la valorisation des acquis et sur l'organisation du travail pour que les personnes soient effectivement à même d'exercer cette compétence. Autrement dit, développer une compétence des personnels, c'est s'assurer la cohérence et la "solidarité" d'un ensemble centré sur l'organisation du travail et dans la direction des personnes.

En effet, nous avons abordé dans la problématique ces deux points à prendre en compte par l'infirmier général pour développer des axes d'actions ou de progrès dans la mesure où :

- si son action est centrée sur l'organisation du travail, il y a risque de perte du dynamisme d'ensemble ,
- si son action est centrée dans la direction des personnes, il y a dans ce cas, d'une part, la création d'une dynamique mais sans les moyens de régulation relatifs à la gestion des emplois et d'autre part, le développement d'initiatives non finalisés dont la traduction est le « catalogue » de formation.



Concrètement, cela veut dire qu'avant la formation d'un agent, doit exister une validation d'un nouveau savoir faire dont les composantes se déclinent de la manière suivante :

- qu'est-ce que l'agent est capable de réaliser et quelles sont ses connaissances ?
- qu'est-ce qu'il met en œuvre dans sa pratique ?
- qu'est-ce qui est validé et reconnu par le service et /ou par l'institution ?

C'est dans ce positionnement plus large de la gestion des ressources humaines que va s'inscrire le rôle de l'infirmier général, au niveau du service de soins infirmiers.

La formation n'a de sens que par l'obtention de résultats. En effet, la rigueur appliquée à la formulation de la politique de formation, des plans annuels ou pluriannuels ou aux choix pertinents des méthodes d'analyse des besoins, se confronte aux résultats obtenus dans les situations de travail, en terme de changement dans l'organisation ou dans les comportements.

Les actions à conduire par l'infirmier général entre autres visent la mise en œuvre et à l'évaluation des résultats. Or, ces deux procédures ne peuvent pas être imposées par une hiérarchie du fait même des attentes et des stratégies individuelles qui y sont liées. Aussi, des précautions, en terme de méthodologie, sont à prendre afin d'obtenir un maximum d'adhésion et de participation aux démarches entreprises.

## **2- Le management par le découplage des responsabilités :**

La formation doit être traitée le plus près possible de l'endroit où se pose le problème de compétence. Cela suppose l'implication prioritaire des acteurs du service à savoir des personnels soignants et du cadre de proximité.

Chacun à son niveau de responsabilités, ils seront concernés par les objectifs, qui seront d'autant mieux atteints que ces acteurs fonctionneront en réseau selon le principe du chaînage abordé dans la première partie.

Il conviendra aux différents niveaux de responsabilités, infirmier général, cadre infirmier supérieur ou cadre infirmier de manager la formation au sens de la définition de A. MEIGNANT :

*« Manager, c'est analyser ou aider les personnels à analyser des situations et des ressources, gérer des réseaux relationnels, prendre ou proposer des décisions de politique et de réalisation en optimisant les ressources allouées, mettre en œuvre et assurer un suivi quantitatif et qualitatif, analyser les résultats et rendre compte aux décideurs. »*

### **2-1 la décentralisation opérationnelle :**

L'implication de l'ensemble des acteurs concernés doit se concevoir dès l'élaboration du plan de formation jusqu'à l'évaluation des retombées de la formation dans les situation de travail. Elle suppose un fonctionnement centré sur la communication entre professionnels aux fonctions différentes, mobilisés autour d'objectifs communs.

Le découplage des responsabilités et l'organisation d'un travail supposent une définition préalable de règles de fonctionnement en matière de gestion de la formation.

Ces règles de fonctionnement seront formalisées sous forme de matrices de répartition des activités et des pouvoirs de décisions. Ces matrices déterminent le niveau de responsabilité, de participation, d'information et de décision de chacun des acteurs en fonction des étapes du processus choisis (avant pendant et après la formation ).

	PARTICIPE	EST INFORME	COORDONNE et ANIME	VALIDE
Identification des besoins individuels et collectifs	Tout le service,( en réunion et en entretien individuel)	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Détermination des objectifs de service	Tout le service	L'infirmier général et le directeur des ressources humaines	Le cadre infirmier et le cadre infirmier supérieur	L'infirmier général
Formulation des objectifs opérationnels de formation	Le cadre infirmier et le ou les agents concernés par l'action de formation	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Détermination des résultats attendus	Le ou les agents concernés par l'action de formation et l'équipe si elle est impliquée dans l'atteinte des résultats	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Détermination des indicateurs de résultats	Le ou les agents concernés par l'action de formation et l'équipe si elle est impliquée dans l'atteinte des résultats	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Suivi et facilitation des résultats	Le cadre infirmier du service	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Détermination des moyens pour mesurer les résultats	Le ou les agents concernés par l'action de formation et l'équipe si elle est impliquée dans l'atteinte des résultats	L'équipe pluridisciplinaire du service	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Evaluation des résultats	Le cadre infirmier ,le responsable qualité et les acteurs concernés	L'infirmier général et le responsable formation	Le cadre infirmier	Le cadre infirmier supérieur
Diffusion des résultats	Equipes pluridisciplinaires,	Infirmier général, responsable formation, instances pour certains résultats	Cadre infirmier et responsable qualité	Cadre infirmier supérieur

Comme le montre ce tableau, la mobilisation de l'encadrement est essentielle au bon déroulement des différentes étapes du processus de formation, des retombées de la formation et de son évaluation. Son rôle est primordial pour maintenir la qualité et l'efficacité de la communication entre les différents professionnels, de leur implication et de leur appropriation de la méthodologie.

Si piloter la formation nécessite l'existence d'une bonne décentralisation opérationnelle, elle suppose également une forte centralisation stratégique. Autrement dit, plus on décloisonne l'analyse des problèmes et leur traitement, plus il est important de maintenir la cohérence d'ensemble, celle-ci étant assurée par les objectifs mais également par les règles de fonctionnement évoquées ci-dessus.

## **2-2 La centralisation stratégique de la formation**

La centralisation stratégique nécessite de maintenir la cohérence d'ensemble et suppose de la part de l'infirmier général un contrôle à l'aide d'outils qui peuvent être :

- tableau de bord de suivi,
- règles de fonctionnement,
- audits périodiques,
- développement du professionnalisme de réseau.

Mais, la multiplication des outils n'a jamais permis à elle seule d'optimiser la formation en veillant à son réinvestissement. Il y a nécessité d'organiser les actions à mettre en œuvre pour relier les acteurs et les outils autour des objectifs et autour de leur réalisation.

L'organisation de ces actions nécessite chez les cadres, des compétences.

D'abord, il s'agit de savoir analyser une situation c'est à dire dégager les projets de son service, de vérifier leur faisabilité, de s'assurer de leur validation et du soutien des acteurs concernés.

Ensuite, il est important de savoir construire une démarche adaptée en s'interrogeant sur le projet lui-même. Les questions à se poser seront par exemple, relatives à l'expérimentation ou la généralisation du projet, au plan de communication à mettre en œuvre, à la manière de mettre en œuvre un réseau autour du projet et de vérifier la cohérence du projet par rapport aux autres projets .

Enfin, il faut savoir piloter une politique. C'est à dire savoir faire face entre autres aux différentes pressions pouvant exister, savoir argumenter le projet avec comme appui les différents tableaux de bords, savoir maintenir l'implication des acteurs dans la durée jusqu'au réinvestissement de la formation en intégrant les inévitables changements (mouvement de personnel), et rendre compte des résultats.

### **3. ACTIONS POUR FAVORISER LE TRANSFERT DES ACQUIS DE LA FORMATION DANS LES SITUATIONS DE TRAVAIL**

Les actions à conduire par l'infirmier général, pour favoriser le transfert des acquis de la formation dans les situations de travail, sont axés autour de trois grandes orientations :

- . l'adéquation des services rendus par rapport aux besoins,
- . le processus de décision en matière de formation.
- . la visibilité des résultats de la formation dans les situations de travail.

Chacune des actions est déterminées à partir d'une problématique de laquelle découlent les objectifs à atteindre.

La présentation sous forme de "fiches projets d'actions" permet d'être synthétique, vise à favoriser la communication des orientations de l'infirmier général près des cadres.

De ces actions, seront déclinés des outils (exemple : outils d'évaluation) et/ou des procédures sous forme de logigramme précisant le niveau de responsabilité et d'implication des acteurs.

### 3.1 Fiche projet n° 1 : Adéquation des services rendus par rapport aux besoins

#### **Problématique par rapport à la situation :**

Manque de concertation entre les agents et les cadres,  
Insuffisance ou mauvaise identification des besoins, par rapport aux objectifs du service  
Insuffisance de prise en compte de la formation dès la "génése" des projets.

#### **Objectifs à court et moyen terme :**

**Objectif n°1 :** Inscrire les agents en formation après concertation avec le cadre infirmier sur les besoins à satisfaire et les objectifs à atteindre.

**Objectif n°2 :** Définir les besoins de compétences du service à moyen et à long terme avec la participation de l'infirmier général, du cadre infirmier supérieur et du cadre du service.

<b>OBJECTIFS</b>	<b>ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE</b>
<b>N°1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Entretien individuel d'évaluation intégrant le recensement des besoins de formation de l'agent,</li><li>♦ Réunion avec l'équipe pluridisciplinaire,</li></ul>
<b>N°2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Elaboration des compétences requises pour le service par le cadre infirmier supérieur et le cadre infirmier,</li><li>♦ Validation par l'infirmière générale.</li></ul>

#### **Responsable de projet :**

Objectif n°1 : Le cadre infirmier

Objectif n°2 : Le cadre infirmier supérieur

#### **Dispositif d'évaluation et/ou indicateurs :**

- ♦ Nombre, date et compte rendu des entretiens,
- ♦ Date et compte rendu des réunions en équipe pluridisciplinaire,
- ♦ Document validé relatif aux compétences requises.

#### **Calendrier :**

- ♦ Deux entretiens d'évaluation par an
- ♦ Au moins une rencontre par an entre l'infirmière générale et cadre infirmier supérieur pour valider les compétences requises.

### 3.2 Fiche projet n° 2 relatif au processus de décision

<b><u>Problématique par rapport à la situation :</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Manque de formalisation de procédure, des règles de fonctionnement,</li> <li>♦ Cloisonnement des actions entreprises lors de l'élaboration du plan de formation,</li> <li>♦ Manque d'information et de communication entre les acteurs concernés par un même projet conduisant à des formations,</li> <li>♦ Manque de précision des résultats attendus par la formation,</li> <li>♦ Compilation de plans de formation.</li> </ul>	
<b><u>Objectifs à court et moyen terme :</u></b>	
<p><b>Objectif n°1 :</b> Formaliser dans un document écrit et validé par l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers la définition d'un référentiel de la politique de développement des compétences(objectifs, priorités, principes et règles de fonctionnement),</p> <p><b>Objectif n°2 :</b> Impliquer l'ensemble des acteurs concernés par le déroulement d'une nouvelle action de formation ou d'un nouveau projet et par les résultats qui en sont attendus,</p> <p><b>Objectif n°3 :</b> Elaborer les plans de formation à partir des objectifs opérationnels de l'établissement.</p>	
OBJECTIFS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
<b>N°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Définir un référentiel de la politique de développement des compétences</li> </ul>
<b>N°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Informer et faire participer les équipes à l'élaboration des objectifs opérationnels de la formation et à la prévision des résultats,</li> <li>♦ Créer des outils de recensement des besoins en formation,</li> <li>♦ Informer et sensibiliser les cadres et les équipes sur les différents types de résultats,</li> <li>♦ Elaborer un document écrit d'aide à l'intention des cadres.</li> </ul>
<b>N°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Elaborer les objectifs opérationnels de l'établissement et du service de soins infirmiers,</li> <li>♦ Diffuser ces objectifs aux cadres infirmiers supérieurs et aux cadres infirmiers.</li> </ul>
<b><u>Responsable de projet :</u></b>	
<p>Objectif n°1 : L'infirmier général, Directeur des Soins Infirmiers,</p> <p>Objectif n°2 : Le responsable le plus proche du projet considéré (cadre infirmier supérieur au niveau d'un secteur, cadre infirmier au niveau d'un service),</p> <p>Objectif n°3 : L'infirmier général et les cadres infirmiers supérieurs.</p>	
<b><u>Dispositif d'évaluation :</u></b>	
<b><u>Calendrier :</u></b>	

### 3.3 Fiche projet n° 3 : La visibilité des résultats

#### **Problématique par rapport à la situation :**

- ♦ L'organisation du réinvestissement de la formation
- ♦ Le transfert des acquis de la formation
- ♦ Le rôle des cadres en matière de management de la formation
- ♦ La prévision du réinvestissement lors de l'élaboration du plan de formation
- ♦ La prévision et l'évaluation des retombées de la formation

#### **Objectifs à court et moyen terme :**

**Objectif n°1 :** Impliquer les cadres infirmiers et les cadres infirmiers supérieurs dans le suivi et l'application de la formation dans les situations de travail,

**Objectif n°2 :** Les actions de formation intègrent dans leur contenu et leurs modalités pédagogiques la volonté de faciliter après le stage, la mise en œuvre sur le terrain des connaissances et des savoirs acquis,

**Objectif n°3 :** Mettre en place les moyens de vérifier périodiquement que les personnels sont satisfaits des résultats obtenus par la formation.

OBJECTIFS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
<b>N°1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Inscrire dans un document sous forme de logigramme le niveau d'implication des cadres infirmiers supérieurs et des cadres infirmiers dans les différentes étapes de processus de l'élaboration de la formation,</li> <li>♦ Inscrire dans un document, sous forme de logigramme, le niveau d'implication des cadres infirmiers supérieurs et des cadres infirmiers, dans la phase d'organisation et suivi de la mise en œuvre des retombées de la formation.</li> </ul>
<b>N°2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Intégrer dans le cahier des charges, les attentes de l'institution et du ou des services, concernant la mise en œuvre sur le terrain des connaissances et des savoirs acquis.</li> </ul>
<b>N°3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Construire une grille d'évaluation pour recueillir la satisfaction des personnels par rapport aux résultats obtenus de la formation.</li> </ul>

#### **Responsable du projet :**

Objectif n°1 : L'Infirmier général

Objectif n°2 : Le Cadre infirmier supérieur et le cadre infirmier

Objectif n°3 : Le Cadre infirmier, le responsable formation et le responsable qualité

#### **Dispositif d'évaluation :**

#### **Calendrier :**



## Fiche projet n° 3 (suite) : Visibilité des résultats

### **Problématique par rapport à la situation :**

- ♦ L'élaboration d'outils d'évaluation
- ♦ La nature des résultats obtenus
- ♦ Le manque de concertation
- ♦ L'information par rapport aux résultats obtenus

### **Objectifs à court et moyen terme :**

**Objectif n°4 :** Mise en œuvre d'une procédure systématique et d'outils pour évaluer les résultats atteints par une formation,

**Objectif n°5 :** Concertation systématique entre le cadre infirmier et le ou les agents en formation sur les conditions à réunir pour optimiser les résultats de la formation,

**Objectif n°6 :** Diffuser systématiquement pour toute action de formation importante, un rapport d'évaluation des résultats

<b>OBJECTIFS</b>	<b>ACTIONS A METTRE EN OEUVRE</b>
<b>N°4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Elaborer la procédure d'évaluation des résultats atteints par la formation et construire les outils de mesure adéquats</li></ul>
<b>N°5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Rencontrer systématiquement le ou les agents ayant suivi une formation à leur retour de formation</li><li>♦ Prévoir avec eux les moyens à mettre en œuvre pour optimiser les résultats de la formation.</li></ul>
<b>N°6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♦ Elaborer la procédure générale de diffusion des rapports d'évaluation des résultats de la formation.</li></ul>

### **Responsable du projet :**

Objectif n°1 : L'Infirmier général et le responsable qualité de l'établissement

Objectif n°2 : Le Cadre infirmier du service

Objectif n°3 : L'Infirmier général et le responsable qualité de l'établissement

### **Dispositif d'évaluation :**

### **Calendrier :**

- ♦ Lors de la phase d'élaboration du plan de formation.

Afin d'optimiser la formation continue, les propositions d'actions reposent sur la mise en oeuvre d'une politique de l'infirmière générale en matière de formation dans les services de soins. Elle suppose une décentralisation des responsabilités au niveau des cadres infirmiers supérieurs et cadres infirmiers. Mais cela ne suffit pas, car il semble impératif de maintenir une cohérence et une cohésion entre les actions de chacun des acteurs concernés par la formation. Il appartient à l'infirmier général de maintenir une dynamique par le développement d'un travail en réseau ou la communication doit faciliter le décroisement.

## **CONCLUSION**

Cette étude n'a pas la prétention d'avoir traité tous les aspects qui peuvent recouvrir la réalité de l'optimisation de la formation continue des personnels des services de soins.

Néanmoins, elle donne quelques orientations sur les difficultés que les acteurs concernés par le pilotage de la formation quel que soit leur niveau de responsabilité, sont susceptibles de rencontrer.

Un premier constat dans notre pratique montre que malgré les procédures d'élaboration du plan de formation existantes et diffusées dans les établissements, l'organisation du réinvestissement des actions de formation n'est pas toujours une réalité.

Le cheminement pour développer la problématique nous confirme que lors de la post formation, les cadres doivent modifier leur attitude et adapter leur intervention à la situation nouvelle qui s'offre à eux à savoir, des compétences nouvelles au sein de leur organisation. Cela suppose un soutien nécessaire qui encourage à appliquer les nouvelles connaissances et à éviter un retour aux anciennes manières de faire.

Nous avons vu dans l'analyse des résultats que les outils ne suffisent pas, ils ont besoin d'être accompagnés par l'implication des acteurs.

Il s'agit de savoir quels moyens les infirmiers généraux se donnent ou mettent à la disposition des cadres des services de soins pour que la formation continue atteigne ses objectifs.

L'infirmier général, directeur de soins infirmiers attentif aux questions relatives à la qualité et à l'organisation des soins intégrera dans ses priorités la formation continue. Il se doit d'impulser les actions de formation, qui vont accompagner les changements et les projets. Ce qui implique pour l'infirmier général d'intégrer des procédures d'évaluation qui lui permettent de confronter la réalité des pratiques avec les objectifs à atteindre.

Pour l'infirmier général, le plan de formation doit être non pas une addition de demandes mais l'aboutissement d'un processus d'arbitrage, en fonction des priorités.

Il sera donc à terme, possible d'établir le plus clairement possible la synthèse des moyens de des compétences dont le service de soins infirmiers se dote pour atteindre ses objectifs, afin que le personnel, consolide et fasse progresser sa carrière professionnelle, par le maintien et le progrès de sa qualification.

---

## Bibliographie

---

- ◆ A.N.A.E.S.(1999) *Manuel de l'accréditation des établissements de santé*.
- ◆ LEVY-LEBOYER Claude (1997), (1997) *La gestion des compétences*, Edition organisation.
- ◆ MEIGNANT Alain (2000), *Manager la formation*, 4<sup>ème</sup> édition actualisée et enrichie, Editions liaisons.
- ◆ MINTZBERG Henry (1984) (9<sup>ème</sup> tirage 2000), *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre*, Edition d'organisation.
- ◆ QUIVY Raymond et Van Campenhoudt Luc (1995) *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Edition Dunod.
- ◆ HONORE Bernard (1992), *Vers l'œuvre de formation : l'ouverture à l'existence*, Edition l'Harmattan.
- ◆ LETEURTRE Henri et SAJUS Jean-Philippe (1995), *La formation des personnels hospitaliers*, Editions E.N.S.P.
- ◆ DE ROSNAY Joël, (1977), *Le Macroscopie*, Editions le Seuil
- ◆ ERAY Philippe, (1999), *Précis de développement des compétences : concilier formation et organisation*, Editions Liaisons.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Guide d'entretien

### **Annexes non fournies par l'auteur**

**Annexe 2** : Document n°1 : Actions de formation à reconduire

**Annexe 3** : Document n°2 : Nouvelles actions de formation, année 2001

**Annexe 4** : Extrait du projet social de l'établissement B : "projet professionnel individualisé et formation continue"

**Annexe 5** : Extrait du PSI de l'établissement B : la formation au sein du service de soins infirmiers

## GUIDE D'ENTRETIEN

- 1- Pouvez-vous m'expliquer les différentes étapes de l'élaboration du plan de formation de votre service ?
- 2- Le transfert des acquis de la formation et donc son réinvestissement sont-ils pris en compte au moment de l'élaboration du plan de formation ?
- 3- Quel est le rôle des différents acteurs dans l'élaboration du plan de formation et au moment du retour de formation ? (du cadre infirmier supérieur, du cadre et de l'équipe)
- 4- Quels sont selon vous les principaux obstacles aux transferts des acquis de formation ?
- 5- Quels sont les facteurs favorisant le transfert des acquis de la formation ?
- 6- Comment pouvez-vous évaluer le transfert des acquis de la formation ?
- 7- Quels pourraient être les indicateurs individuels ou collectifs de cette évaluation ?