

**Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soins de santé**

**De la gestion de la formation permanente et
l'analyse des besoins en formation par les chefs
d'unité : étude de la situation et perspectives**

**Présenté par Jocelyne Denhaene
En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé**

Année scolaire 2006-2007

**« Traitez les gens comme s'ils étaient ce qu'ils
doivent être et vous les aiderez à devenir ce qu'ils
sont capables d'être. »**

Johann Wolfgang Von Goethe

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des professionnels qui ont bien voulu se prêter au jeu des entretiens pour leur disponibilité et la confiance qu'ils ont accepté de nous témoigner.

Nous remercions particulièrement Yves Mengal et André Nayes qui nous ont permis d'approfondir notre réflexion.

A nos compagnons de route pour leurs encouragements et la richesse de nos échanges.

A nos proches pour leur soutien et leur patience.

Merci particulièrement à Didier, Isabelle et Fabienne.

TABLES DES MATIÈRES

<u>TABLES DES MATIÈRES</u>	1
<u>1 INTRODUCTION</u>	1
<u>2 APPROCHES CONCEPTUELLES</u>	IV
<u>2.1 La formation permanente</u>	IV
<u>2.1.1 Définition</u>	IV
<u>2.1.2 Objectifs et principes de la formation permanente</u>	VII
<u>2.1.3 Aspect législatif</u>	VIII
<u>2.1.4 Financement et coût de la formation permanente</u>	XV
<u>2.1.5 Les principaux acteurs de la formation permanente</u>	XVII
<u>2.2 La compétence</u>	XIX
<u>2.2.1 Définition</u>	XIX
<u>2.2.2 Compétence individuelle et compétence collective</u>	XXII
<u>2.2.3 Gestion de la compétence</u>	XXIV
<u>2.3 De l'analyse des besoins à l'analyse des besoins en formation</u>	XXV
<u>2.3.1 Définition</u>	XXV
<u>2.3.2 Objectifs de l'analyse des besoins en formation</u>	XXX
<u>3 MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	XXXIII
<u>3.1 Présentation</u>	XXXIII
<u>3.1.1 L'enquête</u>	XXXIII
<u>3.1.2 La méthode</u>	XXXIII
<u>3.1.3 Les limites et points forts de l'enquête</u>	XXXIV
<u>3.1.4 L'analyse de contenu</u>	XXXV
<u>3.2 Résultats</u>	XXXVI
<u>3.2.1 Le qui</u>	XXXVIII
<u>3.2.2 Le quoi</u>	XXXIX
<u>3.2.3 Où</u>	XL
<u>3.2.4 Le comment</u>	XL
<u>3.2.5 Le pourquoi et pour quoi</u>	XLII
<u>3.2.6 Les éléments facilitateurs</u>	XLVI
<u>3.2.7 Les éléments limitateurs</u>	XLIX
<u>3.3 Analyse et synthèse</u>	LII
<u>3.3.1 Le quoi</u>	LII
<u>3.3.2 Le comment</u>	LVII
<u>3.3.3 Le pourquoi et le pour quoi</u>	LXIV
<u>3.3.4 Eléments facilitateurs et limitateurs</u>	LXVIII
<u>4 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES</u>	LXXII
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	LXXV
<u>LEXIQUE</u>	LXXVIII
<u>LISTE DES ANNEXES</u>	LXXXII

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ABF : analyse de besoins en formation

A.M : Arrêté Ministériel

A.R : Arrêté Royal

CEP : congé-éducation payé

C.H : Centre Hospitalier

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.M : circulaire ministérielle

DADI : directeur adjoint du département infirmier

DDI : directeur du département infirmier

DI : département infirmier

F.S.H.P. : Fonds Social des Hôpitaux Privés

ICU : infirmier chef d'unité

RGRH : responsable de la gestion des ressources humaines

R.H.M.S. : Réseau Hospitalier de Médecine Sociale

1 INTRODUCTION

Notre choix fait suite à une réflexion par rapport aux critères de décision qui conduisent ou non à l'acceptation d'une formation. Lorsque des propositions de congrès ou de formation externe sont proposées au personnel soignant, sont-elles nécessaires et/ou justifiées ? La formation permanente constitue une fonction essentielle dans l'accompagnement du personnel en terme d'évolution de carrière, de promotion sociale, de développement professionnel et personnel. Elle concourt au maintien et au développement des compétences pour permettre l'adaptation des ressources humaines aux multiples évolutions hospitalières. Il s'avère donc évident que pour assurer une adaptation optimale à un environnement changeant et contraignant, la formation permanente est un outil important. Il n'est pourtant pas le seul pour répondre à des besoins divers. Cet outil a de plus un coût non négligeable et le financement en est limité. Dans les limites budgétaires allouées, nos efforts tendront donc à une meilleure adéquation de la formation, à une meilleure synchronisation du développement des compétences et de la satisfaction des besoins réels avec les plans d'action et la stratégie institutionnelle. Pour tendre vers cet objectif, il est de ce fait indispensable de passer par une étape cruciale qui est l'analyse des besoins en formation. Cette tâche relève notamment de l'infirmier chef d'unité (ICU) parce que sur le terrain, au quotidien, il est en première ligne pour optimiser les ressources mises à la disposition de l'unité, pour stimuler ses collaborateurs et analyser leurs besoins en formation. Ces analyses s'intègrent dans un plan de formation à l'échelle de l'hôpital dont l'élaboration relève davantage de l'infirmier chef de service chargé de la formation permanente et de la hiérarchie du département infirmier. Toutefois le chef d'unité est un maillon indispensable de la transmission de données capitales pour cibler le besoin en formation (ou autre besoin) et les priorités de celle-ci. Le législateur le précise dans l'Arrêté Royal (A.R) du 13/07/2006¹

La description de fonction du chef d'unité stipule que ce dernier doit

« *exploiter les potentialités des membres de l'équipe et veiller à leur formationtenir à jour ses connaissances....* »²

« *assurer son perfectionnement ...collaborer, stimuler et promouvoir la formation des membres de son équipeparticiper à la définition des besoins de formation de son équipe.* »³

« *stimuler la formation de ses collaborateurs ainsi que son propre perfectionnement... Il doit participer à la définition des besoins en formation de son équipe.....5h de formation/an/collaborateur.* »⁴

Suite à ce constat, notre questionnement a donc été le suivant : Pourquoi et comment les ICU gèrent-ils la formation permanente dans leur unité ? Quelle est à leur avis la finalité d'une formation ? Pourquoi analysent-ils ces besoins en formation dans leurs unités ou pourquoi ne le font-ils pas ? Dans quel but et comment l'analysent-ils ? S'appuient-ils sur une démarche méthodologique ? Quels outils utilisent-ils pour assurer leur mission ? Ont-ils conscience de ce qu'implique leur analyse en amont et en aval de leur unité : le coût, le financement d'un plan de formation, l'attente institutionnelle d'un « retour sur investissement »⁵? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Quels sont les éléments qui favorisent ou entravent leur gestion de la formation permanente en général et leur analyse de besoins en formation en particulier ?

L'objectif premier de ce travail est donc de nous pencher, dans une démarche *exploratoire*, sur une *population cible* que sont les infirmiers chefs d'unité, d'analyser leurs savoirs et savoir-faire, de dégager leurs prérequis en matière d'analyse de besoins en formation (ABF).

¹ ANNEXE I : A.R du 13/07/2006 relatif à la fonction d'infirmier en chef.

² Annexe II : Description de fonction de l'infirmier chef d'unité, Centre Hospitalier de Mouscron

³ Annexe III : Description de fonction de l'infirmier chef d'unité, Clinique Notre Dame de Tournai

⁴ Annexe IV : Description de fonction de l'infirmier chef d'unité, Réseau Hospitalier de Médecine Sociale (RHMS)

L'analyse des besoins en formation concerne bien évidemment tous les départements et au sein même du département infirmier les chefs d'unité, les cadres intermédiaires et le directeur du département infirmier. Mais cette étude s'attachera exclusivement aux infirmiers chefs d'unité des différents sites d'une institution hospitalière soit 48 personnes. Notre but est de recueillir ces informations et de mener une analyse de la situation, un constat sans préjuger de la performance des intervenants.

⁵ Dans le sens économique du terme, retour sur investissement : Return On Investment (ROI).

2 APPROCHES CONCEPTUELLES

2.1 La formation permanente

2.1.1 Définition

Selon le Robert⁶ la formation se définit comme suit :

- Action de former, de se former ; moyens par lesquels on la dirige, on l'acquiert.
- C'est un ensemble de connaissances théoriques et pratiques dans une technique, un métier.

Selon le Larousse⁷ elle se définit comme :

- Action de former, manière dont quelque chose se forme, apparaît.
- Action de former quelqu'un intellectuellement ou moralement.
- La formation permanente ou continue est la formation professionnelle (c'est-à-dire l'ensemble des mesures adaptées pour la formation des travailleurs prises en charge par l'Etat et les employeurs) destinée aux salariés d'une entreprise.
- Ensemble de connaissances dans un domaine déterminé.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁸, la formation permanente est la formation qu'un professionnel de la santé entreprend postérieurement à ses études professionnelles de base et, le cas échéant, postérieurement à des études complémentaires préparant à une carrière de généraliste ou de spécialiste, avec l'intention d'améliorer sa compétence dans l'exercice de sa profession et non d'obtenir un nouveau diplôme ou un nouveau titre.

⁶ Le Robert de poche, ©Dictionnaires Le Robert, 1995, p306.

⁷ Le petit Larousse, © Larousse, Paris, 1993, p 451.

⁸ Comité régional de l'Europe, Helsinki, 1979... *La formation permanente du personnel de santé et*

Elle englobe les éléments suivants :

- la promotion professionnelle,
- l'actualisation et le recyclage professionnel,
- la mise à jour des connaissances.

Dans cette définition nous relevons bien que la formation permanente est l'amélioration de la compétence professionnelle et non l'obtention d'une nouvelle qualification.

Besnard⁹ définit la formation permanente comme des activités de formation programmées et planifiées au delà de l'enseignement théorique de base et qui permettent l'acquisition ou l'application de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes spécifiques et appropriées au rôle et au travail de chaque individu dans sa pratique quotidienne. Il décrit de façon pertinente les différents niveaux et fonctions de la formation des adultes :

- a) Une fonction de formation qui consiste en l'apprentissage, par un individu ou par un groupe, de connaissances (scientifiques, techniques ...) nouvelles par autoformation ou intervention d'un agent éducatif externe ou de pallier à l'insuffisance de la formation de base.
- b) Une fonction de recyclage qui consiste essentiellement à entretenir son stock de connaissances, les réactualiser, lutter contre l'obsolescence.
- c) Une fonction de perfectionnement qui consiste à acquérir des connaissances nouvelles ou à compléter les siennes, à se spécialiser dans un domaine précis par un effort systématique d'approfondissement.
- d) Une fonction de préparation au changement, cette fonction se rattache à la première s'il s'agit d'acquérir une nouvelle formation.

Il nous semble intéressant de souligner la distinction entre les notions de formation et d'information.

Informé correspond à présenter, renseigner, avertir, éclairer, montrer, faire savoir en distinguant le fondamental de l'accessoire.

Former est amener un individu ou un groupe d'adultes, d'une situation de départ à une situation attendue, par la mise en œuvre d'un ensemble de moyens qui comprend des techniques, des aides, des contenus, un environnement.

son évaluation. Rapport sur les discussions techniques de la 29^{ème} session.

⁹ Besnard P, *La formation permanente*, Paris, PUF, 7^{ème} éd. 2003, p 3-54

De même nous apporterons des nuances entre éducation permanente et formation permanente. Le terme permanent renvoie lui à la même idée de durée, sans interruption, sans discontinuer.

L'éducation¹⁰ se définit comme

- la mise en œuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain. Les résultats obtenus par ces moyens sont la connaissance et la culture,
- le développement méthodique d'une faculté, d'un organe,
- l'art d'élever.

L'éducation constitue plutôt l'ensemble des activités qui contribuent au développement des différents caractères humains (physiques, moraux, intellectuels) nécessaires pour affronter les circonstances multiples et variées de la vie quotidienne. Elle s'adresse à l'individu de tout âge pour son développement personnel et son insertion dans la société.

Pour Bertrand Schwartz¹¹, l'éducation permanente qui est liée au changement social ne peut rester limitée au système scolaire. De ce fait elle est nécessairement permanente, elle doit l'être pour tous, elle doit se faire à l'école, dans la vie, par la vie, à travers le changement social.

La formation permanente désigne le développement systématique et permanent des connaissances que demande l'exercice d'une tâche professionnelle. Elle comprend l'ensemble des activités d'apprentissage délibéré qui développent

- le savoir : ensemble de connaissances plus ou moins acquises systématiquement par une activité mentale suivie (par la théorie).
- le savoir-faire : habilité à faire réussir ce que l'on entreprend, à résoudre les problèmes pratiques. Il tient compte du développement d'habilités et de l'application d'un savoir dans la réalité.
- le savoir-être : attitude adéquate face à une situation. Il représente les attitudes envers soi et sa manière d'être avec les autres.
- le savoir-devenir : disposition permanente à vouloir apprendre.

Elle se distingue donc à notre sens de l'éducation permanente par son champ d'action plus restreint, plus ciblé sur les adultes en milieu professionnel.

¹⁰ Le Robert de poche, op. cit., p 231

¹¹ Schwartz B, cité par Besnard P, op. cit., p 49

Nous récapitulerons en reprenant la définition reprise par Jean-Marie Peretti¹² et nous apparaissant la plus proche de la réalité professionnelle : la formation est un ensemble d'actions, de moyens, de méthodes et de supports planifiés à l'aide desquels les salariés sont incités à améliorer leurs connaissances, à modifier leurs comportements, à acquérir les compétences nécessaires à la fois pour atteindre les objectifs de l'organisation et ceux qui leur sont personnels, pour s'adapter à leur environnement et pour accompagner leurs tâches actuelles et futures.

2.1.2 Objectifs et principes de la formation permanente

Le principe même de la formation permanente est avant tout de donner à tout professionnel de la santé le complément de connaissances dont il a besoin pour s'acquitter, avec compétence, de ses fonctions, compte tenu du développement rapide de la théorie et de la pratique en matière de santé.

Des objectifs ont été définis notamment par le Ministre Busquin lorsqu'il avait dans ses attributions la santé publique : La formation permanente¹³

- *« doit viser des besoins concrets réels et être liée à la qualité des soins, plutôt qu'aux besoins particuliers de certains individus ou groupes d'individus.*
- *permet d'assimiler de nouvelles connaissances et de mettre à jour le savoir acquis tout en favorisant l'évolution des attitudes et l'accès à de nouvelles qualifications. Cette mise à jour est essentielle à l'efficacité des soins.*
- *permet au personnel déjà engagé dans la vie professionnelle d'améliorer sa perception de l'environnement, d'y adapter son comportement, de parfaire ses techniques dans des domaines nouveaux, d'accroître ses compétences.*
- *contribue à l'amélioration des relations dans le milieu professionnel en favorisant la communication et l'expression.*
- *assure la liberté et la mobilité professionnelle. »*

¹² Peretti JM, *Ressources humaines et gestion des personnes*, Paris, Ed. Vuibert, 2007, p99

¹³ Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des établissements de soins, Service du personnel infirmier, obstétrical et paramédical, *La formation permanente des infirmières*, août 1991.

Les objectifs de la formation permanente nous apparaissent donc multiples et ont surtout comme finalité d'assurer la qualité des services rendus à la clientèle par le maintien et l'accroissement des compétences du personnel soignant. Il est toutefois important que ces objectifs soient réalisables, observables et mesurables. L'évaluation n'est possible que si des objectifs ont été fixés au préalable. Elle permet également de mobiliser et de responsabiliser les individus.

2.1.3 Aspect législatif

La formation permanente est apparue et a évolué dans le cadre législatif belge.¹⁴

- ✓ Loi du 01/07/1963 : publication de la Loi dite de promotion sociale.

- ✓ Loi du 10/04/1973 : développement d'une formation permanente dans quelques hôpitaux privés grâce à l'accord des crédits d'heures aux travailleurs en vue de leur promotion sociale.

- ✓ A.R du 04/10/1976 : Arrêté Royal relatif à la formation permanente dans les classes moyennes.

- ✓ C.M du 26/11/1978 : la circulaire ministérielle des Affaires Sociales définit ce que le Ministère des Affaires Sociales entend par « perfectionnement »
« Afin de pouvoir assumer des responsabilités infirmières et en outre faire face aux changements qui interviennent dans le domaine infirmier, l'Arrêté Royal oblige chaque hôpital à prévoir un programme de perfectionnement, accessible à tout infirmier et s'inscrivant en outre dans le cadre d'une stratégie plus large de perfectionnement. Ce perfectionnement est indispensable, l'art infirmier évoluant rapidement entre autres par l'évolution de la science et par la technologie. Il est dès lors évident que ce perfectionnement doit être permanent ».

¹⁴ Site officiel du Moniteur belge, référence reprise dans la bibliographie.
Juridat, référence reprise dans la bibliographie.

- ✓ C.M du 07/04/1982 : Circulaire Ministérielle des Affaires Sociales relative à la demande de l'infirmier directeur des soins infirmiers d'assurer la formation permanente du personnel infirmier et soignant.
- ✓ Loi du 22/01/1985 : Loi concernant le champ d'application et la disposition sociale du congé éducation payé.
- ✓ A.R du 14/08/1987 : chaque hôpital doit définir une stratégie de perfectionnement avec un programme accessible à chaque infirmière.
- ✓ A.M du 28/11/1990 : l'Arrêté Ministériel fixe le budget et le prix de journée d'hospitalisation.

« Dans la sous partie B2 du budget hospitalier ... est compris un montantpour assurer la formation permanente du personnel infirmier.

Ce montant est égal à un montant forfaitaire de base augmenté d'un montant par lit.

Ces montants sont fixés par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions.

En vue de cet octroi, l'hôpital communiqueral'identité de la personne du cadre intermédiaire responsable de la formation permanente des soins infirmiers ».
- ✓ A.M du 20/03/1991 : l'Arrêté Ministériel modifie l'AM du 28/11/1990 en précisant « *Le montant forfaitaire ...est égal à 990 000 fb* ».
- ✓ C.M du 28/08/1991 : la Circulaire Ministérielle prévoit le financement d'un infirmier responsable de la formation permanente dans chaque hôpital ainsi qu'une définition de ses tâches et de sa qualification.
- ✓ A.M du 16/04/1996 : l'Arrêté Ministériel fixe les critères d'agrément des praticiens de l'art infirmier porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier(ière) gradué(e) en soins intensifs et d'urgences. Cet AM fixe les critères d'obtention de la prorogation de l'agrément :

« ...doit fournir la preuve qu'il/elle entretient et développe ses connaissances et compétences professionnelles par une formation permanente relative aux soins intensifs et aux soins d'urgences afin de pouvoir dispenser les soins infirmiers conformément à l'évolution actuelle de la science infirmière ».

« La formation permanente ...comporte au moins deux jours par an ».

- ✓ A.M du 30/12/1996 : l'Arrêté Ministériel place le financement de la formation permanente du personnel infirmier dans la sous partie B4 du budget des moyens financiers. Celle-ci comprend : *« ...un montant forfaitaire de 990 000 fb (index 1991) augmenté, pour les hôpitaux publics de 1 fb multiplié par le quota de journées d'hospitalisation ».*

- ✓ A.R du 15/07/1997 relatif au service Sp (soins palliatifs)
« La formation permanente des membres de l'équipe dure au moins deux jours par an ».

- ✓ A.R du 28/02/1997 : Arrêté Royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de technologue en imagerie médicale. L'article 3 précise qu'elle ne peut être exercée que par les personnes remplissant les conditions suivantes :
«entretenir et mettre à jour leurs connaissances et compétences professionnelles par une formation continue, permettant un exercice de la profession d'un niveau de qualité optimal. La formation continue ... doit consister en études personnelles et en participation à des activités de formation ».

- ✓ A.R du 27/04/1998 : Arrêté Royal fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » et « soins intensifs » doit répondre pour être agréée.
Article 12 : *« Le personnel médical et infirmier « soins urgents spécialisés » assure, pour l'ensemble de l'hôpital, la formation permanente en ce qui concerne les principes de base de la réanimation ».*

Article 21 : «Le médecin chef de service, le cadre infirmier et l'infirmier en chef assurent de manière conjointe, la formation permanente du personnel ».

- ✓ A.R du 08/04/2000 rendant obligatoire la convention collective de travail du 18 juin 1998, conclue au sein de la Sous-commission paritaire pour les établissements et les services de santé, portant sur des mesures en faveur de l'emploi dans le secteur des soins à domicile.

« L'engagement de personnel infirmier doit permettre au personnel de participer, par exemple, à la formation permanente »

- ✓ A.R du 20/07/2001 (modifié par l'AR du 17/05/2007) relatif à la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants

« L'exploitant veille à ce que les personnes visées au 2° bénéficient d'une formation continue ... » en matière de radioprotection..

- ✓ A.R du 13/07/2006 : AR relatif à la fonction d'infirmier en chef
« L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatifIl est chargé en particulier de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective, de l'accompagnement de nouveaux membres de son équipe, du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe.

En ce qui concerne la formation et le développement

« L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité. Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

1° inventorier les besoins en matière de formation des membres de son

équipe;

2° inciter les membres de son équipe à suivre une formation;

3° superviser et coordonner la formation des membres de son équipe;

4° soutenir l'évolution de la carrière des membres de son équipe;

5° participer personnellement à la formation permanente. »

« L'infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers et accoucheuses dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier ...»

- ✓ A.R du 22/08/2006 modifiant l'arrêté royal du 23/07/1985 d'exécution de l'octroi du congé-éducation payé dans le cadre de la formation permanente des travailleurs : « Pour le congé-éducation payé qui est accordé à partir du 01/09/2006, le remboursement de l'Etat à l'employeur est limité à un montant forfaitaire par heure. Ce montant est pour l'année scolaire 2006/2007 de 15 euros/heure pour les travailleurs de moins de 45 ans et de 18 euros pour les travailleurs de plus de 45 ans ».
- ✓ A.R du 01/09/2006¹⁵ modifiant certaines dispositions concernant l'octroi du congé-éducation payé en application depuis la loi de redressement du 22 janvier 1985 : « le dérapage budgétaire nécessitant une diminution du plafond maximum d'heures de congé-éducation payé dès le 01/09/2006 ».
- ✓ A.R du 27/09/2006¹⁶ établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier.
- ✓ C.M du 08/11/2006 relative aux arrêtés royaux du 12 janvier 2006 concernant l'aide-soignant.

¹⁵ Annexe V

¹⁶ Annexe VI

« L'aide soignant bénéficie chaque année d'une formation permanente d'au moins 8 heures »

- ✓ Loi du 13/12/2006 concernant les sages-femmes.

« Pour conserver l'agrément comme porteur ou porteuse du titre professionnel de sage-femme, la sage-femme a l'obligation de se tenir au courant de l'évolution dans le domaine de l'obstétrique en suivant une formation permanente. La durée minimale et les modalités de la formation permanente sont fixées par le Roi sur avis du Conseil fédéral des Sages-femmes »

- ✓ A.R du 14/12/2006 relatif à la fonction d'infirmier chef de service.

« L'infirmier chef de service collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif... »

« ...Il est chargé en particulier...de l'accompagnement de nouveaux infirmiers en chef »

« L' infirmier chef de service veille à ce que les infirmiers en chef puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

...Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

1° inventorier les besoins en matière de formation des infirmiers en chef dont il a la responsabilité;

2° inciter les infirmiers en chef à suivre une formation;

3° superviser et coordonner la formation des infirmiers en chef;

4° soutenir l'évolution de la carrière des infirmiers en chef;

5° participer personnellement à la formation permanente. »

- ✓ A.R du 14/12/2006 relatif à la fonction de chef du département infirmier

« Le chef du département infirmier veille à ce que les infirmiers chefs de service puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du

coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

...Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

1° inventorier les besoins en matière de formation des infirmiers chefs de service;

2° inciter les infirmiers chefs de service à suivre une formation;

3° superviser et coordonner la formation des infirmiers chefs de service;

4° soutenir l'évolution de carrière des infirmiers chefs de service;

5° participer personnellement à la formation permanente »

- ✓ A.M du 19/04/2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie.

« Conditions de maintien du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie est octroyé pour une durée indéterminée, mais son maintien est soumis à conditions : ... L'infirmier suit une formation permanente relative aux soins gériatriques Cette formation permanente doit comporter au minimum 60 heures effectives par période de 4 ans ... ».

- ✓ A.M du 19/04/2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence

« Conditions de maintien du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence : ...L'infirmier suit une formation permanente Cette formation permanente doit comporter au minimum 60 heures effectives par période de 4 ans ... »

- ✓ A.M du 19/04/2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie

« L'infirmier suit une formation permanente relative aux soins gériatriques ... Cette formation permanente comporte au minimum 60 heures effectives par période de 4 ans... ».

Il est à noter que tous les arrêtés d'exécution ne sont pas encore parus au moniteur.

2.1.4 Financement et coût de la formation permanente

L'A.R du 25/04/2007 relatif à la fixation et à la liquidation du *budget des moyens financiers* des hôpitaux prévoit le financement direct de la formation permanente, sur base d'un montant forfaitaire :

« *La Sous-partie B4 comprend les moyens qui couvrent d'une manière forfaitaire les charges concernant notamment la formation permanente du personnel infirmier* ».

Toutefois la formation permanente est assurée indirectement par d'autres moyens.

- La prise en charge de la formation du personnel par des *firmes* concernant l'utilisation de nouveau matériel, sur accords conclus entre l'institution hospitalière et ses fournisseurs (par exemple matériel de dialyse, d'imagerie médicale).
- Le *Fonds Social pour les Hôpitaux Privés* (F.S.H.P.), financé par le budget des moyens financiers, propose épisodiquement de grands axes de formation avec des modalités de financement qui varient d'un projet à l'autre. L'institution hospitalière décide ou non de rentrer un projet et une demande de participation. Si le projet est retenu, il est tout au plus partiellement financé, le F.S.H.P. misant sur un co-financement. Les hôpitaux publics n'ont pas accès au F.S.H.P.
- le *Fonds de l'Expérience Professionnelle* peut lui aussi financer très indirectement la formation permanente. Il accorde un soutien financier aux entreprises du secteur privé qui prennent des initiatives pour promouvoir le maintien de l'emploi des travailleurs expérimentés. L'employeur peut introduire un projet visant
 - soit à établir une adéquation entre les facultés du travailleur expérimenté et son environnement de travail

- soit à améliorer concrètement la promotion de la qualité des conditions de travail, l'organisation du travail ...

Une institution de notre région a ainsi fait financer par ce fonds l'achat d'un programme d'autoapprentissage en informatique mis à disposition des travailleurs sur l'intranet (en prévision de l'implantation du dossier infirmier informatisé).

- Les *Fonds Mécénat*, dont dispose chaque unité médicale de gestion, sont alimentés notamment par les « ristournes » octroyées par des firmes extérieures (fournisseuses de produits pharmaceutiques, de matériel médical). Ces fonds sont normalement destinés à la collectivité médicale. Les médecins sont toutefois libres de disposer de cet argent pour financer des formations pour le personnel de leur service.
- Le Ministère de l'Emploi et du Travail rembourse aux employeurs (seuls les hôpitaux privés sont concernés) le salaire des heures de formations de ses travailleurs dans le cadre du *congé-éducation payé* (CEP). En réalité chaque travailleur du secteur privé a le droit de s'absenter de son travail pour suivre une formation. La loi sur le CEP reconnaît tant des formations générales que des formations professionnelles. La Loi du 22/01/1985, modifiée par l'A.R du 01/09/2006, fixe un montant maximum d'heures octroyées au travailleur selon la formation. La loi prévoyait le remboursement intégral de ces heures à l'employeur par le Ministère de l'Emploi et du Travail. Depuis l'A.R du 22/08/2006 les remboursements des salaires sont limités à un montant forfaitaire par heure de cours suivie de 15 euros pour les travailleurs de moins de 45 ans et de 18 euros pour les travailleurs de plus de 45 ans.

Dans un certain nombre de cas le CEP est plus une contrainte pour l'employeur qu'un réel moyen d'améliorer la qualification et les compétences de son personnel. Les hôpitaux publics ne sont pas concernés par le CEP. Mais l'octroi ou non d'un certain nombre de jours de formation dépend d'un règlement intérieur et est financé sur fonds propre. Dans les hôpitaux publics également, la formation du personnel conditionne également les avancements barémiques et les promotions.

Dans les institutions de soins belges, la formation permanente est donc essentiellement assurée par l'Etat sans obligation de participation des

employeurs. Notons que la France a instauré une obligation de participation financière aux employeurs. Ceux-ci sont incités à s'acquitter de leur obligation légale par un versement correspondant à 1,6% de la masse salariale¹⁷ à des organismes paritaires collecteurs agréés. Ces organismes ont une fonction de mutualisation : les sommes qu'ils perçoivent des entreprises sont employées selon une politique de formation définie par leurs instances paritaires et les prestations servies sont indépendantes des versements effectués par les entreprises.

2.1.5 Les principaux acteurs de la formation permanente

L'efficacité de la fonction formation repose sur la responsabilité d'un ensemble d'acteurs hospitaliers. La formation permanente est une œuvre à la fois individuelle et collective. Elle doit servir à la maîtrise du milieu de travail et permettre l'adaptation de chacun à un environnement mouvant et contraignant. Elle est un outil essentiel de la mise en place et de la réalisation des objectifs institutionnels.

Les principaux acteurs sont

- **la direction et l'équipe de direction** incluant le directeur général, le médecin chef et le chef du département infirmier. Leur implication dans la fonction formation est fondatrice de l'investissement de l'ensemble des acteurs hospitaliers dans le processus de formation. Au même titre que le projet médical, le projet de soins, le projet hôtelier....le plan de formation fait partie intégrante du projet d'établissement, dans un souci de concertation et d'évaluation. Cette fonction passe non seulement par des actions de formation mais également par un aménagement des situations de travail susceptibles de produire des savoirs et savoirs-faire nouveaux, par un dispositif d'accueil et d'encadrement des personnels nouvellement engagés et des stagiaires, par l'élaboration de référentiels de compétences et de descriptions de fonction, par la valorisation de la formation (notamment en valorisant les infirmiers référents, les formateurs temporaires)

¹⁷ Lois françaises de 1971 et du 04/05/2004 sur la formation professionnelle tout au long de la vie, référence reprise dans la bibliographie.

- **les cadres intermédiaires** qui collaborent étroitement avec le chef du département infirmier à la mise en place de projets collectifs et individuels, à la hiérarchisation et à la fixation des priorités des besoins en formation de l'hôpital (notamment le/la responsable de l'hygiène hospitalière).
- **l'infirmier chef de service responsable de la formation permanente.** Ce dernier est la clef de voûte du système de formation dans le cadre de la politique générale de l'hôpital. Ses responsabilités couvrent :
 - la mise en place des projets collectifs et individuels
 - la synthèse des besoins en formation, la hiérarchisation en fonction des priorités de l'institution
 - l'élaboration des cahiers des charges et des budgets
 - la sélection des intervenants
 - la mise en place de la logistique pédagogique
 - le suivi organisationnel et administratif
 - l'évaluation des résultats de la formation

Son rôle d'observateur, d'interface, de conseiller, de pilote lui confère une place particulière au croisement des intérêts institutionnels et des objectifs individuels.

- **les infirmiers chefs d'unité.** Ces cadres de proximité ont un rôle particulièrement actif. Notamment ils formalisent les projets de service, les procédures. Ils analysent les dysfonctionnements et cherchent à améliorer l'efficacité de leur unité. Ils définissent sur le terrain les besoins en formation et fixent des priorités. Ils participent à mesurer les résultats de la formation...
- **les individus.** Leur implication est déterminante à tous les niveaux. Leur investissement repose essentiellement sur une démarche volontaire et sur leur motivation par rapport à des projets individuels et collectifs.
- **les partenaires sociaux.** Ils participent, au travers du Conseil d'entreprise et du Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail, tant au soutien et à l'évolution des travailleurs qu'au développement de l'hôpital et à son adaptation à l'environnement.
- **la médecine du travail.**
- **les patients** dont les degrés de satisfaction ou d'insatisfaction servent d'indicateurs et peuvent aider à détecter certains besoins en formation.

2.2 La compétence

2.2.1 Définition

« *La compétence est un ensemble stabilisé de savoirs, de conduite-type, de procédure-standard, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau* »¹⁸

« *...la mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises, pour mener à bien une mission complexe dans le cadre de l'entreprise qui en a chargé l'individu et dans l'esprit de ses stratégies et de sa culture.* »¹⁹

« *.....un savoir-agir en situation professionnelle...* »²⁰

« *La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable...* »²¹

Abordant le concept de compétence, il nous apparaît important de différencier les termes de **compétence** et **compétences**.

Les compétences traduisent l'ensemble des ressources qu'un professionnel doit activer et combiner. Elles relèvent de l'avoir, « *avoir des compétences* ».

La compétence d'un professionnel est la capacité qu'on lui reconnaît de gérer un ensemble de situations professionnelles c'est-à-dire d'agir avec compétence et efficacité. La compétence relève de l'être, « *être compétent* ».

Plutôt qu'une typologie classique axée autour des savoirs, savoir-faire, savoir-être, auxquels nous pourrions ajouter le savoir faire faire pour établir un lien avec les compétences managériales du chef d'unité, nous préférons la typologie plus fine proposée par Guy Le Boterf. Ces ressources sont de l'ordre

¹⁸ de Montmollin M, 1994, cité dans *Piloter un projet de formation* de Dennerly M, ESF Editions, Issy-Les-Moulineaux, 1999, p29

¹⁹ Levy-Leboyer C, 1996, cité dans *Le capital compétences* de Mennechet A, Ed. Afnor, 2006, p29

²⁰ Le Boterf G, 1997, *ibid.*

²¹ Mouvement des Entreprises de France, 1998, *ibid.*

- des savoirs : à la fois des connaissances générales, acquises essentiellement par l'éducation et la formation initiale (concepts, théories,...) et des connaissances spécifiques au contexte professionnel (équipement, organisation de l'institution ou de l'unité, codes sociaux, ...)
- des savoir-faire opérationnels décrivant des procédures, des méthodes, des modes opératoires en vue d'une action à réaliser, permettant la réalisation des gestes professionnels
- des connaissances et savoir-faire expérientiels comme les « tours de main », les « coups d'œil », les astuces
- des savoir-faire cognitifs : des opérations intellectuelles nécessaires à l'analyse et à la résolution de problèmes, à la prise de décision, au raisonnement par analogie, à la synthèse....Ces capacités permettent de produire des informations nouvelles à partir d'informations initiales.
- des savoir-faire relationnels c'est-à-dire ceux utiles pour savoir se comporter et coopérer dans un contexte professionnel . Ces savoir-faire sont acquis dans la diversité des évènements, lieux et moments qui jalonnent une vie (vie familiale, associative, sportive, culturelle, professionnelle, ...)
- des aptitudes et qualités personnelles comme la rigueur, la force de caractère, la curiosité , la maîtrise de soi, la confidentialité...qui ne sont pas à proprement parlé des savoirs et savoir-faire mais des caractéristiques personnelles qui peuvent être combinées avec d'autres ressources.
- des ressources tant physiologiques (comme la gestion du sommeil, de l'énergie) qu'émotionnelles (ressentir une situation ou une relation, percevoir des signaux...)

La compétence est donc la capacité que l'on reconnaît à un professionnel, dans un contexte particulier, de gérer un ensemble de situations professionnelles y compris des situations complexes. Agir avec compétence c'est être capable de mobiliser, de combiner et d'organiser avec pertinence un ensemble de ressources ; ressources personnelles (citées précédemment) et ressources de réseaux (banque de données, réseaux professionnels, réseaux d'expertise ...). Dans un contexte professionnel les ressources personnelles suffisent rarement. Un professionnel est de moins en moins compétent seul : sa capacité à agir

dépend en partie de la richesse de son environnement et de ses possibilités d'accès à des réseaux de ressources. Nous reviendrons sur le rôle important de l'infirmier chef d'unité à ce sujet.

Le savoir-agir avec compétence requiert donc une mobilisation et une combinaison de l'ensemble de ces différentes ressources . Il ne s'agit toutefois pas d'un moule dans lequel couler tout individu. Chacun dispose de ressources personnelles et souvent de ressources de réseaux qui lui sont propres et diverses combinaisons sont possibles pour atteindre les résultats voulus. Le choix de l'agencement combinatoire doit néanmoins s'appuyer sur des *critères de réalisation*, lesquels se formulent volontairement au gérondif pour mettre en évidence qu'il s'agit d'orientations sur les *manières d'agir* et sur les caractéristiques particulières d'un contexte qu'il convient de prendre en compte.

Par ex. L'infirmier sera capable de réaliser (verbe d'action), en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie (critères de réalisation).

Grâce à un retour réflexif sur les combinaisons des ressources et les actions mises en œuvre, l'individu peut se distancier. Il peut développer sa capacité à conduire ses apprentissages, à transposer dans un autre contexte ce qu'il a appris dans un contexte particulier. Un professionnel compétent ne doit pas seulement savoir agir mais il doit être capable d'expliquer pourquoi et comment il s'y prend pour réussir. Il doit non seulement percevoir et comprendre les situations (intuitivement ou en mobilisant sa réflexion) mais également se comprendre pour mieux agir.

Nous résumons donc les notions importantes suivantes :

- La compétence requiert l'*action* : elle s'évalue dans l'action. Etre compétent, c'est *agir* avec compétence.
- La compétence est un savoir agir *validé* c'est-à-dire d'un point de vue social reconnue par autrui.
- La compétence est *contextuelle* : il n'y a pas de compétence dans l'absolu. Elle est toujours liée à un contexte professionnel et ne peut donc être validée que confrontée au réel professionnel.

- Savoir agir avec compétence suppose la capacité d'atteindre des *résultats* en tenant compte de *critères de réalisation*,
- afin de répondre à des *enjeux* car la compétence est guidée par des intentions d'atteindre des objectifs.
- La compétence intègre différentes *composantes* que sont
 - les ressources incorporées dans l'individu. C'est notamment sur certaines de ces ressources que la formation peut agir.
 - et les ressources de réseaux, susceptibles d'être optimisées par le management.
- La compétence est *reproductible* et s'inscrit donc dans le temps. Elle requiert, dans une interaction avec l'environnement, un savoir-agir adapté.

2.2.2 Compétence individuelle et compétence collective

Les compétences collectives peuvent être vues comme la mobilisation des compétences individuelles afin de créer des synergies concourant à la poursuite d'objectifs communs. La plupart des auteurs s'entendent pour dire que les compétences collectives ne se réduisent pas à la somme des compétences individuelles mais qu'elles se développent dans le contexte des relations de travail, à partir des liens que les gens tissent entre eux, ainsi que de leurs interprétations mentales communes face aux situations de travail. La compétence collective devient en quelque sorte « *une combinatoire de savoirs différenciés, mis en situation autour d'un projet commun d'entreprise* ». ²²

Les compétences collectives peuvent alors se définir comme « *l'ensemble des savoir-agir qui émergent d'une équipe de travail, combinant des ressources endogènes à chacun des membres, des ressources exogènes de chacun des membres et créant des compétences nouvelles issues de combinaisons synergiques de ressources* ». ²³

Chaque unité de soins doit être considérée comme un groupe social caractérisé par un ensemble d'individus ; individus qui interagissent directement, ont

²² Amherdt et Emery, cités dans *Nouvelles formes de travail et nouvelles modalités de formation des compétences collectives dans les entreprises du savoir*, de Tremblay D,

²³ Amherdt et Emery, *ibid.*

conscience de former un groupe et se comportent de manière différente que s'ils étaient seuls. L'étude de la dynamique de groupe incite donc à considérer l'équipe autrement que comme un agrégat d'individus mais à tenir compte de ce groupe comme d'un être ayant sa propre vie, ses opinions, ses valeurs, ses réactions, ses normes.

Nous concluons en reprenant quelques indicateurs inducteurs de compétence collective au sein de nos unités de soins.

- La convergence vers des représentations partagées, par exemple
 - d'un problème
 - d'un dysfonctionnement
 - d'un objectif à atteindre
 - d'un accord collectif sur des modalités d'organisation, sur des procédures d'action, sur des systèmes communs de référence.
- Une communication efficace (un langage commun pour les transmissions ciblées, une même taxonomie d'horaire, une mise en commun rapide et efficace des informations).
- Une coopération efficace c'est-à-dire dont le choix est adapté aux situations, qu'elles soient de routine ou d'urgence, une capacité à négocier les conflits...
- Un savoir apprendre collectivement. L'apprentissage trouve sa source dans le travail lui-même et en particulier dans le travail en collaboration avec les autres. Citons notamment les groupes d'échanges de pratiques, les retours d'expériences de formation, l'analyse collective de dysfonctionnements, le partage d'expériences et d'acquis en vue d'un enrichissement collectif.

Au même titre que la compétence individuelle, la compétence collective résulte de trois conditions : le *savoir agir* (la capacité de mobiliser et de combiner des ressources), le *pouvoir agir* (l'accessibilité aux ressources extérieures, les moyens mis à disposition pour agir, ...) et le *vouloir agir* (l'implication, la motivation). Il n'y a compétence collective que s'il y a mise en commun pour co-agir.

La compétence s'avère donc une notion indispensable mais qui n'existe pas indépendamment du sujet et du groupe qui la portent et dont elle est indissociable. Ce que nous rencontrons dans notre réalité professionnelle, ce sont des personnes et des groupes plus ou moins compétents.

2.2.3 Gestion de la compétence

La gestion des Ressources Humaines englobe des domaines variés tel que le recrutement et l'intégration, la formation, la communication, l'évaluation, la gestion prévisionnelle de l'emploi. Cette gestion relève de plus en plus de fonctions et de responsabilités partagées. Le cadre de proximité ancré sur le terrain, au contact rapproché avec les individualités et le groupe joue un rôle non négligeable dans plusieurs de ces domaines.

*« La finalité de la gestion des Ressources Humaines est
de disposer à temps,
en effectifs suffisants,
et en permanence
des personnes compétentes et motivées
pour effectuer le travail nécessaire
en les mettant en situation de valoriser leurs talents
à un coût salarial compatible avec ses objectifs économiques
et dans un climat social le plus favorable possible ».²⁴*

Sur base du fil conducteur qu'est la compétence, l'infirmier chef d'unité participe au maintien et au développement de celle-ci dans son équipe. La politique de formation permanente s'inscrit dans cette dynamique mais elle n'est pas la seule car tout ne se résout pas par des séances de formation. L'infirmier chef d'unité par son management et son leadership doit veiller à

- créer des conditions de travail favorables à la mobilité, la polyvalence, la prise d'initiatives, l'autonomie
- s'appliquer à la délégation et à l'accompagnement de ses collaborateurs
- susciter et gérer des situations professionnelles expérientielles en vue d'améliorer les savoirs et savoir-faire expérientiels et opérationnels, dans un climat sécurisant qui autorise les prises de risque, les essais et les erreurs
- favoriser l'intégration des nouveaux membres de l'équipe

²⁴ Meignant A, *Manager la formation*, Paris, Ed. Liaisons, 1997, p21

- susciter le vouloir agir en créant un contexte incitatif à l'action, un contexte de reconnaissance et de confiance, en renvoyant une image positive de soi au collaborateur
- assurer le pouvoir agir en veillant à la mise à disposition des moyens nécessaires à l'action, l'accès aux ressources de réseaux.

La formation au sens large (séances de formation, apprentissage, entraînement, tutorat, mise en situation professionnalisante...) sert essentiellement à entretenir et à enrichir le capital des ressources incorporées c'est-à-dire inhérentes aux individus, à entraîner leur mobilisation et leur combinaison. Elle participe avec l'organisation des situations de travail à la professionnalisation des collaborateurs. L'analyse des besoins ciblera les besoins réels, qu'ils soient de formation ou autres. Elle concourt donc à poser les bonnes questions et à adapter les réponses. Nous sommes conscients que dans un environnement contraignant (social, économique, juridique, hiérarchique), confronté à des rapports de force multiples et variés, avec des processus (pratiques, outils, usages...) sur lesquels il n'a qu'une emprise toute relative, l'infirmier chef d'unité travaille davantage dans une optique de développement de compétences que réellement de management par les compétences.

2.3 De l'analyse des besoins à l'analyse des besoins en formation

2.3.1 Définition

L'**analyse**, du grec analisis : décomposition, se définit dans le Robert²⁵ comme

- une décomposition d'un corps, d'une substance en leurs éléments constitutifs
- une opération de l'esprit qui consiste à décomposer un tout en ses éléments afin de déterminer leur matière et leur structure,

²⁵ Le Robert de poche, op. cit., p 26

- une étude faite afin de déterminer les différentes parties d'un tout, de déterminer ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres

Soulignons qu'en chimie (le tout égalant la somme des parties), il est aisé de pouvoir recomposer à l'identique ce qui a été décomposé en parties.

Par contre en sciences humaines le processus d'analyse permettra une décomposition mais la recomposition à l'identique sera impossible tant la maîtrise de la connaissance est imparfaite.

De Ketele, Chastrette, Mettelin, Cros et Thomas²⁶ définissent le **besoin** comme un écart entre le vécu et le souhaitable.

Barbier et Lesne²⁷ soulignent l'ambiguïté du concept de besoin, liée à ses connotations à la fois objective et subjective : *objective* dans le sens où le besoin est sensé être le reflet d'une nécessité naturelle ou sociale et *subjective* dans la mesure où il n'existe qu'à travers le filtre des perceptions de l'individu. On ne rencontre jamais que des expressions de besoins formulés par des individus pour eux-mêmes ou pour d'autres. Il n'y a donc pas de besoin en dehors du discours de personnes qui se construit à partir de leur perception de la réalité.

S'appuyant sur cette approche, Bourgeois ajoute la perspective des moyens d'action susceptibles de réduire l'écart entre les situations réelle et idéale . Selon lui le besoin se conçoit comme une construction mentale articulée autour de trois pôles distincts et étroitement liés :

- le pôle de la représentation de la situation actuelle dans lequel le besoin est exprimé en termes de problème, de dysfonctionnement, de nécessité : « *je rencontre des problèmes dans ...* », « *les difficultés sont ...* »
- le pôle de la représentation de la situation attendue dans lequel le besoin est exprimé en terme de désir, de souhait, de motivation : « *je souhaiterais que ...* », « *il a le projet de ...* »
- le pôle de la représentation des perspectives d'action dans lequel le besoin est exprimé en terme d'action à mener pour transformer une situation actuelle en situation attendue : « *il faudrait que ...* » , « *pour y arriver ...* »

²⁶ De Kelele J.M. et al., *Guide du formateur*, Bruxelles, Ed. de Boeck, 2^{ème} édition, Bruxelles, 1989, p15

²⁷ Barbier J.M., Lesne M, *L'analyse des besoins en formation*, Paris, Ed. Robert Jauze, 1977, p18

Il suffirait qu'un seul des trois pôles soit saillant dans la perception d'un acteur pour qu'un besoin soit exprimé. Il nous semble donc qu'il ne suffit pas de demander les besoins pour qu'ils soient exprimés de façon fiable. Encore faut-il que cette expression soit exploitable et exploitée. Des besoins peuvent être exprimés sans qu'ils correspondent à des besoins réels de formation : un salarié qui exprime le souhait de se former en anglais ne signifie pas nécessairement qu'il en ait besoin dans le cadre de son activité. L'explication serait à rechercher dans la confusion entre l'analyse des besoins en formation et l'intérêt que porte un individu à un aspect de la pratique professionnelle. Quand un besoin exprimé justifie un changement, une adaptation, ce n'est pas toujours la formation qui permettra le mieux de l'obtenir : il peut être plus pertinent de recourir à une restructuration ou à une embauche de personnel.

La plupart du temps le supérieur hiérarchique joue un rôle important dans le processus qui va de l'identification du besoin à la satisfaction du besoin, avec toute sa connotation personnelle à la fois objective et subjective. Quelque soit la méthode utilisée par le supérieur hiérarchique, il ne lui faudra jamais oublier le danger de confondre envie et besoin de l'individu ou de l'organisation.

Ainsi nous pouvons envisager différents cas de figures repris par Meignant²⁸ :

= Besoin	≠ Envie
----------	---------

Le besoin en formation existe mais les personnes concernées n'en ont pas envie

- La formation n'est pas comprise dans sa motivation
- L'individu n'adhère pas aux objectifs du service ou institutionnels

Que faut-il faire ? Forcer ? Ou abandonner, remotiver ?

≠ Besoin	= Envie
----------	---------

²⁸ Meignant A, op. cit., p183-185

- Un choix individuel qui n'apporte rien à son poste de travail. Certaines institutions acceptent cette démarche pour que le travailleur se sente valorisé. Ce dernier va se former au nom du droit.

≠ Besoin	≠ Envie
----------	---------

- Une formation mal ciblée et rendue obligatoire : « *il faut y passer...* ». Il est clair que le rendement est généralement faible dans pareil cas.

= Besoin	= Envie
----------	---------

- C'est une situation idéale qui exige une prise de conscience de la hiérarchie et un soutien aux objectifs institutionnels et/ou du service.
- Elle nécessite une sensibilisation sur le terrain. La formation apporte un plus à la vie quotidienne, visant la résolution d'un problème ou d'un changement bien identifié.
- La formation permanente permet un développement des compétences individuelles voire des compétences collectives.

Des besoins, s'ils peuvent être perçus, peuvent également être non perçus ou mal perçus par un individu (alors que reconnus par un observateur extérieur). La non perception peut être attribuée soit à des mécanismes de défense soit à une méconnaissance d'une partie de sa pratique professionnelle ou à l'ignorance d'une évolution prochaine de son poste de travail. Le fait alors qu'un individu n'exprime rien ne peut être interprété comme une absence de besoin.

Barbier et Lesne²⁹ définissent l'analyse des besoins comme une pratique de production d'objectifs . Cette démarche s'appuie sur l'expression de besoins, expressions qui peuvent être variées tant dans leur manifestation que dans leur contenu, parce que notamment tributaires des conditions méthodologiques d'analyse (entretien individuel, entretien de groupe, ...) et des conditions sociales

²⁹ Barbier J.M., Lesne M, op. cit., p23

et psychologiques dans lesquelles elle s'effectue (climat de travail perturbé, ...). Cette analyse de besoins ne peut se contenter de décrire la situation d'un individu ou d'un groupe d'individu mais doit aboutir à la définition d'objectifs de changement ou d'évolution. Il convient alors de classer ces objectifs en deux catégories : ceux qui impliquent un changement nécessitant la mise en œuvre de moyens de formation (objectifs inducteurs de formation) et ceux qui n'impliquent pas directement ce type de changement mais plutôt la mise en place d'autres moyens comme une réorganisation du travail, une mobilité accrue du personnel, un recrutement... Personnellement nous relevons le caractère indissociable de l'analyse des besoins du cadre des activités professionnelles. De même nous soulignons pour l'infirmier chef d'unité l'importance même de cette démarche qui, par une analyse rigoureuse, clarifiera les objectifs socioprofessionnels de changement nécessaires à son unité, que ces derniers se traduisent par des objectifs de formation ou non et adaptera ses actions, en réponse adéquate et réaliste.

Selon Bourgeois³⁰, l'analyse des besoins en formation est « *une démarche de production d'objectifs inducteurs de formation pertinente à partir d'une analyse des objectifs socioprofessionnels par rapport auxquels une action de formation pourrait prendre son sens* ». L'auteur insiste lui aussi sur l'ancrage de la démarche dans le champ socioprofessionnel (c'est-à-dire relatif au travail, aux activités que les acteurs exercent dans le cadre d'une organisation). Il souligne également un problème important à savoir la marge de liberté dont dispose l'analyste, notamment un détachement suffisant de l'emprise des conditions institutionnelles de l'analyse.

L'analyse des besoins est à la fois un *processus de clarification* de ces besoins autour des trois pôles proposés par Bourgeois. Le décodage du discours des acteurs concernés permet de rechercher les solutions les plus appropriées par rapport à l'environnement socioprofessionnel.

L'analyse des besoins est également un *processus de négociation*. Toute analyse doit en effet conduire à une prise de décision : décision de mener une action de formation si ce type d'action est le plus pertinent, ou une combinaison d'une action de formation et d'un autre type d'action, voire une décision de ne pas recourir à la

³⁰ Bourgeois E., cité dans *Méthodologie de formation d'adulte*, cours de Florin Ch., Cadre en soins de santé, Ecole de promotion sociale de Tournai, 2006-2007

formation. Mais quelque soit la décision, l'adhésion de tous les membres concernés est souhaitable et donc une logique de négociation est de mise. Le besoin de formation est donc la résultante d'un processus associant les différents acteurs concernés et traduisant un accord entre eux sur des « manques » à combler. Cette définition met en avant d'une part une dimension sociale, traduisant un compromis entre des acteurs et d'autre part une dimension opérationnelle autour d'un « manque » à combler nécessitant une action de formation.

Nous pourrions donc conclure en qualifiant l'analyse des besoins en formation comme un processus d'observation, de collecte de données (faits, opinions, attitudes) et de réflexion, visant

- à identifier les écarts (besoins) entre une situation actuelle et une situation désirée, dans un contexte socioprofessionnel précis, susceptibles d'être comblés par une action de formation adéquate,
- à identifier les contraintes (susceptibles d'être levées ou non) et les ressources (disponibles ou non) tant du champ socioprofessionnel que de la formation elle-même,
- visant à concilier au mieux les attentes de tous les acteurs concernés par la démarche.

2.3.2 Objectifs de l'analyse des besoins en formation

La finalité première de l'analyse des besoins en formation est de produire des objectifs de formation pertinents et réalistes. Tout plan de formation repose sur une identification et une analyse des besoins en formation. Nous pouvons relever plusieurs fondements à l'élaboration d'un plan de formation et donc à sa phase préliminaire qu'est l'analyse des besoins en formation.

- Les projets de changement ou d'investissement : ils correspondent à des choix volontaristes retenus par la direction générale ou par la hiérarchie du département infirmier.
- Les problèmes ou dysfonctionnements : procédures inadéquates, déficiences de la qualité, erreurs, mauvaise utilisation des équipements, délais non respectés...

- Les souhaits exprimés par les agents afin de faciliter leur information et formation (par exemple les nouvelles recrues), leur intégration, leur promotion, leur mobilité professionnelle ou leur développement personnel.
- L'évolution des professions : il ne s'agit pas de choix volontaristes mais d'évolutions en quelque sorte imposées par l'environnement professionnel (développement des sciences et des techniques).
- Les formations liées à l'entraînement des compétences existantes.
- Les changements culturels : la culture réfère à des ensembles de valeurs, de modes de réaction, de perceptions. Ces changements évoluent généralement lentement. Les projets de service ou son environnement peuvent entraîner la nécessité d'un changement culturel.

Il est donc indispensable de préciser la contribution attendue de la formation en identifiant parmi tous les facteurs ceux qui ont une incidence sur un problème ou un projet, ceux qui relèvent particulièrement d'une formation.

Il faut décrire et comparer les profils professionnels réels et souhaitables, notamment disposer si possible de référentiels d'emplois rédigés en terme de compétences attendues et établir un bilan des compétences actuelles et potentielles.

Il faut préciser les contraintes à prendre en compte (contraintes de temps, de budget, les priorités)

Il faut traduire en priorité les besoins de formation en objectifs de formation qualitatifs et/ou quantitatifs car l'analyse des besoins en formation se doit d'être transcrite en objectifs *opérationnels*.

Ces objectifs doivent être définis en *termes opératoires* ; en spécifiant les critères de réalisation pour qu'ils soient *évaluables*, en terme de comportements globaux et en précisant les délais dans lesquels ils doivent être atteints. De cette phase de diagnostic dépend le succès ou non de tout programme de formation.

Ce type d'analyse peut porter sur différents niveaux, au niveau individuel, organisationnel ou stratégique. L'infirmier chef d'unité n'a évidemment pas un accès identique à tous ces niveaux d'analyse. Il est clair que les stratégies de l'institution lui sont souvent inconnues et ce dernier doit la plupart du temps s'en accommoder. L'analyse au niveau organisationnel et au niveau individuel ne relève pas uniquement des attributions du chef d'unité. Ce dernier y participe en collaborant avec d'autres acteurs tels que le directeur du département infirmier,

l'infirmier responsable de la formation permanente, le cadre intermédiaire responsable de l'hygiène hospitalière, des acteurs d'autres disciplines... Il participe également à répertorier les dysfonctionnements, les procédures inadéquates, à collecter et à transmettre les souhaits exprimés par les agents ou à préciser les nécessités de changements dans son unité. Ces responsables de terrain, à l'interface des membres de leur unité, de leur hiérarchie, des collaborateurs multidisciplinaires, jouent un rôle de premier plan dans le développement des compétences tant en amont de la formation, que pendant et en aval de la formation (par la mise en application au retour d'une formation des compétences acquises). Les chefs d'unité sont à la source de bon nombre d'informations par leur observation participante, leur écoute active, leurs contacts variés et sont moins coûteux que des analystes extérieurs à l'institution.

Nous pouvons conclure que l'analyse des besoins en formation a pour but de décider de la meilleure stratégie d'intervention (formation et/ou autre), celle qui réduira ou éliminera les écarts entre la situation actuelle et la situation attendue, au bon moment, au meilleur coût et pour les individus ciblés. Elle constitue un intrant incontournable à la conception même de la formation puisqu'elle lui fournit des éléments pertinents d'orientation, de planification, de formulations d'objectifs d'apprentissage, d'évaluation.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1 Présentation

3.1.1 L'enquête

« Pour disposer de l'encadrement en personnel requis ...sur le plan qualitatif »³¹, nous partons du constat que l'infirmier chef d'unité a légalement comme mission de stimuler la formation permanente de ses collaborateurs. Une analyse des besoins en formation permet d'optimiser l'adéquation entre les besoins réels de l'unité et les objectifs des formations proposées. Au sein d'une institution hospitalière choisie, notre recherche s'attache à explorer les pratiques des ICU en matière de gestion de la formation permanente en général et d'analyse des besoins en formation en particulier. L'institution est reprise comme un hôpital général aigu, appartenant au groupe des hôpitaux de 450 lits et plus³² et dont les activités sont réparties sur plusieurs sites. En accord avec la direction de l'hôpital et pour des raisons de confidentialité nous ne désirons volontairement pas nommer cette institution de soins. Ceci pourrait constituer un biais à notre enquête si nous n'assurons pas nos lecteurs de notre indépendance intellectuelle et méthodologique vis à vis de cette organisation hospitalière.

La population des infirmiers chefs d'unité comprend 48 personnes pour l'ensemble des sites.

3.1.2 La méthode

L'objectif de prospection nous a donc amené à choisir une méthode *exploratoire*, à *visée qualitative*. Celle-ci tend à recueillir des informations autour de notre questionnement de départ et à analyser des pratiques professionnelles des ICU. Elle ne vise à recueillir ni la vision du personnel soignant ni celle de la direction du

³¹ AR du 13/07/2006 op. cit., article 7, annexe I.

³² AR du 25/04/2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des Hôpitaux.

département infirmier mais bien à permettre à un observateur (au sens générique du terme) extérieur d'analyser des pratiques actuelles au travers du discours des praticants eux-mêmes. Elle se base

- sur une lettre adressée au directeur du département infirmier pour obtenir l'accord officiel de pratiquer l'étude dans son institution.
- sur une lettre envoyée à tous les chefs d'unité. Le but est d'expliquer la finalité de notre recherche, de rassurer ceux-ci en leur garantissant la confidentialité, l'anonymat et toute absence de jugement sur les données récoltées et de susciter leur participation.
- sur l'envoi d'un courrier de rappel après deux semaines si nécessaire.
- si nécessaire c'est-à-dire si le nombre de participants est particulièrement élevé, sur l'envoi d'un questionnaire aux chefs d'unité ayant accepté de collaborer à l'enquête : l'objectif de ce questionnaire (exploration de première intention) est de lister, de cerner avec plus de précision ces participants. Ce questionnaire sera dépouillé et un échantillon sera prélevé, par tirage au sort mais avec contrôle de catégories (site, sexe, formation initiale de l'infirmier chef d'unité).
- sur des entretiens semi-directifs avec les individus constituant notre échantillon.
- sur un entretien semi-directif avec le responsable de la gestion des ressources humaines pour nous informer des modalités de financement dont dispose l'institution.
- sur un entretien semi-directif avec un directeur adjoint du département infirmier (DADI) afin de nous éclairer sur les pratiques en usage dans l'institution en matière de formation permanente.

3.1.3 Les limites et points forts de l'enquête

La recherche ne se prétend *pas exhaustive* puisque seuls les infirmiers chefs d'unité ayant accepté de collaborer ont été interviewés.

Nous avons opté pour des *entretiens* en misant davantage sur la propension de l'infirmier à s'exprimer plus facilement oralement. L'expression orale sera

probablement plus productive que l'expression écrite. Ils traduisent uniquement une « déclaration du faire ».

Les entretiens sont menés *individuellement* afin d'éviter un temps de parole partagé donc limité et une richesse du discours de ce fait probablement plus modeste.

De notre choix d'entretien *semi-directif* le discours se trouve circonscrit par les thèmes abordés. Les questions ouvertes sont choisies pour éviter une dimension normative des réponses. Elles incitent à la liberté d'expression, à l'utilisation de son propre langage et à la possibilité de développer certains aspects particuliers de ces thèmes. Nous sommes conscients que le biais de désirabilité sociale ne peut être complètement maîtrisé.

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des objectifs de la recherche. Il a été testé auprès de deux personnes et adapté. Ce dernier est mémorisé afin de favoriser l'écoute active et une plus grande disponibilité intellectuelle ainsi que pour respecter la spontanéité de l'enquêté. Seules les questions majeures sont posées vu l'optique d'entretien semi-directif. Les sous-questions sont conservées en réserve et utilisées pour relancer l'entretien et susciter l'expression d'informations complémentaires. L'autorisation d'enregistrement est systématiquement demandée et respectée. Les entretiens sont intégralement retranscrits ultérieurement pour éviter un filtrage immédiat et spontané des informations. Ces derniers se déroulent pendant les heures de prestation des infirmiers chefs d'unité (avec l'accord de la direction du département infirmier). Les date, heure et lieu sont laissés à l'appréciation des enquêtés afin d'établir un climat convivial.

3.1.4 L'analyse de contenu

Le matériel récolté est donc spécialement créé par la recherche. *Tous* les entretiens, menés sur base d'une grille identique, sont soumis à analyse. L'analyse de contenu se veut capable d'effectuer l'exploitation totale et objectivée des données informationnelles. Elle porte exclusivement sur le contenu explicite des entretiens et l'objectif pris en compte, en référence au schéma de

communication de Lasswell³³, est la teneur, la valeur informationnelle du message (le « *pour dire quoi* »). Une première analyse est réalisée verticalement pour chaque entretien et une seconde transversalement afin de réaliser une synthèse des signifiés. Des entretiens analysés sont soumis aux enquêtés concernés afin de faire *valider la signifiante des données* c'est-à-dire afin de justifier la concordance ou non entre le sens que nous leur prêtons et celui que les sujets rencontrés attribuent à leurs réponses. Ces derniers ont donc la possibilité de corroborer ou d'infirmer leurs dires et nos interprétations. Le biais de désirabilité sociale ne peut là encore être complètement maîtrisé.

3.2 Résultats

L'accord du département infirmier a autorisé la recherche au sein de cet établissement hospitalier.

Quatorze ICU répartis sur trois sites (douze + deux après un rappel quinze jours plus tard) ont accepté de collaborer à notre enquête. Afin de faciliter la lecture et de préserver l'anonymat, nous distinguons les différents sites (A, B, C) et les différents enquêtés (1, 2, 3,).

Les chiffres cités (par exemple 10/14) représentent le nombre d'ICU qui se sont exprimés sur un thème par rapport au nombre total de l'échantillon. Ces chiffres ne servent qu'à indiquer une tendance et ne se revendiquent aucune valeur statistique.

Vu le nombre de participants nous n'avons pas envoyé de questionnaires mais avons opté pour procéder directement au recueil des données par entretiens. Les quatorze entretiens se sont déroulés entre le 10 mai et le 30 juin 2007.

Trois entretiens analysés (un choisi par nos soins et deux choisis au hasard) ont été soumis à l'épreuve de validité de signifiante : les trois ont été validés.

Les quatorze ICU sont tous, à l'exception d'un seul, porteur du titre de praticien de l'art infirmier. Certains ont suivi une année de spécialisation et sont donc porteurs d'un titre professionnel particulier.

³³ Annexe VIII, schéma issu de Mucchielli R, *L'analyse de contenu*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 9^{ème} éd. 2006, p27

Un seul est porteur du titre de Licencié en Sciences hospitalières. Neuf d'entre eux ont obtenu le diplôme de Cadre en soins de santé. Trois ont suivi les cours de Cadre en soins de santé et sont en passe d'obtenir leur diplôme. Un seul n'a pas suivi de formation complémentaire dans le cadre de sa fonction de responsable d'unité.

Parmi ces volontaires, cinq sont des hommes et neuf sont des femmes sur une population institutionnelle répartie comme suit : onze hommes et trente sept femmes. Certains chefs d'unité ont suivi au cours de leur carrière des formations complémentaires soit dans le cadre de leur spécificité d'unité (formation donnant droit ou pas à un titre ou une qualification professionnelle particulière), soit dans le cadre de leur fonction de chef d'unité (communication, leadership, gestion d'horaire, analyse de problèmes, analyse des besoins en formation).

Ces infirmiers chefs d'unité ont été désignés à leur poste

- depuis moins de cinq ans pour cinq d'entre eux,
- entre cinq et dix ans pour deux d'entre eux et
- depuis plus de quinze ans pour sept d'entre eux.

Trois chefs d'unité sont détenteurs du diplôme de Cadre de Santé (ou sur le point de l'être) depuis moins de 5 ans.

Deux le sont depuis 5 à 10 ans.

Huit chefs d'unité sont détenteurs de leur diplôme (cadre en soins de santé ou licence en sciences hospitalières) depuis plus de 10 ans.

Tous les entretiens ont été exploités.

Nous avons opté pour une synthèse des signifiés regroupés autour des axes :

Qui : qui se forme et qui gère la formation permanente

Quoi : en quoi consiste une formation, son contenu

Où

Comment : comment se pratique la formation et l'ABF

Pourquoi (origine) et **pour quoi** (finalité) : quel est le phénomène inducteur de formation ou la finalité poursuivie

Nous avons ajouté les **éléments** perçus comme **facilitateurs ou limitateurs** de la gestion de la formation permanente en général et de l'ABF en particulier.

3.2.1 Le qui

L'ensemble des ICU sont du même avis pour reconnaître que la formation permanente concerne tout le monde dans l'unité. En réalité, pour la grande majorité d'entre eux, seuls les membres du personnel demandeurs et motivés ont accès aux formations. Lorsque plusieurs collaborateurs demandent l'accès à une formation, l'ICU effectue un choix et désigne le(s) participant(s) sur base de critères tels que

- une précédente participation ou non
- le hasard ou la disponibilité (l'ICU doit assurer la permanence du travail et donc désigne le personnel devant assurer la charge de travail)
- la spécificité ou l'attrait de chacun pour un domaine d'activité particulier

La désignation s'effectue toujours parmi les volontaires. Il est très rare que les collaborateurs soient « invités » à participer à une formation s'ils n'en sont pas demandeurs sauf formations imposées par le législateur ou l'institution.

Les formateurs sont tantôt l'ICU lui-même, tantôt l'infirmier référent, le médecin, un délégué de firme ou des formateurs extérieurs.

La gestion de la formation permanente relève sans nul doute du département infirmier ne fût-ce qu'à cause du lien de subordination qui relie les membres du personnel soignant et l'ICU à son département. Le responsable de la gestion des ressources humaines (RGRH), adjoint à la direction générale, gère au sens large les ressources humaines y compris du personnel soignant. La formation permanente est surtout du ressort des directeurs adjoints du département infirmier (DADI). La demande de formation, introduite par l'ICU ou l'individu lui-même, est gérée par voie informatique. Cette dernière par l'intranet est transmise pour accord au DADI, au RGRH et au directeur du département infirmier (DDI). Une réponse est transmise par retour du courriel au demandeur avec copie à l'ICU renseignant sur l'accord ou le refus de participation et les modalités (prise en compte des frais d'inscription, de déplacement, des repas, du nombre d'heures...) Pour les formations internes à l'unité, aucune demande n'est à introduire. Il convient d'en tenir informé le département infirmier : ce qui n'est pas fait systématiquement.

3.2.2 Le quoi

Que mettent les ICU dans le contenu d'une formation. Pour les ICU interrogés, les formations permettent

- La *rencontre* (2/14) avec d'autres professionnels de même discipline ou de discipline différente (beaucoup plus rarement), le *partage d'expériences* professionnelles .
- *L'acquisition de savoir-faire relationnels* (2/14) : ces savoir-faire relationnels n'ont pas le même degré d'importance selon l'unité. Les notions citées sont la relation d'aide et la communication. Elles visent à améliorer la relation soignant-soigné ou entre soignants.
- L'acquisition de *savoirs théoriques* relatifs à la profession au sens large: des savoirs *médicaux* ayant trait aux pathologies et aux médicaments (6/14) et des savoirs *infirmiers* comme la liste d'actes et la démarche infirmière (2/14).
- *L'acquisition de savoir-faire opérationnels* pour la majorité des entretiens (11/14) : des techniques, des procédures, l'utilisation de matériel. Ces savoir-faire sont *spécifiques* à l'unité. Les formations extérieures permettent la constatation de ce qui est appliqué ailleurs. Elles permettent éventuellement une application concrète dans l'unité ou au contraire sont impossibles à transposer dans l'unité pour des raisons diverses.
- *L'acquisition de savoir-faire cognitifs* : un seul entretien fait référence à une capacité d'analyse, de raisonnement par analogie.
« *Donc, quelqu'un qui a bien pigé le truc va revoir, analyser la situation lui-même et y faire face. Par contre, quelqu'un qui est un peu en dedans par rapport à ça, qui n'a pas encore rien connu d'autre, là on se rend compte que cela ne va pas. C'est beaucoup d'expériences en fait* »
- Trois entretiens insistent davantage sur des savoirs *pratiques* que sur des savoirs théoriques.
- Trois d'entre eux relèvent une différence entre la formation et *l'information*.
- Les formations en vue de l'obtention d'un titre, d'une qualification professionnelle particulier (10/14) ou d'une expertise (6 sur les 10). Un seul entretien cite la *passerelle* entre l'aide soignant et l'infirmier.

Nous relevons quelques adjectifs qualificatifs attribués au contenu de formation :

- Concret
- Utile
- Pratique
- Du vécu
- Pas trop médicalisé
- Pas trop complexe
- Du journalier
- Diversifié
- Constructif
- Adapté

3.2.3 Où

Les formations s'effectuent en interne : nous distinguons les formations au sein de l'unité ou au sein de l'institution. Les formations institutionnelles sont généralement imposées et obligatoires pour la population ciblée par le département infirmier (DI). Certaines formations dans l'unité, organisées avec une participation de délégués de firme extérieure, ne sont pas toujours mentionnées au DI, ce qui va à l'encontre de la politique départementale.

Les formations peuvent être suivies en extérieur (cours de promotion sociale, séminaire et congrès en Belgique ou à l'étranger). Toute formation extérieure doit faire l'objet d'une demande officielle. En fait lorsque le Fonds mécénat du service finance une formation extérieure, celle-ci n'est généralement pas mentionnée au DI.

3.2.4 Le comment

La formation permanente est assurée de diverses manières. Les ICU font référence à des moyens mis en œuvre qui pour certains forment directement les individus (formation de première intention), notamment :

- o des séminaires dans l'unité ou l'institution, pluridisciplinaires ou non (10/14)

- des séminaires et congrès à l'extérieur de l'institution (en Belgique ou à l'étranger) (9/14)
- l'accompagnement et l'encadrement d'individus ou groupes d'individus. (8/14)
- des supports écrits (affiches, notes de service)
- les réunions de service où un temps de parole est réservé à la formation
- l'autoformation (2/14)

D'autres moyens par lesquels les individus sont indirectement formés (formation de seconde intention) tels que :

- les transmissions interindividuelles (l'ICU ou l'infirmier référent répercute individuellement ses savoirs et savoir-faire à d'autres personnes de l'unité)
- les transmissions groupées (retours de formation où l'individu formé fait part de ce qu'il a appris) (5/14)
- les partages de pratiques professionnelles, d'expériences, de difficultés au cours de situations de travail au sein de l'unité. (3/14)

L'accompagnement et l'encadrement des nouveaux membres du personnel sont largement pris en compte par tous les ICU. Ces nouveaux collaborateurs sont formés « *sur le tas* », accompagnés ou encadrés par des collègues ou l'ICU lui-même, pendant une période pouvant aller jusqu'à deux ans.

L'ABF a été réellement abordée avec 13 ICU. Nous avons été confronté à une seule réaction d'évitement. Les ICU axent essentiellement leur analyse par rapport

- à des demandes du personnel majoritairement
- à des dysfonctionnements et problèmes
- à des offres de formations ; celles-ci étant liées aux demandes du personnel

Les obligations légales ou institutionnelles ne requièrent pas d'analyse.

« ...mais quand on parle de formations ...qui sont obligatoires... cela voilà, je veux dire cela facilite un peu les choses, parce qu'on dit « vous devez vous inscrire », vous vous inscrivez et, en général, ils s'inscrivent, ils le font. »

L'analyse s'avère « *très difficile* » pour A1 qui argumente qu'elle relève essentiellement de la hiérarchie du département infirmier parce qu'elle requiert une maîtrise d'outils et une formation adéquate. Pour C2, elle est évidente.

A4 estime qu'elle n'est pas « *un audit externe* » mais doit se faire dans l'unité. Pour l'un d'entre eux, l'ABF n'est pas nécessaire parce que « *j'ai assez de personnel en formation.* »

L'ABF se caractérise aussi par les notions suivantes :

- au « *feeling* » (1/13)
- « *au coup par coup* » (3/13)
- « *de manière empirique* » (1/13)
- « *intuitive et non réfléchie* » (1/13)

« *Et c'est une analyse qui n'est pas structurée mais qui est liée à mon mode de fonctionnement et qui n'est donc pas formalisée, c'est beaucoup plus intuitif et en fonction des situations.* »

L'ABF est grandement facilitée par

- o l'observation majoritairement (8/13)
- o le dialogue au cours de réunions ou d'entretiens individuels (7/13)
- o l'écoute active (3/13)
- o une bonne connaissance de son équipe (2/13)

« *Bien connaître le fonctionnement de son équipe correspond plus ou moins à une analyse des besoins ...* »

- o l'accompagnement et l'encadrement du personnel (2/13)

Huit ICU font référence à un processus de réflexion et de décision découlant de leur fonction. Parmi ceux-ci six ICU citent en même temps l'observation et le dialogue comme outils d'analyse indispensables.

Le processus d'ABF n'est jamais formalisé. Le résultat d'un processus mené mentalement est formalisé exceptionnellement par deux ICU.

3.2.5 Le pourquoi et pour quoi

Quel est, aux dires des ICU, le phénomène inducteur de formation ou le but poursuivi par la formation de leurs agents ?

- a) Les infirmiers chefs d'unité (9/14) relèvent l'entraînement de compétences existantes. L'objectif est de lutter contre l'usure du temps, de maintenir la compétence individuelle ou collective.

« *Il y a des connaissances qui s'effilochent* »

« ... il faut aussi revoir certaines choses »

« On rentre parfois dans une certaine routine et on ne se rend plus compte de ce qu'on ne fait plus ou de ce qu'on ne fait pas »

« Ce sont des choses qui doivent être réactualisées, qu'il faut entretenir »

Ils parlent de « rappels » d'acquis antérieurs, de « remise en question de ses connaissances », de « la méconnaissance des infirmières plus âgées ».³⁴

La réactualisation des compétences de l'un peut induire la réactualisation des compétences de l'équipe. Ainsi la formation touche directement les individus qui y participent mais également indirectement la collectivité grâce aux retours d'expériences de formation.

« ... elles (les infirmières) peuvent ristourner cela au niveau du personnel »

« ...c'est toujours l'effet boule de neige... »

- b) Les infirmiers chefs d'unité (8/14) font référence aux formations liées à un problème à résoudre ou à un dysfonctionnement clairement identifié auquel il faut pallier.

Sont cités

les « *procédures inadéquates* »,

les « *notions non acquises* »,

un « *manque de connaissances* »,

une « *mauvaise utilisation du matériel* » justifiant d'en réexpliquer l'emploi,

des « *manques de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être* »,

des « *méconnaissances* » dans le sens d'ignorance.

- c) Les formations peuvent être liées à un projet de changement (5/14) Le but de la formation est donc d'acquérir de nouvelles compétences

³⁴ Méconnaissance dans le sens de non identification de quelque chose de connu ou d'ignorance.

nécessaires à la réalisation d'un projet de changement à moyen terme. Nous regroupons les notions exprimées sous les rubriques soit

- de projets institutionnels imposés explicitement ou perçus comme tels.

« par exemple, au niveau diabète les choses sont alors organisées par la personne qui s'en occupe normalement et qui met en place des choses concrètes au sein de l'institution. C'est intéressant parce que c'est vraiment ciblé et ça répond normalement spécifiquement aux besoins de l'institution, en tout cas aux besoins que la personne qui s'en occupe a en tête ».

Sont repris les formations en hygiène hospitalière (hygiène des mains), les moyens de contention, la formation accueil, la formation lombalgies, le dossier infirmier informatisé, les changements d'unité et donc l'acquisition des compétences ad hoc.

- de projets d'unité, cités par une minorité d'infirmiers chefs d'unité (5/14), projets nécessitant des formations.

A3 et C1 relèvent la volonté de disposer dans l'unité *« d'infirmiers référents par spécificité »*.

B1 et B4 font tous deux référence à des projets d'unité pour impliquer leurs collaborateurs dans des formations mais sans spécifier davantage.

« Une formation, quand elle n'est pas reliée à une idée de projet, n'a pas de sens » (A4)

- d) Les formations peuvent dépendre d'obligations légales et/ou institutionnelles (10/14). Ces formations impliquent l'acquisition de nouvelles compétences ou le maintien de compétences précédemment acquises indispensables pour répondre à une obligation légale et/ou institutionnelles :

- acquisition et maintien des titres et qualifications professionnelles particuliers tels que repris dans l'A.R du 26/09/2006³⁵.

« Pour faire valider leur titre », les personnes s'engagent dans des formations sur le long terme.

B4 fait référence au respect de la liste d'actes de l'aide-soignante d'où l'intérêt de leur « *faire connaître les limites de ce qu'elle peut faire* ».

- acquisition de certifications requises par la loi (radioprotection)
- « *...mais il faut former les gens à ce à quoi on attend d'eux.* », en référence au profil de fonction et aux compétences requises par ce dernier.

e) Les formations peuvent découler de l'évolution prévisible de la profession. Les ICU (7/14) font régulièrement référence à l'évolution naturelle de la profession justifiant, sous l'impulsion de l'institution, de s'adapter à des nouveaux matériels, techniques ou technologies (informatique).

« *Il faut rester au fait des choses qui évoluent* ».

f) Les formations peuvent être liées aux souhaits exprimés par les agents. De nombreux ICU (11/14) citent le choix volontaire d'une unité ou l'évolution volontaire d'une carrière et font de ce fait référence à la formation de leur nouveau personnel. Ils recueillent aussi et traduisent des besoins de formation exprimés par leurs collaborateurs : ils citent

- « *l'intérêt* »
- « *ce qu'elles aiment...* »
- « *l'envie de ...* »
- « *elles ressentent le besoin de faire quelque chose* »
- « *besoin de se ressourcer* »
- la volonté d'acquérir un titre, une qualification, une expertise
- « *partager un vécu professionnel* »
- reconnaître un manque de compétence, « *je ne sais pas faire* », « *je n'ai jamais fait* »
- « *se remettre en question* »
- un développement personnel, « *une transformation* »
- la formation comme « *récompense* »

³⁵ Annexe VI

- « *rencontrer d'autres professionnels* »
- « *un manque de confiance en soi* »
- « *le désir* »

Certains éléments (nouveaux ou repris sous d'autres thèmes) sont catalogués par les ICU comme des éléments facilitateurs ou limitateurs de la formation permanente et de l'ABF.

3.2.6 Les éléments facilitateurs

Les éléments facilitateurs cités sont repris autour des points suivants :

➤ La formation elle-même

- Son contenu

Les adjectifs qualificatifs repris sous la rubrique « Quoi » (p35) attribuent par leur présence une connotation positive au contenu d'une formation. Au contraire leur absence en soulignent plutôt un aspect négatif.

A2 signale que plus la formation est attachée à l'individu, plus elle est enrichissante.

« Lorsqu'il s'agit d'un savoir théorique, vous pouvez préparer un exposé et le proposer à vos collègues, tandis que ce genre de formation est attaché à l'individu ; mais l'individu, personnellement, il a gagné beaucoup. »

- Le lieu de formation

Pour certains ICU, une formation à l'extérieur de l'institution, voire à l'étranger, est plus attractive. Pour d'autres la formation en interne est plus facile et moins coûteuse.

- Le temps de formation

Majoritairement les ICU spécifient que les heures de formation reprises comme heures de prestation améliorent le taux de participation et la motivation.

- Les formateurs

Lors de l'intégration des nouveaux membres du personnel, A1 relève que la désignation de plusieurs « *parrains* » est un avantage.

Les formateurs extérieurs sont en général des experts dans leur domaine, ce qui enrichit la qualité d'une formation.

A2 propose quant à lui d'exploiter davantage les ressources institutionnelles.

➤ L'apprenant (7/14 ICU y font référence 17 X)

Les éléments facilitateurs suivants sont relevés

- L'autoévaluation qui facilite l'implication de l'individu
- La motivation illustrée aussi par d'autres termes comme « *l'envie* », la « *volonté* », le « *demandeur* »
- Le personnel doit avoir la possibilité d'introduire personnellement une demande. Il doit « *se sentir entendu* », être « *responsabilisé* », prendre « *conscience de ses manques* », supporté par « *une relation de confiance avec l'ICU* ». Certains traits de personnalité facilitent également la formation des individus : « *battant* », « *travailleur* », « *volontaire* ».

➤ L'environnement de l'unité dans lequel nous retrouvons :

- les qualités d'une équipe et d'un travail collectif améliorant le désir de transmettre et d'apprendre

« *Ici, notre force, et j'en suis persuadée, c'est la cohérence et la cohésion de l'équipe, et la sensibilité de l'équipe, la relation d'aide et tout vient s'imbriquer autour de ça.* »

« *L'équipe s'entend bien, donc il n'y a pas de soucis.* »

« *J'ai un esprit maintenant qui est bon dans l'équipe ...* »

- une bonne collaboration avec les autres disciplines de l'unité

« *Je suis persuadée que marcher chacun dans son créneau, dans son petit couloir, ce n'est pas efficace du tout et le patient ne s'y retrouve pas dans les gestes, cela vaut donc une formation.* »

- les compétences de l'ICU (9/14 y font référence 30 X) notamment
 - ✓ sa personnalité et sa propre motivation
 - ✓ la prise de conscience de ses propres limites
 - ✓ sa capacité de remise en question
 - ✓ ses formations personnelles

« *...il y a des comportements qui sont induits, il faut quand même aller chercher pourquoi et ne pas commencer à juger avant de savoir pourquoi et, là, la formation que j'ai suivie en communication m'a bien aidée.* »

- ✓ son co-investissement en temps et en énergie
- ✓ la vision de son profil de fonction et sa « sensibilité » à ce domaine d'activité améliorant sa gestion de la formation permanente et son ABF

« ..si la chef d'unité n'est pas dans cet esprit-là, on a beau faire, les gens iront en formation, mais ce ne sera pas efficace. »

« Donc, c'est fort, fort lié ...à sa vision de son profil de fonction parce que je suis sûre que si vous demandez à tous les chefs, ils n'auront pas la même vision de leur profession... »

- ✓ ses capacités à cibler une population cible, une formation, un moment, un besoin, un formateur, une méthode

- ✓ ses facultés d'organisation, d'encadrement notamment une bonne connaissance de l'équipe et la formalisation de procédures, de gestion de conflits et de « faire des concessions en cas de tension », d'analyse de problèmes

- ✓ son management tantôt participatif tantôt directif

- ✓ ses savoir-faire relationnels comme la « manière de souligner un manquement », l' « encouragement », l'implication du personnel dans les projets d'unité, la « stimulation », sa réceptivité, le « respect et l'équité » qu'il manifeste à l'équipe, son souci d' « être constructif »

« ..si l'infirmière sait qu'elle a une chef d'unité qui veut respecter l'esprit du service et qui ne cherche pas forcément à casser l'individu. »

- L'environnement institutionnel (6/14 y font référence 20 X). L'institution et plus précisément le département infirmier (DI) pourrait avoir un rôle facilitateur (par ordre décroissant)
 - en procurant aux unités les moyens indispensables pour répondre aux projets institutionnels imposés
 - en réactualisant le profil de fonction de l'ICU
 - en imposant un nombre minimum d'heures de formation par individu
 - en associant sa vision à celle des unités (au niveau budgétaire et qualitatif)
 - en tenant compte des besoins réels des unités et y proposer des « choses concrètes »

- en concentrant les moyens humains et matériels
- en proposant un référentiel de compétences
- en améliorant sa communication et son ouverture vers les ICU

3.2.7 Les éléments limitateurs

Ces éléments sont relevés comme étant un obstacle à la formation permanente et à l'ABF.

- La formation (10/14 ICU y font référence 22 X)
 - Le coût de la formation et certainement des formations extérieures de qualité (frais d'inscription, de déplacement, de prise en charge des heures)
 - Le coût en temps : l'accompagnement individuel consomme beaucoup de temps
 - Le financement limité voire même l'« *aspect mercantile* » de la formation permanente
 - La distorsion entre le contenu de la formation et les besoins de terrain
 - Le lieu de formation éloigné (et donc les déplacements à assumer), l'étalement, une durée de formation trop longue
 - « *Imposer ne rapporte rien* »
 - Les formations longues s'achevant par un examen
 - « *Transmettre un savoir n'est pas facile* » (dans le cadre de la formation des nouveaux membres du personnel)
 - Les savoir-faire opérationnels se transmettent difficilement
 - « *Il n'est pas évident de ramener quelque chose de concret dans son unité, qui y soit applicable* »
 - Certaines formations sont perçues comme trop médicalisées, d'autres comme pas assez
 - Le manque de pédagogie de certains formateurs, notamment des médecins
 - Pour certains ICU, la non imposition par l'institution d'heures de formation minimales est un obstacle, pour d'autres au contraire une formation imposée est moins rentable

- Les membres du personnel (11/14 ICU y font référence 45 X)
 - Le co-investissement du personnel (en temps et en argent)
 - « ...*mais c'était le parcours du combattant, la veille je ne savais toujours pas si on pouvait y aller, tant pis on s'est dit on va payer et on nous remboursera après. Mais tu ne peux pas exiger ça de tout un chacun .* »
 - La passivité des individus et leur motivation insuffisante
 - Le manque de professionnalisme de certains agents
 - La résistance aux changements
 - La non expression des besoins par les agents
 - La charge de travail trop importante entraînant une saturation
 - « *Mais la charge de travail est telle qu'on n'arrive pas à motiver les gens à poursuivre leur formation permanente.* »
 - L'âge des collaborateurs (le non remplacement des réductions de temps de travail et leurs demandes moins fréquentes avec l'âge)
 - L'absence de compensation financière pour les titres professionnels
 - L'accompagnement et l'encadrement des nouveaux agents insuffisants notamment en raison des conditions de travail
 - La perception d'incohérence du DI : l'absence de réponse à une demande et l'absence de moyens pour répondre à un projet imposé engendrent de la frustration.
 - « *Quand les gens sont porteurs de s'intégrer dans un projet, leur dire non ça peut être frustrant. Il ne faut pas laisser ça sans réponse.* »
 - La polyvalence attendue du personnel infirmier nuit à ses compétences
 - « *Je ne suis pas pour, sous prétexte de polyvalence, changer les infirmières de service..* »
 - « *...c'est pour ça que les gens parachutés d'un service à un autre, soi-disant parce que les infirmières sont polyvalentes, je trouve ça un peu dangereux comme système.* »
 - Le remplacement des infirmiers absents (écartement, congé de maladie) par du personnel moins qualifié

- L'environnement de l'unité (9/14 y font référence 31 X)

- Une vision « désuète » de leur profil de fonction par les anciens chefs d'unité
 - « ...mais les anciennes chefs d'unité n'ont pas la même vision des choses. »
 - « Dans les unités de soins, les infirmiers chefs d'unité sont encore là en référents. »
- L'ICU n'est pas suffisamment formé à l'ABF
- L'ICU n'a pas toujours des compétences de formateur
- La charge de travail de l'ICU est perçue comme trop lourde
- Dans sa relation avec le DI, l'ICU exprime
 - ✓ « se sentir abandonné » par le DI.
 - « Et c'est là que je me sens un peu abandonnée, enfin presque carrément. »
 - ✓ n'être pas sûr que le DI s'intéresse aux projets d'unité et aux ABF des unités
 - « ...je ne suis pas sûre que la hiérarchie du département infirmier s'intéresse vraiment aux projets que les infirmières en chef ont dans leur service. »
 - ✓ toutes les décisions sont prises à l'extérieur de l'unité
 - ✓ l'ICU n'est pas toujours informé par la hiérarchie des demandes introduites par les membres du personnel
 - ✓ l'ICU ne perçoit pas toujours ce que le DI attend de lui
 - ✓ la frustration engendrée par l'absence de feed-back aux demandes qu'il introduit
 - « ...c'était peut être une formation importante et là, je n'ai pas eu de feed-back, je n'ai pas eu de retour. Cela, c'est plutôt frustrant. »
 - « Moi, j'ai déjà essayé avec la hiérarchie du département infirmier mais j'ai attendu 3 ans pour recevoir une réponse alors j'ai compris. »
- Les plages horaire de douze heures diminuent l'implication du personnel dans la formation permanente
- La non formalisation d'un processus d'analyse pour diverses raisons

« ...non parce que je n'ai pas le temps, il faudrait que je trouve le temps de formaliser tout cela. »

«Le processus d'Etienne Bourgeois est fort lourd, fort redondant, il pourrait être allégé. »

« ... maintenant ma manière de fonctionner ce n'est pas : "voilà, j'ai un projet, je réfléchis, je le mûris et je le conduis jusqu'à terme et dans la lignée, j'envoie des gens en formation. Et quelque part, ça va se faire un petit peu spontanément. »

- L'avortement de projets dont les actions sont trop coûteuses

➤ L'environnement institutionnel (12/14 y font référence 35 X))

- La non imposition d'évaluation régulière
- Le manque de ressources humaines
- Le manque de transparence des objectifs prioritaires de l'institution
- Le manque de communication entre le DI et les ICU notamment un manque de renseignements sur les formations extérieures, l'absence de feed-back ou un délai de réponse trop long par rapport à des demandes, des refus par rapport à des formations ou à un nombre de participants
- Les formations imposées par l'institution ne rencontrent pas les besoins de terrain
- L'absence de formations organisées par l'institution pour l'ensemble des unités mais où les agents seraient libres de participer
- Le non remboursement des frais de déplacement dans certaines circonstances
- des initiatives prises par certains ICU mal perçues par le DI
- l'absence de visibilité du responsable concret de la formation permanente dans l'institution

3.3 Analyse et synthèse

3.3.1 Le quoi

- Les formations extérieures sont essentiellement argumentées par la rencontre avec d'autres professionnels, le partage d'expériences, la connaissance de savoirs nouveaux ou de savoir-faire opérationnels appliqués ailleurs (mais pas toujours applicables dans son institution signalent A1 et A2). Ces séminaires ou congrès spécifiques à une discipline (Journées de pédiatrie, d'oncologie, d'hémodialyse ...) sont-ils toujours suffisamment orientés voire même accessibles aux praticiens de l'art infirmier ? Qui dit partage d'expériences, de pratiques professionnelles dit échange. Les membres du personnel ont-ils la possibilité de partager leurs propres expériences ? S'ils en ont l'occasion, le font-ils ? Interviennent-ils occasionnellement comme orateurs ? Les incite-t-on à le faire ? Cette démarche implique, avant même le jour J, tout un processus de planification, d'organisation, de formalisation de ce qui est présenté lors du séminaire ou du congrès. Le temps imparti à la formation s'en trouve évidemment allongé (et donc le coût) mais l'individu devient acteur à part entière de sa formation et s'implique dans une participation active avec d'autres professionnels. Les expériences partagées au sein de l'unité ou au sein de l'institution (séminaires entre sites) sont beaucoup plus interactives. Les échanges sont plus riches et constructifs surtout dans une équipe soudée et dans un climat de travail empreint de respect mutuel comme le relève B1

« avant nous on a eu des puéricultrices et cela j'ai toujours dit, j'ai toujours tenu à ce que les nouvelles infirmières qui arrivaient prennent l'avis, quand elles avaient un problème, des puéricultrices et ne se croient pas supérieures »

« ...Les nouvelles apportent de bonnes choses mais les puéricultrices avaient leur expérience et tout le monde est mis sur le même pied et le respect, ce n'est pas facile mais on y est arrivé. C'est important. »

- Nous notons que l'approche psychologique des patients chroniques est indispensable. Sur quatre unités spécialement concernées, des demandes sont formulées en ce sens dans trois d'entre elles. Toutefois A1 signale

qu'il n'y a aucune demande de formation dans son unité axée sur la relation d'aide, sur la communication ...

« *Encore une fois, à partir du moment où le besoin n'est pas exprimé...* »

Un besoin non exprimé par un individu ne signe pas l'absence de besoin.

« *Je pense que c'est difficile aussi de dire à quelqu'un, à un collègue, « tu as intérêt à te former ». C'est vachement plus dur que de lui dire d'aller travailler sur Si ça ne vient pas d'eux et si on ne parvient pas à le faire venir d'eux, c'est quand même très compliqué* » L'expression d'un besoin peut être suscitée par l'infirmier chef d'unité voire exprimé par lui-même.

La démarche relève de son rôle et dépend fortement de son leadership.

- Les savoirs relatifs aux soins de santé au sens large sont fort imprégnés du monde médical . Les chefs d'unité font référence à des formations données par des médecins sur des pathologies, des médications, des « suivis » de patients. Ces formations s'attachent aux « problèmes traités en collaboration » avec le corps médical mais qu'en est-il du rôle propre de l'infirmier ?

Seul B4 fait référence à des savoirs infirmiers (à savoir la liste d'actes des infirmiers, des aides-soignants et la démarche en soins infirmiers).

A4 dit « *Les séminaires que nous faisons étaient bien, c'était parfois des informations que les gens demandaient à avoir sur tel ou tel sujet mais le reproche qui a été fait est que ce n'était pas suffisamment médicalisé.* »

L'essentiel du travail infirmier est-il axé sur des actes prescrits ou confiés ?

Nous pouvons donc nous interroger si des raisons extérieures (manque de temps, de moyens ...) empêchent d'autres formations plus axées sur le rôle propre infirmier ou si ce rôle est perçu comme secondaire au point de ne pas susciter de formation permanente.

A2 exprime : « *...elles (les infirmières chefs d'unité) n'imaginent pas qu'une infirmière puisse parler aux infirmières..* »

- Les connaissances et savoir-faire opérationnels sont repris par la majorité des chefs d'unité. Ces savoirs et savoir-faire varient suivant la spécificité de l'unité.

Les formations extérieures visent soit à prendre simplement connaissance de ce qui se pratique ailleurs, soit avec comme objectif de rapporter quelque chose de concret qui soit applicable dans l'unité. A ce propos nous relevons les notions suivantes. Les connaissances collectées en externe sont transmissibles au reste de l'équipe pour peu que la demande en soit faite par le chef d'unité. Certains « *suggèrent* » un échange. D'autres l'exigent. D'autres encore le « *demandent et espèrent* ». La plupart de ces transmissions sont orales. Le « *quelque chose de concret* » est évidemment laissé à l'appréciation du voyageur ou des voyageurs. Certaines « *idées intéressantes* » ne sont purement et simplement pas applicables dans l'unité faute de moyens humains ou matériels.

Les savoir-faire opérationnels ne sont réellement transmissibles que si les personnes formées à l'extérieur encadrent elles-mêmes les autres membres de l'équipe.

« Il y en a deux ou trois qui sont allées apprendre à piquer dans les ports-à-cath et j'ai chaque fois mis ces filles-là avec quelqu'un d'autre ; elles ont piqué une première fois, puis elles ont écolé l'autre. » (C1)

« ...c'est toujours l'effet boule de neige, il y a un petit groupe qui se forme et puis ils forment les autres ... » (B2)

« Moi, tout ce qui est hygiène escarres, en temps de réunion, je laisse un temps de parole à l'infirmière pour expliquer toutes les nouveautés en termes d'escarres et de procédure et il y a aussi des espèces de formations comme ça quand tout le monde est réuni qui laisse l'infirmière relais hygiène expliquer à ses collègues pendant 1/4 d'heure - 20 minutes lors des réunions de service ». (B4)

Le rôle de l'ICU est à ce niveau non pas d'être le référent mais d'utiliser ses ressources internes, de susciter le partage d'expériences et d'organiser le travail de manière à permettre cette transmission et à augmenter le *Return On Investment (ROI)*

Les formations internes (dans l'unité) visent à l'acquisition et au maintien de techniques, d'utilisation de matériel, de procédures, de maîtrise de technologies. L'impact est plus grand parce que plus d'individus sont directement concernés par la formation. Souvent le choix du contenu de la formation a été choisi en concertation et le personnel y associe ses

« *problèmes de terrain* », aussi se sent-il plus motivé. Le coût est moindre (pas de frais de déplacement ou d'inscription). Les heures de formation étant toutefois considérées comme heures de prestation, persiste donc le coût horaire moyen pour chaque participant.

Les formations institutionnelles, aux mêmes avantages d'impact augmenté et de coût réduit, ont l'avantage d'être, partiellement du moins, financées par l'Etat. Si l'institution y trouve là une opportunité de soutenir son plan de formation, nos infirmiers chefs d'unité estiment que

« *On en a eu une sur le lavage des mains qui était aussi obligatoiredonc, là, la motivation est un tout petit peu moins importante probablement...* » (A1)

« *Les formations imposées du style gestion du stress, accueil, ne rencontrent pas forcément les besoins du terrain* » (A4)

« *Ce qui est imposé comme formation en général ça ne marche pas, il faut les appâter autrement ...* » (A6)

« *...mettre quelque chose en place avec des idées qui viennent de ton équipe, ...et si on te donne la possibilité de faire cette formation alors je pense que c'est quelque chose de beaucoup plus rentable que quelque chose d'imposé par l'institution* ». (C2)

- Un seul ICU fait directement allusion aux savoir-faire cognitifs, d'autres chefs d'unité y font indirectement référence lorsqu'ils parlent d'accompagnement et d'encadrement de leurs collaborateurs (essentiellement les nouveaux arrivés). Si l'accompagnement et l'encadrement reposent sur des expériences professionnelles *analysées*, ils peuvent conduire l'individu à développer des opérations intellectuelles ou simples (comme comparer, définir...) ou plus complexes (raisonnement par analogie, formulation d'hypothèses, induction, déduction ...).

Le développement repose autant sur les capacités intellectuelles de l'individu et sa motivation à apprendre que sur les compétences de l'ICU ou tout autre accompagnateur désigné par lui. Le choix de l'accompagnateur requiert donc toute l'attention et le jugement de l'ICU.

- De nombreux chefs d'unité font référence aux formations octroyant un titre ou une qualification professionnelle particuliers tels que repris dans l'A.R du 27/09/2006. Ils sont donc informés des possibilités de formation et des conditions de maintien du titre ou de la qualification, notamment le nombre d'heures de formation permanente indispensables. Si la gestion relève avant tout de l'intéressé lui-même, l'ICU reste impliqué dans cette gestion surtout si des normes d'encadrement requièrent un nombre suffisant d'agents porteurs de ces titres et qualifications. Concernant certains titres, institution et individus sont d'ailleurs en désaccord à propos de la prise en charge de ces heures de formation : l'institution estime que l'individu doit participer au coût d'investissement puisque le titre lui est personnel et qu'il est libre de s'en faire prévaloir dans une autre institution que la sienne. L'individu estime quant à lui que son titre est indispensable à l'institution et qu'il lui revient donc de prendre en charge les frais de formation.
- D'autres formations aboutissent à l'obtention d'un diplôme (diplôme de cadre en soins de santé) ou d'un certificat obligatoire³⁶ ou non (formation de courte durée octroyant une expertise dans un domaine particulier). Aucun n'a fait mention de diplôme universitaire ou assimilé. Ces formations, si elles sont légalement indispensables, sont suggérées voire parfois imposées par l'institution.

3.3.2 Le comment

Les séminaires, congrès, cours, réunions cités par les ICU sont de nature différente. Ils peuvent être organisés par l'institution dans le cadre de projets institutionnels de changement. Dans ce cas l'ICU est tenu informé de la date et du lieu. Il est invité à inscrire les participants de manière à assurer la permanence du service. Les ICU se sentent eux-mêmes moins impliqués par ce genre de formations. Sont-ils suffisamment informés par le DI sur le fond et la forme de ces séminaires pour se sentir impliqués ? Comment peuvent-ils dès lors motiver leur personnel ? Comme nous l'avons signalé, plusieurs ICU sont demandeurs d'un panel de formations accessibles à tous, organisés régulièrement par l'institution,

parmi lesquelles il n'y aurait plus qu'à choisir celles qui conviennent, en fonction de la spécificité du service mais auxquelles les agents seraient libres de participer ou non. Ces mêmes ICU (6/14) signalent organiser peu voire pas de séminaires de formation dans leur unité. Nous pouvons donc nous interroger sur les motivations d'une telle démarche : S'agit-il d'une surcharge de travail justifiant de se décharger de cette organisation auprès de l'institution ? S'agit-il d'un manque de compétences (organisationnelle, comme analyste, comme formateur) ? Quelles sont les priorités de ces ICU ? La formation permanente fait-elle partie de leurs priorités ? Le peu de motivation du personnel peut-il éventuellement expliquer l'absence de séminaires ? S'agit-il de difficultés d'organisation (trouver un créneau horaire) ou d'un manque de ressources humaines et/ou matérielles ? S'agit-il plutôt d'un souci de toucher un public plus large (en desservant plusieurs services par des problèmes communs) ?

Sur les quatre ICU préconisant fortement la formation permanente au sein de l'unité, seuls trois d'entre eux en organisent très régulièrement. Leurs contenus s'appuient sur l'entraînement de compétences existantes et le soutien de projet d'unité. Dans un même temps ces derniers appuient davantage les formations extérieures pour répondre à des obligations institutionnelles ou légales (titre, qualification, expertise). Le quatrième, bien que s'appuyant sur les mêmes arguments que les trois autres n'organise rien au sein de son unité (la raison invoquée est clairement la surcharge de travail, la saturation et donc la démotivation du personnel).

Les séminaires peuvent être interdisciplinaires à plus d'un titre : soit les médecins interviennent comme formateurs, soit dans certains services la collaboration interdisciplinaire occupe une place importante. Les rencontres interdisciplinaires (avec le psychologue, l'assistant social, le logopède, le kinésithérapeute) ne sont pas toutes à visée formative mais y contribuent toutefois aux dires des ICU. Quatre ICU font parfois appel à un formateur extérieur (délégué de firme). Il s'agit d'initiatives individuelles. La formation ne concerne que leur unité et parfois à l'insu de l'institution.

« Cela se fait ici, en petit comité et là on met un petit mot et celui que cela intéresse peut revenir pour assister à la formation. »

³⁶ Par exemple de radioprotection.

« Cela m'est déjà arrivé de demander à des firmes extérieures de venir faire des formations en interne, mais dans ce cas-là le représentant passe sur le temps de midi et on revoie un petit peu tous leurs produits, mais parfois c'est mal perçu ... »

Enfin les séminaires, congrès ou cours peuvent assurer la formation à l'extérieur de l'institution. Nous avons déjà cité les cours de promotion sociale permettant l'acquisition d'un titre, qualification ou expertise. Nous y ajoutons les congrès et séminaires organisés par des associations (infirmières ou médicales) spécifiques aux unités. Leur qualité est argumentée par la qualité (réelle ou espérée) des formateurs et leur diversité, la rencontre avec d'autres professionnels, les « *bons sujets* ». Les limites en sont très certainement que toutes les formations ne sont pas destinées au personnel infirmier mais plus largement aux professionnels de la santé. Toutes ne sont pas accessibles aux praticiens de l'art infirmier parce que trop médicalisées. La participation est plus passive et ces dernières sont très prisées même si les individus ont l'opportunité de se former dans leur unité.

« ...mais, malgré tout, les infirmières désirent aller à l'extérieur, bien qu'on leur réponde « oui, mais vous avez déjà fait autant d'heures ou autant d'heures sur..., ce n'est pas nécessaire d'aller voir ailleurs », mais elles veulent aller aux congrès extérieurs pour aller voir autre chose ».

«Je serais pour envoyer les gens dans des formations très pratiques, où les gens doivent se « mouiller », mais les infirmières n'ont pas envie d'aller à ce genre de formation. Une formation où on leur dit « il y a un examen à passer », alors elles disent non. »

Nous noterons que plus les unités sont techniques plus les formations extérieures sont recherchées. La tendance est à faire prendre en charge les séminaires par le fonds mécénat du service. Un chef d'unité relève que pour limiter une prise en charge par l'institution, son personnel part en congrès à l'étranger durant ses heures de récupération ou ses congés légaux. D'autres requièrent une prise en charge de l'institution pour les formations en Belgique notamment la prise en compte des heures.

Seule deux ICU regrettent qu'il n'y ait pas de séminaires de même spécificité entre les sites. Ceux-ci auraient existé mais n'ont plus cours actuellement. Les problèmes relevés étaient de motiver le personnel à se déplacer sur un autre site que le leur et de faire couvrir les frais de déplacement par l'institution.

Les affiches, notes de service et procédures sont des supports écrits d'apprentissage utilisés ponctuellement par la majorité des ICU. Seul un ICU les cite comme moyen quasi exclusif de transmission.

« ...je mets mes petites affiches, je n'ai pas de farde procédures et j'espère que le bouche à oreille va fonctionner. C'est dramatique. C'est fait au coup par coup, dans l'urgence. »

Nous relevons que seulement deux ICU font référence à l'autoformation et à leur rôle d'inciter leurs agents à *« aller chercher l'information là où elle se trouve »* ainsi qu'à développer par eux-mêmes leurs savoirs et savoir-faire.

Les retours au sein de l'unité de formation individuelle (repris par 5 ICU) sont soit *« demandés mais non exigés »*, soit compris comme une obligation professionnelle. Des transmissions sont essentiellement orales et non formalisées.

Les partages d'expériences, de problèmes, de pratiques professionnelles participent également à la formation permanente des individus. Ils se font au cours de situations de travail, au coup par coup. Ils ne sont praticables que basés sur une motivation de chacun, sur une acceptation mutuelle de remise en question, dans une équipe *« fortement soudée »*.

« Partager des pratiques professionnelles, c'est important, mais partager veut dire aussi accepter de se remettre en question. »

Les nouveaux membres du personnel sont formés dès leur arrivée dans le service et pendant une période variable (davantage dans un service plus pointu) avant d'envisager une complète autonomie. Cette formation est assurée par les collègues et/ou le chef d'unité. Deux ou trois formateurs attirés sont désignés (2/14) pour une question de disponibilité et de diversité.

« En même temps, c'est riche parce qu'on échange des opinions difficiles, parce que former c'est parfois délicat, surtout si, d'un point de vue personnel, ça se passe moins bien ... »

« Quand on est trois, passer un message différemment, ça permet de faire comprendre aussi. »

Notons que cette désignation est plus aisée dans les services médico-techniques et que la notion de temps y est beaucoup plus fluide ; la formation dépendant des opportunités qui se présentent.

Pour les autres cas, la formation est assurée un peu au hasard par le collègue présent et qualifié pour le faire. Les ICU font référence à un accompagnement (dans le sens de servir de guide dans un apprentissage) et à un encadrement (relatif lui à une certaine autonomie à l'intérieur d'un cadre normatif mais induisant une notion de contrôle, de « *supervision* »). L'accompagnement mentionné n'est pas toujours assuré faute de personnel qualifié ou par manque de personnel tout simplement. L'accueil de ces nouveaux se fait souvent en « situation de crise » (congés de maladie, congés légaux).

« Elle est normalement accompagnée, mais ce n'est pas toujours le cas. Pour l'instant, elle fait la nuit avec quelqu'un qui ne sait pas. »

«...on essaye de les suivre un peu mais ce n'est pas évident. »

Il n'y a pas à proprement parlé de plan de formation. Un seul ICU relève qu'il ne le fait pas et que c'est un tort. Un autre fait référence à des documents spécifiant la théorie et les savoir-faire opérationnels requis. Un troisième fait allusion à des objectifs fixés oralement.

Dans cette institution une évaluation officielle a lieu en fin de période d'essai, sur base du profil de fonction. (2/14) La formation n'irait-elle pas de paire avec l'évaluation ? Nous nous demandons également si les profils de fonction sont adaptés à certaines spécificités d'unité ou s'ils sont tout à fait génériques ? L'ICU sur base du profil de fonction sait-il « opérationnaliser » les missions de son personnel ? Un ICU regrette le manque d'évaluation régulière (les partenaires sociaux y sont opposés signale-t-il). L'évaluation officielle selon lui permet d'objectiver l'évolution des nouveaux membres du personnel mais « *une seule fois en fin de période d'essai, c'est trop long* ».

« On doit les revoir, de toute façon, encore une fois, de manière tout à fait subjective, en disant « je pense que telle ou telle chose, ça ne va pas » et voilà repartir sur ces points-là. Forcément, c'est beaucoup plus compliqué. »

L'évaluation permet autant une autoévaluation de l'individu qu'une évaluation du supérieur hiérarchique. Mais faut-il dépendre d'une évaluation officielle pour relever et exprimer ce qui doit être amélioré ? Toute remise en question et réflexion sur son travail ne dépendent-ils que d'une imposition ?

Dans leurs propos, treize ICU traitent de l'ABF dans leur unité. Majoritairement ils axent leur analyse par rapport à des demandes du personnel misant sur la motivation de celui-ci. La priorité essentielle est que les collaborateurs expriment

leur besoin et soient demandeurs de formation. Le problème reste évidemment de savoir s'il s'agit d'un réel besoin plus que d'une envie. La demande relève-t-elle d'un besoin personnel ou d'un besoin institutionnel ? Les deux sont-ils conciliables ? Nous avons relevé précédemment que les raisons invoquées par les agents seraient multiples, allant de l'acquisition d'un nouveau titre ou expertise, au fait de « *ressourcer ses batteries* », d'éviter « *c'est ça ou aller chez le psychiatre* », en passant par le développement personnel... Les demandes se réfèrent plus souvent à des formations extérieures et donc sont plus étroitement liées aux offres de formation. L'analyse s'oriente

- sur le choix de la bonne formation,
« *...à mon sens il faut cibler les formations.* »
- sur le choix de la personne adéquate,
« *Il faut trouver la personne qui réponde aux critères...* »
- sur une clé de répartition.
« *...ce ne soit pas toujours les mêmes qui aillent.* »
« *...le choix se fait en fonction des priorités, celui qui a assisté les autres années, ceux qui viennent d'arriver dans l'unité...* »
- Elle peut aussi s'arrêter rapidement voire ne jamais commencer.
« *En fait, on est content quand les gens nous demandent, parce qu'ils veulent se former. On dit, c'est bien, tant mieux, on ne va pas refuser, ce serait malvenu. Et, pour autant que le programme convienne à peu près à ce qu'on attend, OK on y va. L'analyse s'arrête là.* »
« *Je pense que c'est difficile aussi de dire à quelqu'un, à un collègue : « tu as intérêt à te former ». C'est vachement plus dur que de lui dire d'aller travailler sur Encore plus que pour le reste, si ça ne vient pas d'eux et si on ne parvient pas à le faire venir d'eux, c'est quand même très compliqué.* »

L'analyse apparaît plus facile lorsqu'elle est axée sur des dysfonctionnements même si A2 insiste à raison que « *l'analyse d'un dysfonctionnement n'est pas la même chose qu'une analyse de nouveaux savoirs à acquérir* ». Un seul ICU fait toutefois référence aux tableaux de bord.

Majoritairement les ICU s'accordent à dire qu'ils doivent décider de qui va en formation. Leurs expressions traduisent davantage que la prise de décision découle du statut de l'ICU. L'analyse découlant du rôle de l'ICU apparaît moins

clairement. Leur perception diffère : l'ABF est perçue comme très difficile pour l'un, évidente pour l'autre, comme une démarche individuelle ou collective (« *Détecter des besoins, cela se fait en équipe.* »)

Il en ressort malgré tout dans les trois cas de figure que l'ABF est plus réactive que proactive.

Les outils essentiellement cités permettent ce que Bourgeois appelle le processus de clarification notamment grâce à

- l'observation

« *Donc, c'est vraiment en allant à côté des gens que l'on peut se rendre compte s'il y a un défaut ou pas.* »

« *Je les observe en fait tout le temps.* »

- l'écoute

« *J'entends.* »

« *Quand quelque chose ne va pas, on le sait tout de suite, les portes sont ouvertes...* »

- le dialogue

« *Il est donc possible de faire une analyse des besoins personne par personne au cours d'entretiens.* »

- la connaissance de son équipe

- l'accompagnement et l'encadrement

Le processus de concertation repose essentiellement sur le dialogue durant des entretiens individuels ou de groupe.

« *En général, on le fait comme ça, on se consulte, on prend différents avis et on se rallie un peu...* »

Aucune allusion n'est cependant faite à une concertation avec la hiérarchie du département infirmier. Cette notion est d'ailleurs reprise dans la rubrique « éléments limitateurs ».

La décision finale relève de toute façon du collaborateur pour cinq d'entre eux (parmi lesquels trois n'abordent aucun des outils cités précédemment).

Ce processus d'ABF n'est jamais formalisé. Les ICU facilitent certes l'expression des besoins de leur personnel. Ils sont déjà plus réticents à exprimer eux-mêmes les besoins qu'ils perçoivent. La formalisation permettrait vraisemblablement un meilleur cadrage d'une situation et un ordonnancement des informations

recueillies. Un seul ICU parmi les huit faisant allusion à un processus de réflexion mené mentalement déclare prendre des notes qu'il relit et analyse à froid, ce qui lui permet de confronter les points négatifs et positifs.

« ...j'ai des faits concrets. Mais, si je vois ce qui ne va pas, je vois aussi ce qui peut aller dans un autre domaine parce que s'il faut dire que ça ne va pas, il faut toujours trouver quelque chose de positif. J'essaye d'objectiver. Si vous faites cela comme ça alors vous savez aussi formuler des objectifs. »

3.3.3 Le pourquoi et le pour quoi

L'entraînement des compétences existantes ne vise pas à pallier à un dysfonctionnement mais cible plutôt le « mieux vaut prévenir que guérir ». Les objectifs poursuivis sont les « rappels », « l'actualisation », la « lutte contre l'obsolescence », contre le « laisser-aller », contre la « routine », contre la « méconnaissance », les « remises en question ». La finalité est la qualité de soins même si celle-ci n'est exprimée clairement que par quatre chefs d'unité. Nous notons que si 9/14 ICU prônent le maintien des connaissances par des séances de formation, seuls trois d'entre eux en organisent régulièrement dans leur unité, deux en organisent occasionnellement voire peu et trois d'entre eux n'en organisent pas mais favorisent la participation à des formations organisées par l'institution ou par des firmes extérieures. Les ICU sont majoritairement conscients de la nécessité d'une gestion prévisionnelle de la formation permanente de leurs collaborateurs. Toutefois ils sont nettement moins nombreux à organiser dans leur unité cette formation permanente. Certains souhaiteraient que l'institution organise un panel de formations accessibles à tous, parmi lesquelles il n'y aurait plus qu'à choisir celles qui conviennent, en fonction de la spécificité du service mais auxquelles les agents seraient libres de participer ou non.

« de petites formations comme ça par exemple organisées pour tout le monde, organisées par l'institution ... »

« En regroupant toutes les formations susceptibles d'être intéressantes pour tout l'hôpital, tiens voilà celle-là, elle va être utile pour tous les services »

« Je pense qu'on devrait avoir la liste de toutes les formations possibles et inimaginables et faire des restrictions parce que, en néonatal par exemple, ici il n'y en a pas et, après voir, voilà cette formation-là est intéressante parce que c'est bon pour tout le monde à l'hôpital. Une fois que toutes ces formations sont répertoriées, c'est de les faire éventuellement par petits groupes mais pour toutes les unités, pas seulement pour une seule unité. »

« Si les formations étaient organisées au niveau de l'institution, rien ne dit qu'elles seraient plus fréquentées mais on devrait quant même avoir la possibilité et leur laisser le choix. »

Lorsque des formations sont organisées dans l'unité, le taux de participation n'y est pas forcément élevé : la charge de travail jugée trop lourde et le manque de temps peuvent être un élément de réponse. La saturation du personnel et du chef d'unité, le manque de motivation en sont une autre.

« Je n'ai déjà pas le temps de faire des réunions de service, alors des réunions de formation ... »

« J'ai l'impression qu'on est le service bouche-trou, le service poubelle, alors bon, la formation permanente c'est le cadet de mes soucis ... »

« Mais la charge de travail est telle qu'on n'arrive pas à motiver les gens à poursuivre leur formation permanente. »

« Il faut en avoir le temps. On me demande déjà de revenir pour revenir travailler alors parfois la coupe déborde. C'est d'ailleurs pour cela que je ne fais plus de réunion de service. Je n'ose plus leur demander de revenir, je vais me faire tuer. »

Lorsque les formations cherchent à résoudre des problèmes il y a donc lieu d'identifier ceux-ci. Un seul chef d'unité fait référence à des indicateurs objectivants de problèmes ou dysfonctionnement que sont les tableaux de bord (taux d'infection nosocomiales, rapports d'accidents-incidents, plaintes..).

« Nous, au niveau MRSA, il y a peu de cas, c'est que le lavage des mains est efficace. »

Ils sont tous vraisemblablement informés par la hiérarchie mais n'en font nullement état.

Certains dysfonctionnements sont observés directement par le chef d'unité, d'autres leur sont rapportés par les membres du personnel ou par les médecins.

B4 signale qu'il est bien difficile d'objectiver des faits et de cibler des personnes lorsque les problèmes sont rapportés par le corps médical. Ces derniers ne veulent pas « dénoncer » bien qu'il s'agisse de dénoncer des situations et non des individus.

Analyser un problème ne mène pas forcément à un besoin de formation. Lorsque les ICU font référence à des « *procédures inadéquates* », s'agit-il d'une méconnaissance des procédures nécessitant une formation du personnel ou d'une procédure inadaptée qui nécessite une modification ?

Les formations liées aux projets institutionnels sont imposées ou perçues comme telles. Les cinq chefs d'unité qui y font référence signalent tous la baisse de motivation pour ce genre de formation. Plusieurs raisons sont invoquées :

- « *C'est toujours la même chose* »
- « *Cela ne rencontre pas les besoins de terrain* »
- Les ICU ne se sentent pas suffisamment impliqués dans la démarche. Se sentant tenus à l'écart, il leur est dès lors difficile de motiver leur troupe.

Les projets d'unité peuvent eux aussi justifier des formations. Nous relevons chez B1 que le projet de service auquel il fait allusion induit davantage des objectifs inducteurs d'action (OIA)³⁷ que réellement des objectifs inducteurs de formation (OIF) : brochure d'accueil, mise au point de procédures, de plans de soins en fonction d'un cas vécu. Même si la formation peut s'attacher à la maîtrise du plan de soin ou de la procédure. Si des OIF peuvent coexister avec des OIA, il convient toutefois de les différencier.

Si l'on s'en tient à la définition de l'OMS, la formation permanente ne viserait pas l'octroi d'un diplôme ou d'un titre supplémentaire. Nous trouvons personnellement cette définition trop restrictive. Nous constatons en effet que dans le cadre des Arrêtés Royaux relatifs à l'agrément de certains services et à leurs qualifications requises, le gestionnaire hospitalier a tout intérêt à promouvoir l'acquisition de nouveaux titres, qualifications ou certificats et au maintien de ceux-ci. Les membres du personnel ont également tout intérêt à augmenter et maintenir leurs qualifications. La législation est probablement le premier point pris en considération par une institution pour élaborer son plan de formation. L'ICU doit donc tenir compte des obligations légales dans la gestion de la formation

³⁷ Bourgeois E, op. cit.

permanente de son unité. Il doit également prendre en considération le profil de fonction élaboré par l'institution comme le signale B4 « ... *il faut former les gens à ce à quoi on attend d'eux.* »

Contrairement au projet de changement, les formations liées à l'évolution de la profession ne sont pas induites par des choix volontaristes mais bien imposées par l'environnement. L'institution doit se doter de nouvelles compétences pour s'adapter à l'évolution prévisible de la profession. Les ICU sont conscients de ces nécessités et s'attachent à faire évoluer leur personnel. Certains s'investissent d'ailleurs en temps et en énergie.

« ...*mais je n'ai pas le temps matériel de faire cela ici et je dois tout préparer chez moi* » (B4)

« ...*mais je vais faire cela en dehors de mes heures, parce qu'on ne sait pas faire autrement.* » (A3)

« *Certaines ont donc été envoyées en formation à un cours du soir et moi, je suis venu de façon ponctuelle pendant la nuit. Chaque fois qu'elles avaient des problèmes, elles me téléphonaient, cela a été une supervision à distance* » (A4)

Tous les ICU ont abordé la formation de leurs nouveaux membres du personnel. Seul A1 considère que celle-ci « *entre dans un cycle absolument obligatoire* » et donc ne fait pas partie de la formation permanente. La formation permanente implique-t-elle toujours un libre choix ? Elle répond davantage à un besoin qui dans le meilleur des cas doit se trouver couplé à une envie. Nous pouvons d'ailleurs nous demander si les souhaits exprimés par les agents correspondent toujours à un besoin personnel et/ou institutionnel. La volonté d'acquérir un nouveau titre, une qualification ou de se doter d'une nouvelle expertise peut relever d'un projet individuel, dans le but d'une évolution de carrière et en réponse à ce que Maslow qualifierait de besoin de reconnaissance et d'appartenance sociale, de besoin d'estime (de soi-même et des autres) ou de besoin d'accomplissement personnel. L'institution peut également y trouver réponse à ses besoins. La législation sociale prévoit que le congé-éducation payé (pour les travailleurs du secteur privé) soit un droit du travailleur. Ce droit répond-t-il pour autant à un réel besoin de formation ? Pour les travailleurs du secteur public, l'institution a d'ailleurs le choix d'accorder ou non des congés de formation rémunérés. Une manière peut-être de mesurer la motivation des gens ! Le législateur lui-même a souhaité revoir ses dispositions en matière de congé-

éducation payé en diminuant le nombre d'heures octroyées suivant les types de formation en 2006. Constat d'abus ou enveloppe budgétaire simplement insuffisante ?

Lorsque les infirmiers « *ressentent le besoin de faire quelque chose au bout d'un temps...* », « *ont envie de se ressourcer* » (L'ICU fait référence à des formations extérieures) Est-il indispensable de se ressourcer à l'extérieur de son institution ?

B1 parle d'un « *manque de confiance en soi* ». La formation est-elle la seule solution pour résoudre un problème personnel ? L'ICU ne devrait-il pas analyser les conditions de travail et les améliorer si nécessaire ou opter pour le coaching individuel de certains collaborateurs ?

3.3.4 Eléments facilitateurs et limitateurs

Dans le cadre de notre analyse nous mettons en parallèle éléments facilitateurs et limitateurs.

Le contenu des formations extérieures répond davantage à des objectifs individuels que de service. Les formations internes à l'unité répondent mieux aux objectifs de terrain. Le contenu des formations répondant à un projet hospitalier global ne rencontrent pas forcément les buts poursuivis par les unités et les individus.

La motivation est un élément clé de tout projet de formation. Les ICU font clairement référence à cette « *volonté* » ainsi qu'à la « *possibilité* » de s'inscrire à une formation. La démarche volontaire est essentielle. La possibilité d'accès l'est tout autant. Qu'en est-il de la nécessité d'une formation? La notion de non satisfaction du besoin n'apparaît pas non plus comme élément limitateur probablement parce que la motivation n'a pas de lien direct avec la satisfaction.

Les ICU font référence à des compétences personnelles comme éléments facilitateurs et à une dynamique de groupe propice à la transmission et à l'apprentissage. Ils relèvent plutôt comme éléments limitateurs leurs relations avec le DI. Un seul fait allusion à des compétences d'ICU non actualisées. S'agit-il d'une absence de perception ou d'une perception erronée de leurs compétences ? S'agit-il d'une absence de remise en question de leurs compétences et d'un rejet des responsabilités sur le DI ? S'agit-il d'un manque d'encadrement des ICU par

leur département ?

La formalisation de projet, d'analyse, d'objectif n'est pas relevée comme élément facilitateur ; la non formalisation de ceux-ci est perçue par contre comme élément limitateur. L'environnement institutionnel est largement plus représentatif d'éléments limitateurs (plus d'ICU y font référence et plus fréquemment) : les raisons invoquées sont le manque d'ouverture et de communication du DI envers les ICU.

Nous relevons donc les points essentiels suivants :

- La définition de la formation permanente proposée par l'OMS apparaît trop restrictive. Une majorité des ICU font référence aux formations permettant l'acquisition d'un titre, qualification ou certificat. Au fil du temps, le législateur impose toujours de nouvelles normes d'encadrement et des qualifications requises auxquelles l'institution et l'agent doivent répondre.
- Une non expression de besoin de formation ne signifie pas pour autant une absence de besoin.
- L'expression d'un besoin ne relève pas que du collaborateur.
- Les savoirs poursuivis sont peu attachés au rôle propre infirmier (démarche en soins infirmiers, diagnostics infirmiers, liste d'actes...).
- Les formations touchent essentiellement aux savoirs et savoir-faire opérationnels, très peu aux savoir-faire relationnels et cognitifs.
- Les formations internes sont plus interactives.
- Le financement officiel est institutionnel. Le financement officieux concerne davantage certaines unités.
- Si nous nous référons à des priorités institutionnelles telles que mentionnées lors d'un entretien informel avec un responsable de la formation permanente, un plan de formation s'appuie d'abord sur la législation, ensuite sur les tableaux de bords (relatifs aux infections nosocomiales, accidents-incidents, plaintes) et enfin sur les demandes formulées par les agents. Une nette discordance apparaît entre priorités

institutionnelles et priorités des ICU interrogés. Le tiercé gagnant de ceux-ci serait davantage : les demandes des agents (11/14), la législation (10/14), les tableaux de bord (1/14).

- Le processus d'analyse émergeant est plus rétroactif que proactif. Il est surtout mené mentalement par rapport à des demandes individuelles (11/14), à des dysfonctionnements (8/14) et enfin liés à des projets d'unité (6/14). Il n'est jamais formalisé.
- L'accompagnement et l'encadrement des nouveaux membres de l'unité est unanimement souhaité et très majoritairement assuré. L'encadrement permanent du personnel l'est nettement moins et s'attache à proportions équivalentes aux dysfonctionnements, à l'entraînement des compétences existantes et aux projets d'unité.
- Sur les quatre ICU préconisant fortement les formations au sein de l'unité, trois en organisent très régulièrement.
- Les six ICU qui tendent à faire prévaloir que les formations soient organisées par l'institution, pour la moitié d'entre eux, n'en organisent peu voire pas dans leur unité.
- Lorsque les ICU préconisent fortement les formations extérieures à l'institution, la moitié d'entre eux demande un retour de formation dans l'unité mais sans l'exiger.
- Quand la formation est liée à l'entraînement des compétences existantes (9/14), le lien est fait par tous avec les demandes des agents. Cinq sur les neuf organisent régulièrement voire beaucoup de séances de formation dans leur unité. Quatre sur les neuf en préconisent l'organisation par l'institution et n'en organisent que peu dans leur unité.
- Quand la formation est liée à un projet d'unité (6/14), tous organisent des formations dans leur unité.
- Quand l'ABF se réfère à des demandes de formation (11/14), six sur les onze ICU préconisent des formations extérieures à l'institution.
- Quand l'ABF se réfère à des dysfonctionnements (8/14), tous font référence aux outils de recueil d'informations cités. Un seul fait référence aux tableaux de bord. Trois sur les huit n'organisent pas de formations dans leur unité et cinq sur les huit en organisent.

- La gestion de la formation permanente et l'ABF des ICU est individuelle. La seule approche collective est la demande d'autorisation et de prise en charge à introduire à l'institution.
- La gestion des ICU est très dépendante de leur style de management³⁸.
- Les ICU privilégient le « vouloir » et le « pouvoir » se former, moins le « devoir » se former.
- Les compétences des ICU favorisent la gestion de la formation permanente et l'ABF.
- Le manque de dialogue dans les relations avec le département infirmier sont un frein à une gestion optimale de la formation permanente et de l'ABF. Les ICU aspirent à plus de visibilité, de transparence, d'ouverture, de communication avec leur hiérarchie.

³⁸ Peretti JM, *op. cit.*, p32

4 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Si la formation permanente concourt au développement professionnel et personnel des collaborateurs, le rôle de l'ICU est de détecter les besoins réels de son unité et de contribuer à l'adéquation des formations aux besoins institutionnels et individuels. Nul ne peut échapper aux contraintes légales, sociales, économiques et stratégiques d'un monde hospitalier en perpétuelle évolution.

Notre recherche exploratoire visait donc à mettre en évidence des pratiques professionnelles, dans un champ limité aux ICU de cette institution et sans préjuger de leur performance. Notre prospection a permis de clarifier et d'analyser, dans un échantillon constitué de volontaires, des informations pertinentes sur leur gestion de la formation permanente en général et l'analyse des besoins en formation en particulier. Son objectif est moins de refermer des portes que d'en ouvrir d'autres. C'est pourquoi nous suggérons quelques pistes de réflexion.

Notre échantillon ne se voulant pas représentatif (au sens statistique du terme) de la population institutionnelle, il nous semblerait peut-être intéressant d'étendre à l'ensemble des ICU une étude sur la vision que ces derniers ont des missions inhérentes à leur profil de fonction. Cette élucidation peut permettre de mesurer un degré de divergence éventuelle entre leur vision et celle du DI et/ou celle prévue par l'A.R du 13/07/2006. De même il pourrait s'avérer utile d'appréhender pour l'ensemble de cette population ses difficultés à remplir ses missions et ses attentes envers sa hiérarchie.

La promotion d'une gestion plus proactive de la formation permanente peut elle aussi s'avérer avantageuse. Elle peut s'appuyer notamment sur l'actualisation et

l' « opérationnalisation » des profils de fonction du personnel. Si les ICU sont impliqués dans leur mise à jour, ces profils de fonction vont leur permettre de clarifier les compétences requises aux postes de travail. L'incitation des projets d'unité ne peut que favoriser également le développement de la formation permanente au sein même de l'unité. De même l'accompagnement et l'encadrement manifeste et permanent du personnel peut faciliter la détection et l'expression de besoins tant par le collaborateur que par l'ICU.

En outre le développement de contacts plus interactifs et plus réguliers entre les ICU peut servir l'évolution de leur identité professionnelle. Ces expériences partagées peuvent déposer des sédiments enrichissants contribuant à cette construction identitaire et plus globalement à l'essor de la culture d'entreprise. Ces rencontres serviront aux échanges de savoirs et savoir-faire et par là même encourageront l'utilisation des ressources internes. Ces espaces de réflexion enfin pourront favoriser l'analyse de pratiques professionnelles.

*« Dans le cadre d'analyse de pratiques professionnelles, le groupe ne constitue pas seulement une caisse de résonance pour s'accorder à une identité professionnelle, mais c'est un véritable foyer d'assimilation des expériences et des savoirs, et il confère à ce dispositif de travail une dimension d'initiation professionnelle... ».*³⁹

De plus le développement de la communication peut concourir à l'amélioration des relations entre la hiérarchie du DI et les ICU. Les points de convergence et de divergence concernant les missions de l'ICU pourraient être discutés. Les tableaux de bord pourraient être échangés et commentés. Les phases de clarification et de négociation des besoins d'unités pourraient être débattus par ces partenaires voire permettre l'émergence de formations communes à plusieurs unités de soins. Les priorités institutionnelles pourraient être transmises et les ICU informés de contraintes inévitables en matière de gestion de la formation permanente.

Enfin œuvrer à l'évolution des compétences des ICU peut s'avérer d'une aide précieuse. La formation permanente des ICU, plus que pour répondre aux

³⁹ Blanchard-Laville C, Fablet D, *Analyser les pratiques professionnelles*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2000, p62-63.

exigences du législateur, doit être un choix institutionnel : miser sur un développement réel des compétences des ICU pour leur permettre d'assurer efficacement leurs missions. Cette formation permanente peut être assurée soit au sein de l'institution soit en partenariat avec des établissements d'enseignement. Notamment il est important pour l'ICU de réfléchir à son profil de fonction, de participer à une meilleure connaissance de son style de management et de son leadership, d'élargir ses compétences managériales, de s'essayer à des outils dans un cadre formatif...

Il appartiendra éventuellement à d'autres recherches d'approfondir certaines pistes de réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- Antoine M, Deflandre D, Naedenoen F, Renier N, *Fait-il brûler la gestion des compétences*, Bruxelles, Ed. de Boeck, 2006, 269p
- Barbier J.M., Lesne M, *L'analyse des besoins en formation*, Paris, Ed. Robert Jauze, 1977, 239p
- Bardin L, *L'analyse de contenu*, 9^{ème} éd., Paris, PUF, 291p
- Benner P, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Issy les Moulineaux, Ed. Masson, 1995, 252p.
- Besnard P, Liétard B, *La formation permanente*, Paris, PUF, 7^{ème} éd. 2003, 127p
- Blanchard-Laville C, Fablet D, *Analyser les pratiques professionnelles*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2000, 381p
- Bourgeois E, *L'adulte en formation*, Bruxelles, Ed. de Boeck, 2^{ème} éd. 2001, 165p
- De Kelele J M, Chastrette M, Cros D, Mettelin P, Thomas J, *Guide du formateur*, Bruxelles, Ed. de Boeck, 2^{ème} édition, 1989, 254p
- Denney M, *Piloter un projet de formation*, Issy les Moulineaux, Ed. ESF, 2006, 222p
- Dépelteau F, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Bruxelles, Ed. de Boeck, 2005, 417p
- de Singly F, *Le questionnaire*, Paris, Ed. A Colin, 2^{ème} éd. 2006, 127p
- Feuillette I, *Le nouveau formateur*, Paris, Ed. Dunod, 1995, 136p
- Guittet A, *L'entretien, techniques et pratiques*, Paris, Ed. A Colin, 6^{ème} éd. 2005, 203p
- Le Boterf G, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Ed. d'Organisation, 4^{ème} éd. 2005, 563p
- Meignant A, *Manager la formation*, Paris, Ed. Liaisons, 6^{ème} éd. 2003, 425p

Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des établissements de soins, Service du personnel infirmier, obstétrical et paramédical, *La formation permanente des infirmières*, août 1991

Mintzberg H, *Le manager au quotidien*, Paris, Ed. Laisons, 11^{ème} éd., 2004, 219p

Mucchielli R, *L'analyse de contenu*, Issy les Moulineaux, Ed. ESF, 9^{ème} éd. 2006, 223p

Peretti JM, *Ressources humaines et gestion des personnes*, Paris, Ed. Vuibert, 6^{ème} éd. 2007, 224p

Pichault F, Nizet J, *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Paris, Ed. du Seuil, 2000, 333p

Revues

Sciences humaines, *Former, se former, se transformer*, hors série n°40, Auxerre, mars-avril-mai 2003

Internet

Ecole nationale de la santé publique, ressources documentaires

<http://www.ensp.fr/modules/ressources-documentaires-34/>

(consulté le 10-01-2007)

Lhaot F, *Education permanente : trois éclairages sur l'histoire d'une idée*, Actualité de la formation permanente, n° 180, 2002

http://www.gehfa.com/3_Publications/AFP180.pdf (consulté le 20-02-2006)

Guillaume JF, *Eléments de sociologie de l'éducation*, ULG, notes de cours 2006-2007

www.cifen.ulg.ac.be/agreg/doc/socio_notes_prov.pdf (consulté le 10-01-2007)

Honorat Ch, Levasseur G, *Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner*,

www.pedagogie-medecale.org/2-1-honorat.pdf (consulté le 18-03-2006)

La formation permanente du personnel de santé et son évaluation. Rapport sur les discussions techniques de la 29^{ème} session du Comité régional de l'Europe, Helsinki, 1979

http://whqlibdoc.who.int/euro/r&s/EURO_R&S_33_fre.pdf (consulté le 01-05-2006)

L'analyse des besoins en formation, séminaire sur les méthodes d'enseignement

www.enap.quebec.ca/seminaires-nov98/6.htm (consulté le 28-12-2005)

Geoffray P, *Le financement de la formation professionnelle*, Revue française d'administration publique, 2002

http://www.cairn.be/sommaire.php?ID_REVUE=RFAP&ID_NUMPUBLIE=RFAP_104 (consulté le 20/01/2007)

Juridat

http://www.juridat.be/cgi_loi/legislation.pl (consulté à plusieurs dates entre 04/2006 et 07/2007)

Le moniteur belge

http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm (consulté à plusieurs dates entre 04/2006 et 07/2007)

Ministère français de l'éducation nationale,

www.education.gouv.fr/cid217/la-formation-tout-au-long-de-la-vie.html (consulté le 19-08-2007)

Steunou P. Y., *Impact et financement de la formation continue en France*,

www.cereq.fr/cereq/Colloques/6Steunou.pdf (consulté le 19-08-2007)

Tremblay D, Amherdt C, *Nouvelles formes de travail et nouvelles modalités de formation des compétences collectives dans les entreprises du savoir*, Carriérologie revue francophone internationale, vol. 9, n°4, 2004

http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_3-4/16_tremblayanherdt/index.html (consulté le 02-05-2007)

LEXIQUE

A

Analyse :

Opération consistant à décomposer une situation en ses éléments en faisant apparaître les relations entre ces éléments.

Apprentissage :

Processus systématiquement et intentionnellement orienté vers l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir.

Aptitude :

Potentialité naturelle ou acquise à faire quelque chose.

Audit :

Evaluation commanditée du fonctionnement d'une institution par un expert.

C

Capacité :

Possibilité déjà démontrée de produire un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être. La capacité est une actualisation de l'aptitude.

Catégorisation :

Opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis.

Cognitif :

Qui concerne la connaissance (intellectuelle) et les moyens de connaissance : perception, formation de concepts, raisonnement, décision, langage, pensée.

Concept :

Aboutissement d'un acte de conceptualisation, c'est-à-dire d'abstraction et de généralisation, opéré par la pensée.

Contrainte :

Obstacle réel ou potentiel, notamment ici pour une action de formation ou une analyse de besoins en formation. Les contraintes peuvent être institutionnelles, humaines, spatiales, temporelles, matérielles ; on parlera de contraintes levables s'il est possible de les supprimer ou de les contourner ; dans le cas contraire elles seront dites non-levables.

D

Déductif (méthode déductive) :

Méthode partant des principes et des lois pour aboutir aux applications et aux expériences qui les vérifient.

E

Enquête :

Méthode de recherche utilisée pour regrouper, selon des processus scientifiques bien établis (échantillonnage en particulier) un ensemble de données, de faits, d'observations permettant d'apporter, ou non, des réponses à des questions posées.

F

Formation :

Processus d'apprentissage systématique d'un savoir, d'un savoir-faire, d'un savoir-être ou d'un savoir-devenir et d'initiation à des types de comportement requis pour l'exercice d'un rôle.

Formation sur le tas :

Formation exclusivement assurée «en situation réelle de travail. Son objectif est principalement de faire acquérir une pratique professionnelle sans apport extérieur organisé.

I

Inductif (méthode inductive) :

Méthode partant des expériences et de leurs conclusions pour parvenir à l'énoncé des lois et des principes.

Intrant :

Dans l'analyse de systèmes, l'intrant est une des composantes du système (intrant-processus-effet). Les intrants (terme générique) désignent tous les éléments présents au départ, susceptibles d'interagir pour constituer le processus.

O**Objectif de formation :**

ce que l'apprenant sera capable de faire dans son cadre de travail après avoir suivi une formation.

Objectif pédagogique :

Détail des aptitudes que l'apprenant va acquérir au cours du cycle de formation. Ce qu'il est capable de faire sur le lieu de formation.

Techniquement un objectif sera défini par un énoncé du type : « Au terme de(précision de l'échéance, l'apprenant sera capable de ...(précision du comportement de l'apprenant qui maîtrise) »

P**Processus :**

Ensemble d'opérations successives, organisées en vue d'un résultat déterminé.

Professionalisation :

processus qui amène un sujet à devenir professionnel

R**Return On Investment (ROI) :**

le retour sur investissement voudrait qu'à un investissement en matériel, en recherche et développement, en service, corresponde un gain mesurable lié à l'activité pour laquelle on a investi.

S**Savoir :**

Utilisé seul : ensemble des connaissances théoriques et pratiques acquises par une personne.

Utilisé conjointement avec un autre verbe : pouvoir ou capacité d'une personne.

Savoir-être :

Terme communément employé pour définir un savoir-faire relationnel, c'est-à-dire des comportements et attitudes attendus dans une situation donnée.

T

Travelling :

Le travelling est un déplacement de la caméra au cours de la prise de vues. L'objectif d'un travelling est soit de suivre un sujet en mouvement, soit de s'en rapprocher ou de s'en éloigner.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : A.R 13/07/2006 relatif à la fonction d'infirmier en chef	I
ANNEXE II : C.H de Mouscron : profil de fonction de l'infirmier en chef	IV
ANNEXE III : Clinique Notre Dame de Tournai : profil de fonction de l'infirmier en chef, pédiatrie	IX
ANNEXE IV : R.H.M.S. : profil de fonction de l'infirmier en chef	XIII
ANNEXE V : A.R du 01/09/2006 modifiant certaines dispositions concernant l'octroi du congé-éducation	XXII
ANNEXE VI : A.R du 27/09/2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier	XXIII
ANNEXE VII : guide d'entretien des ICU	XXV
ANNEXE VIII : schéma de communication de Lasswell	XXVI

ANNEXE I

13 JUILLET 2006. - Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9quinquies, inséré par la loi du 29 décembre 1990, renuméroté par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et renuméroté par la loi du 25 janvier 1999, l'article 17bis, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 14 janvier 2002, et l'article 17sexies, inséré par la loi du 29 décembre 1990;

Vu l'avis du 30 août 2005 du Conseil national des accoucheuses;

Vu l'avis du 20 décembre 2005 du Conseil national de l'art infirmier;

Vu l'avis du 12 janvier 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 2 mai 2006;

Vu l'avis 40.533/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2006 en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I^{er}. - Dispositions générales

Article 1^{er}. Les dispositions du présent arrêté sont également applicables aux accoucheuses en chef

Art. 2. § 1^{er}. L'infirmier en chef visé à l'article 17bis, alinéa 2, 3^o, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier

§ 2. L' infirmier

en chef collabore au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique au sein de son équipe.

§ 3. L' infirmier

en chef peut être responsable pour le contrôle et l'évaluation de son équipe.

§ 4. Dans le cadre de la structure du département infirmier, l' infirmier en chef peut confier à un infirmier une ou plusieurs tâches ou missions qui lui ont été assignées.

Art. 3. L' infirmier en chef dépend hiérarchiquement directement d'un infirmier chef de service ou du chef du département infirmier, conformément à l'organigramme du département infirmier.

Art. 4. Pour favoriser l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital dans le cadre des soins aux patients, l'infirmier en chef accomplit sa mission en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

CHAPITRE II. - Activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital

Art. 5. § 1^{er}. L' infirmier

en chef veille à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et attentes de la société.

§ 2. Il a en particulier la responsabilité :

1° de développer, d'opérationnaliser et d'assurer le suivi de la politique infirmière au sein de son équipe en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital;

2° de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement;

3° d'élaborer et d'adapter des procédures et méthodes de travail;

4° des enregistrements imposés par la loi en ce qui concerne l'art infirmier.

5° de suivre et de veiller à ce que soit appliquée la législation pertinente et d'en informer les membres de son équipe.

CHAPITRE III. - Activités particulières en ce qui concerne les soins

Art. 6. § 1^{er}. L' infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe.

§ 2. Il est responsable :

1° de la fixation des objectifs de son équipe en concertation avec son supérieur hiérarchique et en tenant compte de la politique infirmière globale au sein de l'hôpital;

2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique;

3° de l'adaptation de l'organisation des soins infirmiers au sein de son équipe suivant les besoins des patients et les soins requis;

4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe.

CHAPITRE IV. - Activités particulières en ce qui concerne la politique en matière de personnel

Art. 7. § 1^{er}. L' infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

§ 2. Il est chargé en particulier :

1° de la gestion du cadre du personnel ainsi que de l'utilisation adéquate du personnel par la répartition du travail, la planification horaire et l'organisation des congés;

2° de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective;

3° de l'accompagnement de nouveaux membres de son équipe;

4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe.

CHAPITRE V. - Activités particulières en ce qui concerne la gestion des moyens

Art. 8. § 1^{er}. L' infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients.

§ 2. Il a en particulier la responsabilité :

1° de la gestion et de l'affectation du budget de l'unité;

2° de l'utilisation efficace et efficiente par son équipe des biens et des locaux mis à leur disposition.

§ 3. L' infirmier en chef donne son avis sur l'acquisition de nouvelles ressources et la construction et la rénovation de l'hôpital, dans la mesure où il y a des répercussions pour les soins infirmiers.

CHAPITRE VI. - Activités particulières en ce qui concerne la formation et le développement

Art. 9. § 1^{er}. L' infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

§ 2. Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

1° inventorier les besoins en matière de formation des membres de son équipe;

2° inciter les membres de son équipe à suivre une formation;

3° superviser et coordonner la formation des membres de son équipe;

4° soutenir l'évolution de la carrière des membres de son équipe;

5° participer personnellement à la formation permanente.

Art. 10. L' infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers et accoucheurs dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier.

CHAPITRE VII. - Activités particulières en ce qui concerne la communication et la concertation

Art. 11. § 1^{er}. L' infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe.

§ 2. L' infirmier en chef est plus particulièrement chargé des missions suivantes :

1° entretenir les contacts avec les patients, leur famille et les autres visiteurs;

2° se concerter avec les membres de son équipe;

3° se concerter avec les médecins et les paramédicaux au sein de l'hôpital;

4° se concerter avec d'autres professionnels de la santé;

5° se concerter avec les maîtres de formation clinique.

Art. 12. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 juillet 2006.

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

ANNEXE II

CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON : PROFIL DE FONCTION INFIRMIER CHEF D'UNITE

Commission personnel
Groupe de travail G.R.H.
Profils de fonctions (soignantes)

CATEGORIE PROFESSIONNELLE : Soignant
SECTEUR : Hospitalisation

MISSION - FONCTIONS PRINCIPALES

- adhère à la philosophie de l'institution et la promeut
- organise son unité de soins en vue de la dispensation de soins de qualité
- favorise la communication entre le malade et sa famille, et l'équipe pluridisciplinaire
- gère et anime son équipe dont elle constitue le relais vis-à-vis du reste de l'institution

DESCRIPTION DES ACTIVITES

1) Technicité

- organise la dispensation de soins infirmiers de qualité en concordance avec la philosophie de soins infirmiers de l'institution et les objectifs définis par l'équipe;
- exploite les potentialités des membres de l'équipe et veille à leur formation;
- anime l'équipe de soins et gère son fonctionnement y compris lors de réunions;
- est personne ressource pour l'équipe;
- encadre et évalue les membres de l'équipe;
- s'assure de la bonne prise en charge des stagiaires et des nouveaux membres de l'équipe;
- coordonne l'ensemble des activités autour du patient;
- participe à des projets de recherche en soins infirmiers;
- veille à l'ordre ainsi qu'à la gestion matérielle et administrative de l'unité.

2) Information

- reçoit et transmet à l'équipe les informations, directives, règlements, décisions, normes, législations, notes de service, ... relatives au fonctionnement de l'hôpital, au fonctionnement de l'unité de soins, à de nouvelles techniques de soins ou aux patients,
- informe la direction des soins infirmiers du fonctionnement de l'unité.

3) Communication / relation

- collabore avec la direction des soins infirmiers, les médecins et les autres services ou secteurs hospitaliers;
- est une référence privilégiée au sein de l'unité de soins et un relais pour tous les intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers, le malade et son entourage;
- favorise la communication au sein de l'équipe;
- référence hiérarchique : chef du département infirmier ou, selon le cas, infirmiers chefs de service.

4) Contribution qualitative

- capable d'être un élément moteur pour son équipe et pour l'institution;
- sens de l'écoute et de la communication;
- conscience de ses limites;
- apte à déléguer et faire appel à des personnes ressources;
- sens de l'organisation, des responsabilités et de l'économie;
- devoir général de discrétion et respect du secret professionnel (patients, personnel, autres)

5) autres critères à détailler

- formation exigée : « stage en rapport avec la direction d'une équipe infirmière » (A.R. 14-8-87) En pratique, école de cadres ou licence en sciences hospitalières.
- tient à jour ses connaissances.

FONCTION : INFIRMIER (ERE) EN CHEF

- SON ROLE : est responsable, dans son unité de soins ou dans un service médico-technique ou dans une polyclinique, de l'organisation générale, de la planification et de la continuité des soins infirmiers.
- LES MISSIONS PERMANENTES ET ESSENTIELLES DE SA FONCTION:

(en pages suivantes)

Ce qui est normalement attendu du titulaire	Les critères de réussite pour la réalisation efficace de cette mission.
Collaborer avec le médecin chef de service en vue de la globalisation des soins aux malades	<p><u>A. Base, prérequis:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtenir la participation d'un médecin chef de service 2. Posséder le concept des soins 3. Avoir la connaissance et maîtriser la liste d'actes + AR du 14.08.87 <p><u>B. Savoir-faire, capacités de :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. écouter 2. esprit de synthèse 3. négociateur 4. gérer les conflits 5. prendre des décisions et les maintenir <p><u>C. Savoir-être, comportements :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. être ouvert 2. être assertif 3. être respectueux des engagements <p><u>D. Exigence minimale de requête du DI</u> : Avoir un entretien avec le médecin responsable 1x/mois en ce qui concerne l'organisation du service.</p> <p><u>E. Outils d'évaluation:</u> Le compte-rendu de la réunion avec les prises de décision et le plan d'actions.</p>
Superviser le plan de soin et de son exécution pour chaque patient. Superviser les soins effectués par le personnel infirmier ou soignant. Evaluer la qualité des soins administrés dans l'unité.	<p><u>A. Base, prérequis :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir le dossier infirmier dans lequel un plan de soins est intégré 2. Posséder le concept de "qualité". 3. Avoir la connaissance et maîtriser la liste d'actes + AR du 14.08.87 (enregistrement). <p><u>B. Savoir-faire, capacités de :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. observer 2. analyser 3. définir les objectifs de progression 4. contrôler 5. rigueur <p><u>C. Savoir-être, comportements :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. être ouvert 2. être assertif 3. être respectueux des engagements. 4. être créatif, constructif. 5. être positif. <p><u>D. Exigence minimale de requête du DI:</u> Veiller à ce que tous les soins soient notés et signés. Suivre le planning du DI. en ce qui concerne l'enregistrement des incidents et accidents. Travailler avec le Diagnostic infirmier et plan de soins.</p> <p><u>E. Outils d'évaluation :</u> La notification et les signatures des soins, dans le D.I. La validation des enregistrements. Le RIM.</p>

Ce qui est normalement attendu du titulaire	Les critères de réussite pour la réalisation efficace de cette mission.
<p>Assurer la coordination des activités concernant le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> o entre l'unité de soins et les services médico- techniques o entre le patient et les services extra-hospitaliers en collaboration avec les travailleurs sociaux. o entre le patient et les services administratifs de l'établissement. 	<p><u>A. Base, prérequis:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaître l'organisation des différents services médico-techniques et administratifs avec lesquels le service est en rapport. 2. Informer les différents services de son propre fonctionnement et de ses exigences 3. Recueillir les informations écrites des différents services et les mettre à jour régulièrement. 4. Connaître les différentes procédures d'éducation au patient, d'urgence (ARCA) , de coordination des soins. 5. Avoir des contacts de coordination avec les différents partenaires hospitaliers. <p><u>B. Savoir-faire, capacités de :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. analyse 2. mémoire 3. esprit de synthèse 4. négociateur 5. transmettre l'esprit d'ouverture et de respect des autres. <p><u>C. Savoir-être, comportements:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. être ouvert, curieux 2. être assertif 3. être respectueux de l'organisation des autres services. 4. être positif 5. se faire respecter. <p><u>D. Exigence minimale de requête du DI :</u> Mettre à la disposition de tous les membres du personnel de soins les écrits et les procédures de son service. Avoir les tableaux et les fardes à jour, chaque mois</p> <p><u>E. Outils d'évaluation :</u> Avoir la composition type de la farde et des modalités d'affichage.</p>

ANNEXE III

CLINIQUE NOTRE DAME DE TOURNAI : PROFIL DE FONCTION INFIRMIER CHEF D'UNITE DE PEDIATRIE

Organisation des soins (dans son unité)	<ul style="list-style-type: none">○ Planifie et organise les soins tenant compte des priorités, de la charge de travail, de la qualification du personnel, et dans un souci de nursing global○ Garantit la continuité des soins aux patients et l'application du concept d'infirmière de référence○ Veille à l'exécution du plan de soins○ Veille à la parfaite exécution des ordres médicaux et à la transmission des informations au corps médical○ Supervise les soins prodigués et veille au respect des techniques et procédures, des règles et recommandations en matière d'hygiène hospitalière et des mesures de prévention contre les risques professionnels○ Evalue la qualité et l'efficacité des soins prodigués○ Veille au respect des droits du patient et de sa famille et des règles de déontologie professionnelle en particulier en ce qui concerne le secret professionnel
Administration et gestion des soins	<ul style="list-style-type: none">○ Veille à la tenue du plan de soins○ Veille à la tenue du dossier infirmier en stimulant et en formant son équipe à la rédaction de celui-ci○ Rédige et transmet les déclarations d'accidents et d'erreurs○ Veille à la bonne gestion des lits de son unité en collaboration avec l'infirmière responsable de l'occupation des lits, informe celle-ci de toute admission et de tout transfert interne○ Veille au bien-être physique et moral et à la sécurité des enfants○ Veille au respect de règles de bienséance○ Veille à ce que les enfants et ses parents soient bien accueillis au sein de l'unité○ Aide les enfants et les parents à gérer leur angoisse, leur peur de l'inconnu en favorisant l'écoute et l'empathie○ Se présente à chaque enfant et ses parents pour qu'il puisse s'y référer en cas de problème○ Exécute une visite journalière auprès de chaque enfant et ses parents afin d'analyser

	<p>leurs besoins et attentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Participe et promeut l'éducation à la santé des enfants et des parents ○ Informe chaque enfant et ses parents sur le déroulement de son séjour hospitalier et sur les dispositions du règlement d'ordre intérieur ○ Informe chaque enfant et ses parents sur le traitement, les examens et les soins programmés ○ Organise et coordonne la sortie de l'enfant avec l'infirmière responsable de l'occupation des lits ○ Participe aux soins directs si nécessaire
Coordination des activités	<ul style="list-style-type: none"> ○ Collabore avec l'équipe médicale en vue de la globalisation des soins aux enfants ○ Assure la planification et la coordination des activités concernant l'enfant avec les services techniques, les services hôteliers, le service de brancardage, les paramédicaux, les services administratifs, les services extra-hospitaliers ○ Collabore à la mise en œuvre d'activités distrayantes pour les enfants et adaptées en fonction de leur âge ○ Signale son excédent éventuel de personnel et met à disposition celui-ci pour dépanner d'autres unités en difficulté
Hygiène hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participe à l'actualisation des techniques et procédures de soins ○ Nomme un relais - hygiène pour son unité et assure sa participation aux réunions ○ Informe des événements ou circonstances susceptibles d'avoir une quelconque répercussion en terme d'hygiène ○ Participe à la politique de prévention des infections ○ Veille au respect des règles et des procédures
Formation permanente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Assure son perfectionnement ○ Collabore, stimule et promeut la formation des membres de son équipe ○ Participe à la définition des besoins de formation de son équipe ○ Participe à l'évaluation des actions de formation entreprises ○ Communique toute modification (matériel, procédure,...) susceptible de nécessiter une formation

Communication - relations	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conduit et anime la réunion d'équipe ○ Transmet les informations entre les directions et l'unité et vice-versa ○ Demeure à l'écoute de son personnel et assure son soutien ○ Favorise un climat serein permettant un travail dans des conditions optimales et humaines ○ Entretien des relations professionnelles optimales avec les autres services internes ou externes ○ Gère les conflits au sein de son unité, et si nécessaire informe et sollicite l'intervention de la direction
Stages étudiants	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordonne et supervise les activités des étudiants ○ Collabore à la formation et à l'évaluation des étudiants ○ Désigne une infirmière de référence pour l'encadrement des stagiaires ○ Communique à la direction les éléments à retenir ou à exclure en vue des futurs engagements
Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ○ Planifie les prestations afin de garantir la continuité des soins, le respect de la législation sur le travail et les règles émises par l'institution, et l'équité entre les membres de l'équipe ○ Assure l'intégration, l'information et la formation du nouveau personnel de l'unité ○ Procède à l'évaluation du personnel de son unité ○ Donne un avis écrit quant au recrutement au maintien, à la promotion, à la sanction, à la mutation et au licenciement des membres de son équipe ○ Assure le respect du règlement de travail
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Veille à la bonne tenue, à la mise à jour et à la mise à disposition permanente pour le personnel de la farde du plan d'urgence de l'unité ○ Maintient à jour le répertoire téléphonique de l'unité et transmet toute modification au secrétariat du Comité Permanent du plan d'urgence ○ S'assure que les consignes (Incendie, plan d'urgence) sont connues et pourront être appliquées par l'ensemble des membres de l'équipe ○ Assure une information spécifique à l'attention

Sécurité	<p>de chaque nouveau membre de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informe immédiatement le secrétariat du Comité Permanent du plan d'urgence de tout événement ou circonstance susceptible d'avoir une répercussion sur le fonctionnement du plan d'urgence
Gestion administrative et budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participe aux prévisions budgétaires relatives à son unité ○ Gère son unité en vue de rencontrer les objectifs financiers de son institution ○ Veille à la facturation des prestations effectuées dans l'unité ○ Assure l'enregistrement du RIM ○ Assure et transmet l'enregistrement des escarres, des accidents et des erreurs
Gestion logistique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dresse annuellement ou à la demande un inventaire des besoins en matériel et équipement de son unité ○ Supervise les commandes à l'attention de la pharmacie, de l'économat, de la stérilisation, du laboratoire, de la cuisine ○ Veille à la disponibilité permanente des médicaments, du matériel, des équipements et du linge nécessaires au fonctionnement de l'unité ○ Veille au rangement rationnel, à l'utilisation appropriée et au bon fonctionnement du matériel et des équipements ○ Participe à l'évaluation du matériel mis à l'essai
Stratégie institutionnelle et départementale	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participe à la définition des objectifs globaux des soins infirmiers ○ Se conforme et met en œuvre dans son unité les directives de l'institution et du département ○ Définit les objectifs et projets particuliers de son unité, et accompagne son équipe dans la réalisation de ceux-ci ○ Participe activement aux réunions d'infirmières – chefs ○ Réalise et transmet dans les délais fixés les travaux commandés par l'institution ou le département

ANNEXE IV

RHMS : PROFIL DE FONCTION INFIRMIER CHEF D'UNITE

5 Identification de la fonction

5.1.1 **Intitulé de la fonction**

5.1.1.1.1.1.1.1.1 Infirmier(e) - chef

5.1.2 **Positionnement de la fonction**

Institution	5.1.2.1.1.1.1.1.1 R.H.M.S
Département / Direction	5.1.2.1.1.1.1.1.2 Département infirmier
Service / Unité	5.1.2.1.1.1.1.1.3
Site(s) couvert(s) par la fonction	<input type="checkbox"/> Ath <input type="checkbox"/> Baudour <input type="checkbox"/> Belœil <input type="checkbox"/> Dour <input type="checkbox"/> Frameries <input type="checkbox"/> Leuze <input type="checkbox"/> Peruwelz <input type="checkbox"/> Tournai
Site de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Ath <input type="checkbox"/> Baudour <input type="checkbox"/> Belœil <input type="checkbox"/> Dour <input type="checkbox"/> Frameries <input type="checkbox"/> Leuze <input type="checkbox"/> Peruwelz <input type="checkbox"/> Tournai

5.1.3 **Mission de la fonction**

L'infirmier(e)-chef assure la qualité de la prise en charge des patients et la bonne gestion des ressources humaines et matérielles de l'unité

6 Spécifications de la fonction

6.1.1 **Statut**

ouvrier employé cadre indépendant

6.1.2 **Horaire**

Horaire standardisé

	<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>	<i>Samedi</i>	<i>Dimanche</i>
1 ETP							

Horaire variable

- prestations de nuit
- prestation de samedi
- prestation de dimanche
- prestation de jours fériés

Horaires possibles :

1 ETP						
¾ ETP						
½ ETP						
autre						

6.1.3 **Mobilité**

Déplacements inter sites : fréquents occasionnels rares non

6.1.4

6.1.5 **Rémunérations**

Echelle barémique : 1.78s

Suppléments éventuels :

Autres avantages :

7 Relations Hiérarchiques de la fonction

7.1.1 Relations hiérarchiques

		Fonction	Effectif
Supérieur(s) hiérarchique(s)	N + 3	Directeur général et adjoint	2
	N + 2	Directeur du département infirmier	1
Supérieur immédiat	N + 1	Directeur adjoint du département infirmier	1
Niveau(x) équivalent(s)	N	Infirmièr(e)s – chef(s)	
Subordonné(s) direct(s)	N - 1	Infirmièr(e)s de l'unité	
		Soignants de l'unité	
		Assistante logistique de l'unité	
Subordonné(s) indirect(s)	N - 2		

8 Responsabilités permanentes

Le titulaire de la fonction ...

<i>Responsabilités permanentes</i>		<i>Tâches</i>	<i>Contraintes</i>	<i>Indicateurs de succès</i>
<input type="checkbox"/> Garantit <input type="checkbox"/> Garantit avec (qui ?) <input type="checkbox"/> Collabore avec (qui ?)	Résultat final attendu	En faisant concrètement quoi ?	dispositions légales, réglementaires, procédures, délais, ...	Le résultat est atteint si...
Garantit	une dispensation de soins de qualité dans son unité	<input type="checkbox"/> en planifiant les soins en tenant compte des priorités, de la charge de travail, de la qualification du personnel	<input type="checkbox"/> Liste d'actes infirmiers	<input type="checkbox"/> Continuité permanente des soins <input type="checkbox"/> Nursing globalisé
		<input type="checkbox"/> Collaborant avec l'équipe médicale en vue de la globalisation des soins aux patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> veillant à la parfaite exécution du plan de soins et des ordres médicaux	<input type="checkbox"/> Protocoles de soins <input type="checkbox"/> Prescriptions médicales	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> en supervisant les soins prodigués et en évaluant la qualité et l'efficacité de ceux-ci	<input type="checkbox"/> Procédures de soins <input type="checkbox"/> Règles et recommandations en matière d'hygiène hospitalière	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> en veillant au bien-être physique et moral, à la sécurité, et au respect des droits des patients et de leurs familles	<input type="checkbox"/> Charte des droits du patient <input type="checkbox"/> Déontologie professionnelle <input type="checkbox"/> Secret professionnel	<input type="checkbox"/> Accueil de qualité <input type="checkbox"/> Respect du secret professionnel
		<input type="checkbox"/> en veillant à la bonne information du patient sur son séjour hospitalier, son traitement, les examens et les soins programmés	<input type="checkbox"/> Règlement d'ordre intérieur	<input type="checkbox"/> Pas de plainte
		<input type="checkbox"/> en participant et promouvant l'éducation à la santé du patient et de sa famille		
		<input type="checkbox"/> en veillant à la disponibilité permanente des médicaments, du matériel, des équipements et du linge nécessaires au fonctionnement de l'unité		<input type="checkbox"/> pas de rupture de stocks ou d'indisponibilité matérielle
		<input type="checkbox"/> en participant aux soins directs en cas de situation complexe, d'écolage ou de surcharge de travail		
		<input type="checkbox"/> en assurant la planification et la coordination des activités concernant le patient		
<input type="checkbox"/> en organisant et coordonnant la sortie du patient				

<i>Responsabilités permanentes</i>		<i>Tâches</i>	<i>Contraintes</i>	<i>Indicateurs de succès</i>
<input type="checkbox"/> Garantit <input type="checkbox"/> Garantit avec (qui ?) <input type="checkbox"/> Collabore avec (qui ?)	Résultat final attendu	En faisant concrètement quoi ?	dispositions légales, réglementaires, procédures, délais, ...	Le résultat est atteint si...
<i>Collabore avec la direction et les cadres intermédiaires du département infirmier, et les autres infirmières-chefs d'unité</i>	<i>à l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans l'institution</i>	<input type="checkbox"/> participant activement aux réunions d'infirmières -chefs		<input type="checkbox"/> 100 % de participation sauf si absent
		<input type="checkbox"/> en participant à l'actualisation des techniques de soins		<input type="checkbox"/> min 1 technique de soins / an
		<input type="checkbox"/> en participant activement à la politique de prévention des infections, des escarres, des chutes		<input type="checkbox"/> % escarres < 7%
		<input type="checkbox"/> en participant à la définition des objectifs globaux des soins infirmiers		
		<input type="checkbox"/> en se conformant et en mettant en œuvre dans son unité les directives de l'institution et du département		
		<input type="checkbox"/> en assurant l'enregistrement des infections nosocomiales, des escarres, des accidents et erreurs	Législation « enregistrements obligatoires »	
		<input type="checkbox"/> en participant à l'évaluation des techniques, matériels et équipements mis à l'essai		
<i>Garantit</i>	<i>l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans son unité</i>	<input type="checkbox"/> en assurant son propre perfectionnement		<input type="checkbox"/> min 5 h de formation / an
		<input type="checkbox"/> en stimulant la formation de ses collaborateurs		<input type="checkbox"/> min 5 h de formation / an / collaborateur

	<input type="checkbox"/> <i>participant à la définition des besoins de formation de son équipe, et à l'évaluation des actions de formation entreprises</i>		
	<input type="checkbox"/> <i>en désignant un relais « hygiène » et « escarres » pour son unité et en assurant leur participation aux réunions</i>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <i>en définissant les objectifs et projets particuliers de son unité, et en accompagnant son équipe dans la réalisation de ceux-ci</i>		<input type="checkbox"/> <i>min 1 objectif pour l'unité / an</i>

<i>Responsabilités permanentes</i>		<i>Tâches</i>	<i>Contraintes</i>	<i>Indicateurs de succès</i>
<input type="checkbox"/> Garantit <input type="checkbox"/> Garantit avec (qui ?) <input type="checkbox"/> Collaborer avec (qui ?)	Résultat final attendu	En faisant concrètement quoi ?	dispositions légales, réglementaires, procédures, délais, ...	Le résultat est atteint si...

Garantit	une gestion optimale des ressources humaines de son unité	<input type="checkbox"/> en planifiant les prestations de l'équipe afin de garantir la continuité des soins	<input type="checkbox"/> législation du travail <input type="checkbox"/> règlement de travail <input type="checkbox"/> CCT	<input type="checkbox"/> Equité entre les membres de l'équipe <input type="checkbox"/> Planning anticipé de 6 semaines <input type="checkbox"/> Volume max. d'heures sup. pour l'équipe = 100 h <input type="checkbox"/> Volume max. d'heures sup. par personne = 40 h
		<input type="checkbox"/> en procédant à l'évaluation du personnel de l'équipe		<input type="checkbox"/> 1 entretien annuel avec chaque membre de l'équipe + rapport d'évaluation écrit
		<input type="checkbox"/> en définissant clairement les besoins en personnel de son unité	<input type="checkbox"/> Normes d'encadrement	<input type="checkbox"/> respect des normes
		<input type="checkbox"/> assurant l'intégration, l'information et la formation des nouvelles recrues		
Garantit	Une gestion de son unité	<input type="checkbox"/> en participant aux prévisions budgétaires relatives à son unité		
		<input type="checkbox"/> en gérant son unité en vue de rencontrer les objectifs financiers fixés		
		<input type="checkbox"/> veillant à la facturation des prestations effectuées dans son unité	<input type="checkbox"/> Nomenclature INAMI	
		<input type="checkbox"/> assurant l'enregistrement du RIM	<input type="checkbox"/> Législation RIM	

		<input type="checkbox"/> dressant annuellement ou à la demande un inventaire des besoins en matériel et équipement de son unité		<input type="checkbox"/> 1 inventaire avant 15/01
		<input type="checkbox"/> en supervisant les commandes à l'attention de la pharmacie, de l'économat,...		
		<input type="checkbox"/> en veillant au rangement rationnel, à l'utilisation appropriée et au bon fonctionnement du matériel et des équipements		
Collabore avec l'ensemble des collaborateurs du R.H.M.S.	à la promotion, au développement, à la sécurité et au bon fonctionnement de l'institution	<input type="checkbox"/> en participant aux projets et aux activités institutionnelles		
		<input type="checkbox"/> en veillant à la bonne tenue, à la mise à jour et à la mise à disposition permanente des fardes de consignes, des notes de service, du plan MASH et tout autre document utile		
		<input type="checkbox"/> s'assurant que les consignes incendie et MASH sont connues et pourront être appliquées par les membres de l'équipe		

Collabore avec la direction et les cadres intermédiaires du département infirmier, et les autres infirmières-chefs d'unité	à l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans l'institution	<input type="checkbox"/> participant activement aux réunions d'infirmières - chefs		100 % de participation si absent
--	---	--	--	----------------------------------

		<input type="checkbox"/> en participant à l'actualisation des techniques de soins		<input type="checkbox"/> min 1 technique de soins / an
		<input type="checkbox"/> en participant activement à la politique de prévention des infections, des escarres, des chutes		<input type="checkbox"/> % escarres < 7%
		<input type="checkbox"/> en participant à la définition des objectifs globaux des soins infirmiers		
		<input type="checkbox"/> en se conformant et en mettant en œuvre dans son unité les directives de l'institution et du département		
		<input type="checkbox"/> en assurant l'enregistrement des infections nosocomiales, des escarres, des accidents et erreurs	Législation « enregistrements obligatoires »	
		<input type="checkbox"/> en participant à l'évaluation des techniques, matériels et équipements mis à l'essai		
Garantit	l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans son unité	<input type="checkbox"/> en assurant son propre perfectionnement		<input type="checkbox"/> min 5 h de formation / an
		<input type="checkbox"/> en stimulant la formation de ses collaborateurs		<input type="checkbox"/> min 5 h de formation / an / collaborateur
		<input type="checkbox"/> participant à la définition des besoins de formation de son équipe, et à l'évaluation des actions de formation entreprises		
		<input type="checkbox"/> en désignant un relais « hygiène » et « escarres » pour son unité et en assurant leur participation aux réunions		<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/> <i>en définissant les objectifs et projets particuliers de son unité, et en accompagnant son équipe dans la réalisation de ceux-ci</i>		
--	--	---	--	--

ANNEXE V

8.1.1 *1^{er} SEPTEMBRE 2006. - Arrêté royal modifiant certaines dispositions concernant l'octroi du congé-éducation payé en application de l'article 111, § 7, de la loi de redressement du 22 janvier 1985, contenant des dispositions sociales*

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi de redressement du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, notamment l'article 111, modifiée par l'arrêté royal du 28 mars 1995;

Vu la demande adressée le 24 juillet 2006 au Conseil national du Travail et l'absence d'avis dans le délai de 14 jours requis par la délibération du Conseil des Ministres du 20 juillet 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 20 juillet 2006;

Vu l'avis 41.188/1/V du Conseil d'Etat, donné le 17 août 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Vu l'urgence motivée par le dérapage budgétaire qui nécessite une diminution du plafond maximum d'heures de congé-éducation payé dès le 1^{er} septembre 2006.

Les travailleurs, les employeurs et les établissements scolaires doivent être informés avant la rentrée scolaire de cette diminution du plafond. Il est en effet un critère important dans la prise de décision du travailleur qui envisage de suivre une formation. Il faut éviter qu'il s'engage à suivre une formation dont le nombre d'heures dépasse le nouveau plafond, en se basant sur la réglementation actuelle. Sur la proposition de Notre Ministre de l'Emploi et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil le 20 juillet 2006,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. En application de l'article 111, § 7 de la loi de redressement du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, modifié par l'arrêté royal du 28 mars 1995, pour les formations suivies à partir du 1^{er} septembre 2006 les maxima prévus dans :

- l'article 111, § 1^{er}, troisième aliéna, sont portés à 100 heures quand le travailleur suit une formation professionnelle, à 80 heures quand il suit une formation générale et à 100 heures s'il suit au cours de la même année, une formation générale et une formation professionnelle;
- l'article 111, § 2, deuxième alinéa sont portés à 100 heures;
- l'article 111, § 3, sont portés à 105 heures pour des formations professionnelles, 85 heures pour des formations générales et, à 105 heures pour suivre plusieurs cours de nature différente;
- l'article 111, § 4, sont portés à 100 heures;
- l'article 111, § 5, sont portés à 120 heures;

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} septembre 2006.

Art. 3. Notre Ministre de l'Emploi est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} septembre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Emploi,

P. VANVELHOVEN

ANNEXE VI

27 SEPTEMBRE 2006. - Arrêté royal établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 35ter, inséré par la loi du 19 décembre 1990, et modifié par les lois des 6 avril 1995, 17 mars 1997 et 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, modifié par l'arrêté royal du 2 juillet 1999;

Vu l'avis de la Commission technique de l'Art infirmier, donné le 17 mars 2005;

Vu les avis du Conseil national de l'Art infirmier, donnés les 27 septembre 2005 et 20 décembre 2005;

Vu l'avis 40.731/3 du Conseil d'Etat, donné le 27 juin 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. La liste des titres professionnels particuliers pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers s'établit comme suit :

1. infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie;
2. infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie;
3. infirmier spécialisé en santé publique;
4. infirmier spécialisé en gériatrie;
5. infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence;
6. infirmier spécialisé en oncologie;
7. infirmier spécialisé en imagerie médicale;
8. infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies;
9. infirmier spécialisé en assistance opératoire et instrumentation;
10. infirmier spécialisé comme perfusionniste;
11. infirmier spécialisé en anesthésie.

Art. 2. La liste des qualifications professionnelles particulières pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué, les bacheliers en soins infirmiers, les titulaires du diplôme de « verpleegkunde » et les titulaires du brevet ou du titre d'infirmier, s'établit comme suit :

1. infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie;
2. infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie;
3. infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies;
4. infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs;
5. infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie;

6. infirmière ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur.

Art. 3. L'arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et es qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, modifié par l'arrêté royal du 2 juillet 1999, est abrogé.

Art. 4. Notre Ministre qui a la santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 septembre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

ANNEXE VII

Guide d'entretien

Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

Cette première question vise à mettre en confiance et à susciter l'expression. Il cerne également le profil professionnel de l'ICU.

Quel est selon vous l'intérêt de la formation permanente ?

Comment assurez-vous la formation permanente de votre unité ?

Cette deuxième question aborde la vision plus macroscopique de la formation permanente en général. Des questions secondaires sont prévues et utilisées en cas de nécessité pour obtenir un complément d'informations.

Quel est selon vous l'intérêt d'analyser des besoins en formation ?

Comment analysez-vous les besoins en formation de votre unité ?

Cette troisième question se centre (travelling avant) sur une vision plus microscopique qu'est l'étape préliminaire de toute planification de formation, l'analyse des besoins en formation.

Quelles sont à votre avis les difficultés pour analyser ces besoins ?pour assurer la formation permanente ?

Enfin cette dernière question achève l'entretien sur une vision plus globale par un travelling arrière

ANNEXE VIII

La communication selon Lasswell

Lasswell définit la communication, c'est-à-dire la circulation de l'information entre un émetteur et un récepteur, par six questions :

Qui parle ?	La première question renvoie à la personnalité de l'émetteur. Se regroupent les analyses ayant pour objectif l'étude de la personnalité de l'auteur de la communication, de ses caractéristiques psychologiques ou sociales, de son comportement verbal, de ses valeurs, de son cadre de référence
Pour dire quoi ?	Cette question nous propose les caractéristiques du message, ce que Lasswell appelle sa teneur, sa valeur informationnelle, les mots, les idées, les arguments, les conclusions bref le contenu.
Comment ?	La question dirige l'analyse vers l'étude de la forme et du véhicule de la communication ; le choix du support et du code, le mode de présentation, le style et les figures de style, la structure du langage, la lisibilité du message.
Dans quel but ?	La question oriente l'analyse vers les objectifs, affichés ou cachés, de la communication.
Avec quel résultat ?	La question renvoie la recherche vers les effets qui ne sont pas forcément congruents vers les buts effectifs de la communication