



HAL
open science

Accompagner le développement des compétences professionnelles : une dimension pédagogique de la fonction d'encadrement du cadre de santé

Mélanie Dumas

► **To cite this version:**

Mélanie Dumas. Accompagner le développement des compétences professionnelles : une dimension pédagogique de la fonction d'encadrement du cadre de santé. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03773606

HAL Id: dumas-03773606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03773606>

Submitted on 9 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Formation continue
& alternance



Institut de Formation des Cadres de Santé
CHU de Brest

Université de Bretagne Occidentale

Master Mention Administration Économique et Sociale
Parcours Management et formation en Santé

Promotion 2021-2022

**Accompagner le développement
des compétences professionnelles :
une dimension pédagogique
de la fonction d'encadrement
du cadre de santé**

Mélanie DUMAS

Juin 2022

Sous la direction et la guidance de

Madame Michelle HENTIC-GILIBERTO et Monsieur Olivier Le Roy

« Dis-le moi et je l'oublierai ; Enseigne-le moi et je m'en souviendrai ; Implique-moi et j'apprendrai »

Benjamin Franklin

Remerciements

Je tiens à remercier,

Madame Hentic-Giliberto, directrice de mémoire, pour son accompagnement de qualité et sa disponibilité, et Monsieur Le Roy, cadre supérieur de santé, pour sa guidance et ses conseils avisés dans l'élaboration de ce travail de recherche,

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, Monsieur Troadec, Monsieur Jamet, Madame Salaun et Madame Diverres pour leur adaptabilité, leur écoute et leur réactivité,

L'ensemble des professionnels qui se sont montrés disponibles pour répondre à mon étude et qui ont ainsi contribué à la rédaction de ce mémoire,

La direction de mon établissement, pour la confiance qu'elle a accordé à mon projet professionnel en me finançant,

Mes collègues de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé, pour leurs conseils et leurs encouragements,

Mes collègues de promotion, pour la richesse de nos échanges et leur soutien dans les moments d'incertitudes au cours de cette année de formation,

Maëlle, pour son amitié indéfectible et son accompagnement si précieux dans l'élaboration de ce travail,

Ma famille, Armelle et Claudie pour leur présence bienveillante auprès de mes enfants durant cette année si particulière,

Louna et Théo pour leur patience, leur compréhension et leurs encouragements,

Fred pour son implication infaillible et son soutien constant dans l'accompagnement de mon évolution professionnelle.

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

AFGSU : Attestation de Formation en Gestes et Soins d'Urgence

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

CDS : Cadre de Santé

CHP : Centre Hospitalier Privé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNP : Conseils Nationaux Professionnels

CPA : Compte Personnel d'Activité

CPF : Compte Personnel de Formation

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CSE : Comité Social et Économique

CSIRMT : Commission des Soins infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

CV : Curriculum Vitae

DAM : Direction des Affaires Médicales

DGOS : La Direction Générale de l'Offre de Soins

DIF : Droit Individuel à la Formation

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Direction Ressources Humaines

DSI : Directrice des Soins Infirmiers

DU : Diplôme universitaire

EDCS : Étudiants Cadre De Santé

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FIFPL : Financement Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales

FPH : Fonction Publique Hospitalière

FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation Cadre de Santé

IFPS : Institut de Formation des Professionnels de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MOOC : Massive Open Online Course

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé

OPCO : Opérateur de Compétences

PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PDC : Plan de Développement des Compétences

PNM : Personnel Non Médical

QVT : Qualité de Vie au Travail

RFC : Responsable de Formation Continue

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 LE CONTEXTE.....	2
1.1 LE QUESTIONNEMENT DE DÉPART.....	4
1.2 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE : UN MODÈLE PROFONDÉMENT RESTRUCTURÉ CES DERNIÈRES ANNÉES	8
1.2.1 <i>Le Développement Professionnel Continu</i>	9
1.2.2 <i>La formation professionnelle continue dans les établissements de santé</i>	11
1.2.3 <i>Le financement de la formation professionnelle continue en établissement de santé</i>	12
2 LE CADRE CONCEPTUEL.....	13
2.1 LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE : UNE NOTION CLÉ MAIS COMPLEXE.....	13
2.1.1 <i>La compétence individuelle</i>	14
2.1.2 <i>Les compétences collectives</i>	17
2.1.3 <i>La coopération</i>	18
2.2 LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	19
2.2.1 <i>L'accompagnement</i>	19
2.2.2 <i>Le socioconstructivisme</i>	22
2.2.3 <i>L'apprenance : de la formation à l'apprenance</i>	25
2.3 LE MANAGEMENT DES COMPÉTENCES	27
3 LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES HYPOTHÈSES	29
4 LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	29
4.1 LA POPULATION ÉTUDIÉE	30
4.2 L'OUTIL D'INVESTIGATION	32
4.3 LES LIMITES DE L'ÉTUDE	33
5 L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION	34
5.1 L'ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE	35
5.1.1 <i>Les représentations des professionnels de santé concernant la formation continue</i>	35
5.1.2 <i>Les dispositifs de formation professionnelle continue au sein des établissements de santé : identifiés par l'ensemble des acteurs impliqués mais non intégralement maîtrisés</i>	42
5.1.3 <i>Les pratiques et les outils identifiés dans le système de formation professionnelle continue</i>	57
5.1.4 <i>Le rôle, les attentes et les relations entre les différents acteurs hospitaliers impliqués dans le système de la formation professionnelle continue des établissements de santé</i>	64
5.1.5 <i>Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé</i>	67

6	LA DISCUSSION ET LA CONFRONTATION DES HYPOTHÈSES	69
7	MA PROJECTION PROFESSIONNELLE :	79
7.1	DÉFINIR UN PLAN D'ACTION	82
7.2	ÉVALUER LES ACTIONS ENTREPRISES	86
	CONCLUSION	87
	RÉFÉRENCES.....	
	LISTE DES TABLEAUX	
	SOMMAIRE DES ANNEXES	

Introduction

Le système de santé est confronté à de nombreuses évolutions. D'une part, les maladies chroniques augmentent et le vieillissement de la population s'amplifie. D'autre part, des évolutions thérapeutiques innovantes émergent et l'usage des outils numériques se développe au profit de la prise en soin du patient. Les formations initiales et les formations continues des professionnels de santé se sont adaptées à ces différentes mutations pour répondre aux enjeux du système de santé et aux attentes des patients. Ces dernières préconisent des parcours de plus en plus individualisés, centrés sur deux axes, l'acquisition des compétences et la réflexivité des personnes en formation. Dans cet environnement en constante évolution, apprendre tout au long de sa vie professionnelle devient une nécessité. L'enjeu est de maintenir et de développer les compétences des professionnels de santé dans le but de garantir la qualité et la sécurité des soins au service du patient. Aussi, les dispositifs de formation visent à actualiser et perfectionner les connaissances et les pratiques professionnelles des soignants. Selon l'arrêté relatif au diplôme de Cadre De Santé (CDS), « *la formation des cadres de santé a pour objectif de préparer les professionnels à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités*¹. Ainsi, les CDS doivent acquérir des compétences professionnelles en termes d'organisation, de gestion, de pédagogie, d'animation et de communication. Le CDS exerce donc, soit en qualité de responsable de d'activités de soin, soit en tant que formateur de professionnels de santé. Aussi, cette fonction du CDS est transférable de l'unité de soins à l'institut de formation et réciproquement car l'exercice de celle-ci présente des compétences communes et transposables. En effet, il existe des activités similaires aux deux dimensions de la fonction de CDS. Management et pédagogie contribuent tous deux, à la qualité et à la sécurité des soins, au profit du patient.

L'objet de ce travail de recherche est de décrire et de comprendre la dimension pédagogique du CDS dans l'accompagnement du maintien et du développement des compétences individuelles et collectives des professionnels de santé.

¹ Arrêté du 18 Août 1995, relatif au diplôme de cadre de santé

Ce mémoire est une opportunité de recueillir des données, de les analyser afin d'obtenir des résultats sur le management des compétences pratiqué par le CDS dans les unités de soins.

En parallèle de ce travail de fin d'études, je me suis impliquée dans un projet de recherche piloté par des enseignants universitaires en collaboration avec un groupe d'Étudiants Cadre De Santé (EDCS). Cet axe est intitulé : « la place du cadre de santé dans la démarche opérationnelle de la qualité vie au travail ». J'ai souhaité participer à ce groupe de travail pour découvrir et expérimenter une méthode de recherche quantitative. Cette étude exploratoire vise à proposer une cartographie du travail du cadre dans la démarche Qualité de Vie au Travail (QVT). Aussi, il serait intéressant de vérifier si les CDS identifient les actions de formation comme des leviers de la QVT. Tout au long de cette année de formation, je me suis donc inscrite dans une démarche réflexive centrée sur ces différents travaux de recherche.

En premier lieu, je présenterai le contexte de ce travail de recherche à partir d'un questionnement de départ. Dans un second temps, j'exposerai le cadre conceptuel des compétences, du développement des compétences et du management des compétences, puis j'évoquerai ma problématique et j'émettrai des hypothèses concernant l'accompagnement du développement des compétences par le CDS. Pour terminer, je dévoilerai la méthode de recherche employée puis j'analyserai les données recueillies au cours des entretiens semi-directifs que j'ai réalisés. Puis, je présenterai les éléments significatifs de l'analyse en les confrontant aux hypothèses émises afin d'éclairer la question de recherche. Enfin je présenterai ma projection professionnelle en qualité de cadre de santé formateur.

1 Le contexte

Infirmière depuis 2002, cela fait plus de 10 ans que j'occupe un poste de faisant fonction cadre de santé formateur au sein de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest. Cette fonction demande un ajustement constant au vu de la diversité des typologies de formation et des différents niveaux scolaires des étudiants paramédicaux. Ce contexte entraîne une nécessité d'adaptation permanente des apprentissages aux attentes des apprenants, des structures, de l'évolution sociétale mais également du contexte législatif. Pour acquérir des compétences pédagogiques nécessaires à l'accompagnement des apprenants, j'ai bénéficié de deux formations universitaires : le Diplôme

Universitaire (DU) en simulation pour l'apprentissage des sciences de santé et le Master 2 « Métiers de l'Éducation et de la Formation de Formateurs d'Adultes ». Celles-ci m'ont permis de découvrir l'analyse de l'activité en situation de travail et de développer une expertise dans le domaine de l'innovation pédagogique. Aussi, je m'attache à diversifier les méthodes pédagogiques, à former les apprenants à la pratique réflexive, et à les responsabiliser au regard de leurs apprentissages. Il me paraît essentiel de partir de l'étudiant pour l'impliquer dans sa formation, tirer profit de son expérience, de son savoir, et de sa compréhension de l'activité pédagogique. Aussi, j'exploite l'activité réelle déployée par l'apprenant afin de l'aider à développer une posture réflexive sur sa pratique professionnelle. En 2015, j'intègre l'équipe pédagogique en charge de la formation continue de l'IFPS du CHU de Brest et je découvre un nouveau public, des apprenants en activité professionnelle, autonomes et expérimentés. Ces professionnels s'inscrivent aux formations afin d'améliorer leurs pratiques. Mon travail consiste, lors de mes interventions, à former les participants à la pratique réflexive pour repenser le soin et donner du sens aux situations de travail rencontrées. En effet, celles-ci constituent des opportunités intéressantes d'apprentissage. Ainsi, j'accompagne les participants dans la compréhension et l'analyse des situations vécues. J'offre la possibilité aux soignants de consolider leurs compétences et d'en développer de nouvelles, avec pour fil conducteur: comprendre pour agir, agir en comprenant, évaluer pour évoluer. Il s'agit pour moi de recentrer la formation sur le « cœur métier », de prendre le travail réel comme objet de réflexion. J'utilise l'approche pédagogique la plus appropriée en formation continue, la démarche réflexive. Pour ce faire, j'amène les professionnels à s'interroger, à remettre en question les pratiques ou les habitudes. Cette démarche permet une confrontation entre pairs. Elle vise la construction, la mutualisation de l'expérience et le recul réflexif sur les situations de travail afin de comprendre et donner du sens aux activités réalisées. Par ailleurs, en tant qu'organisme de formation prestataire, une de mes missions est de proposer une offre de formation continue dans les domaines de la santé, du social et de la pédagogie, aux Responsables de Formation Continue (RFC) des établissements de santé et structures médico-sociales. Toutes les formations sont certifiées Qualiopi² et la plupart sont agréées par l'Agence Nationale du Développement

² Qualiopi : La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018, pour la liberté de choisir son avenir professionnel, mentionne l'obligation de certification au 1^{er} janvier 2022, par des organismes certificateurs accrédités, des prestataires d'actions concourant au développement des compétences sur la base d'un référentiel unique, qui souhaitent accéder aux fonds publics ou mutualisés.

Professionnel Continu (ANDPC). Le Développement Professionnel Continu (DPC)³ est un dispositif de formations dédié aux professionnels de santé en France. Ce dispositif est piloté par l'ANDPC et a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en soutien des enjeux de la politique nationale de santé. Aussi, les formations sont adaptées aux problématiques professionnelles, permettant une réflexivité sur les pratiques et apportant des ressources pour améliorer la qualité des soins. Il s'agit d'accompagner le changement dans les établissements de santé et médico-sociaux pour améliorer la prise en soin des patients. Quelles que soient les formations proposées, mon engagement est d'accompagner les professionnels de santé dans le maintien et le développement de leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle.

1.1 Le questionnement de départ

Au cours de mon expérience de faisant fonction cadre de santé formateur, différentes situations concernant le maintien et le développement des compétences des professionnels paramédicaux m'ont interpellée.

En premier lieu, je perçois l'attachement à former les professionnels de santé au processus réflexif en formation initiale et en formation continue. Face aux évolutions permanentes du système de santé, il s'agit de former le praticien réflexif. Celui-ci doit être capable d'apprendre à remettre en cause sa pratique, à l'analyser et l'évaluer afin de développer ses compétences. Ainsi, la capacité à prendre de la distance par rapport aux problématiques rencontrées et la capacité d'analyse des situations de travail deviennent des enjeux majeurs pour les professionnels de santé pour répondre avec pertinence aux besoins des patients. Aussi, je me questionne sur la mise en place de formation dans les unités de soins. Est-ce que le CDS impulse le processus réflexif des professionnels de santé exerçant sous sa responsabilité ? Est-ce qu'il propose des activités, au sein de son unité, pour maintenir et renforcer leur processus réflexif ?

³ Le DPC est réglementé par le code de la santé publique. L'Article L.4021-1 précise « le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques ».

Ensuite, dans le cadre de la formation accompagnement à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'État d'Aide-Soignant, je découvre la dimension pédagogique de la fonction d'encadrement exercée par le CDS de proximité. En effet, en parallèle de la formation, certains participants bénéficient d'un suivi individualisé réalisé par leur CDS. Je constate que cette démarche n'est pas systématique mais à l'initiative de quelques CDS. Cet accompagnement m'interpelle et me fait prendre conscience de la fonction de formation du CDS responsable de secteur d'activités de soin. Celle-ci est inscrite dans le référentiel d'activités et de compétences, rédigé par La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en décembre 2012. Elle a élaboré deux référentiels d'activités et de compétences pour exercer la fonction de CDS. L'un à destination du CDS responsable de secteur d'activités de soin, l'autre concerne le CDS formateur des professionnels de santé. Chaque référentiel mentionne la définition du métier et décrit les 7 activités et les 8 compétences en fonction du lieu d'exercice du CDS (institut de formation ou unité de soins). Ainsi, dans le cadre de l'activité « *gestion et développement des compétences* », le CDS responsable de secteur d'activités de soin est amené à réaliser ponctuellement des actions de formation et à prévoir la mise en place des démarches d'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP). L'une des compétences de ce référentiel est d'ailleurs intitulée « *manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle* ».

Un autre fait me questionne, celui de l'inscription individuelle des professionnels en formation organisée par des centres de formations extérieures. Les RFC des établissements de santé favorisent-ils la formation externalisée ? Et dans ce contexte comment se construit la compétence collective ? En effet, comme le stipule Guy Le Boterf (1998), « *il ne peut y avoir de compétences individuelles sans compétences collectives* ». L'enjeu au sein des unités de soins est de maintenir et de renforcer les compétences professionnelles au service des personnes soignées afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Alors, concrètement comment s'organise la formation professionnelle au sein d'un établissement de santé ? Et comment le CDS accompagne-t-il la montée en compétences individuelles et collectives des membres de l'équipe ?

De plus, je mesure l'écart entre la volonté affichée par les textes législatifs et la réalité d'accès aux formations continues par les professionnels de santé. En effet, je relève de nombreux désistements, souvent de dernière minute, en raison de la difficulté à libérer les professionnels de santé. Ensuite, je suis confrontée à la complexité de l'organisation de la formation continue

des établissements de santé et je perçois la méconnaissance des professionnels de santé en lien avec le dispositif DPC. Celui-ci réunit, dans un concept commun, les notions de formation professionnelle continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). En outre, j'ai observé que ce dispositif semble ne pas être intégré par les différents acteurs hospitaliers impliqués dans le système de la formation professionnelle (Direction Ressources Humaines (DRH), RFC, médecin chef de pôle, médecin chef de service, Cadre Supérieur de Santé Supérieur (CSS), CDS, professionnels paramédicaux). À contrario, j'ai constaté une forte adhésion des paramédicaux libéraux à s'inscrire aux formations DPC proposées par l'IFPS.

Enfin, l'ANDPC dans son rapport d'activité de 2020⁴, précise que 9 actions sur 10 sont des actions de formation continue et pour certaines formations, cette seule typologie est disponible. De ce fait, certains professionnels de santé ne peuvent pas valider leur obligation triennale. Il est intéressant de noter que 67.5% des actions proposées sont monoprofessionnelles. Aussi, l'ANDPC souhaite élargir le développement d'une offre de DPC en EPP, gestion des risques et des actions pluriprofessionnelles. Par conséquent, je m'interroge sur l'existence et la mise en œuvre des APP et des Comité de Retour d'Expérience (CREX), dans les unités de soins, par les CDS, car ses activités correspondent aux typologies des formations du dispositif DPC.

Se pose également la question du principe de responsabilisation des professionnels, puisqu'ils doivent répertorier l'action DPC, réalisée sur le document électronique de traçabilité qui lui appartient. Ce service en ligne nommé « Mon DPC », déployé par l'ANDPC en 2020, est dédié à tous les professionnels de santé. Il permet de tracer et de conserver, tout au long de leur parcours professionnel, les justificatifs de leur participation à des actions DPC mais également de rendre compte de leurs obligations DPC auprès de leur autorité de contrôle (ordre professionnel, Agence Régionale de Santé (ARS), employeur).

De plus, la création récente d'une procédure de recertification pour sept professions de santé à ordre⁵, vient renforcer la nécessité d'optimiser l'accès au dispositif DPC pour ces professionnels. Elle a pour objectif d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences, à

4 <https://www.agencedpc.fr/agence-nationale-du-dpc-publication-du-rapport-d%E2%80%99activit%C3%A9-2020>

5 Ordonnance du 21 juillet 2021 instaurant le cadre de la recertification régulière des compétences des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue

renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles, à améliorer la relation avec leurs patients et à mieux prendre en compte leur santé personnelle.

Par ailleurs, le guide « *mieux manager pour mieux soigner* », élaboré par le Pr Olivier Claris et édité en août 2021, propose des mesures afin d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital autour de deux axes managériaux prioritaires que sont la QVT et la qualité des soins. Afin de renforcer la cohésion interne de chaque service, le guide préconise l'organisation des sessions de formation impliquant tout le personnel en tenant compte des axes du projet de service, de pôle et d'établissement, dans la partie « *favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant* ».

Enfin, au regard des répercussions de la crise sanitaire sur le système de santé, le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une lettre ouverte le 31 mars 2022. Il préconise, parmi les propositions émises, la nécessité pour les professionnels de santé de « *pouvoir bénéficier du renforcement des formations actuelles, initiale et continue, ainsi que de la possibilité d'évaluer leurs pratiques de façon simple et efficiente* ». Cette recommandation illustre l'engagement de l'État et sa volonté de soutenir le maintien et le développement des compétences des professionnels de santé.

Face à ces constats, il est intéressant de réaliser un état des lieux et de questionner les pratiques actuelles en termes d'organisation des formations au sein des services de soins. Cette étude vise donc à recueillir les perceptions des acteurs impliqués dans le système de la formation continue, et de réaliser une cartographie des stratégies managériales mobilisées afin d'identifier les différentes actions de formation mises en œuvre au sein des établissements de santé. Mon intention est de découvrir et d'explorer la dimension pédagogique de la fonction d'encadrement du CDS de proximité et leur implication dans l'accompagnement du maintien et du développement des compétences individuelles et collectives des soignants placés sous sa responsabilité.

Ce questionnement m'amène à définir le contexte de ce travail de recherche, et plus précisément le cadre réglementaire de la formation professionnelle ainsi que la déclinaison de ses dispositifs et son financement au sein des établissements de santé. À l'issue de cette présentation, je dévoilerai ma problématique.

1.2 Le cadre réglementaire de la formation professionnelle : un modèle profondément restructuré ces dernières années

Par la loi du 16 juillet 1971⁶, apparaît le droit à la formation permanente et introduit l'obligation de financement de la formation par les employeurs. Elle a pour objet de « *permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social* ». Cette loi institue donc le droit à la formation pour tous avec une continuité entre la formation initiale et la formation continue. Elle exprime à la fois les valeurs sociales (accès à la culture) et économiques (l'amélioration de la qualification). En raison des inégalités d'accès à la formation, cette loi est abrogée et remplacée par celle du 4 mai 2004, relative à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV). Cette dernière a inséré dans le code du travail la FPTLV comme obligation nationale. Son but est de « *permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle* »⁷. Elle crée la VAE et le Droit Individuel à la Formation (DIF) qui permet à tout salarié de bénéficier de 20 heures de formation par an. La loi du 5 mars 2014 supprime le DIF et le remplace par le Compte Personnel de Formation (CPF). Puis plus récemment, la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel est entrée en vigueur au 5 septembre 2018. Elle remet en cause une bonne partie des règles qui régissaient la formation professionnelle avec notamment la refonte des circuits de financement et de l'alternance. De plus, elle redessine les contours du CPF en le créditant en euros plutôt qu'en heures. Ainsi, le droit à la formation professionnelle est l'une des branches du travail à avoir bénéficié de nombreuses réformes, qui ont transformé successivement l'organisation de la formation professionnelle. Au cours des cinquante dernières années, cette évolution s'est opérée y compris au niveau de l'organisation de la formation continue des établissements de santé, en réponse aux enjeux du système de santé et aux attentes des patients et des professionnels de santé.

⁶ portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

⁷ Article L6111-1 ; L6323-1 ; L6411-1 ; R6412-1 ; D6323-1 du code du travail

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) modifie la notion de formation continue du code de la santé publique « *le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins* »;⁸ en DPC. Il a pour but « *d'assurer le perfectionnement des connaissances et le développement des compétences en vue de satisfaire les besoins de santé de la population et l'amélioration de la qualité des soins* ». Les décrets du 30 décembre 2011 précisent les règles liées à l'obligation de DPC ainsi que l'enregistrement des organismes concourant à l'offre de DPC.

1.2.1 Le Développement Professionnel Continu

Le DPC est effectif depuis le 1 janvier 2013. Il vise l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en actualisant et en renforçant les connaissances et les compétences des professionnels de santé. Il s'adresse aux 2 millions ⁹de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, quels que soient leur lieu d'exercice et leur ancienneté de diplôme, qu'ils soient libéraux ou employés dans des établissements, structures sanitaires, sociales et médico-sociales. C'est une démarche personnelle permanente et obligatoire. De ce fait, le DPC a été créé pour renforcer le modèle FPTLV des professionnels de santé. Cependant, le DPC introduit dans le code de la santé publique en 2009 par la loi dite HPST, est réformé en 2016 par la loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé pour permettre aux professionnels de santé de répondre à leur obligation. Elle se traduit désormais par la création d'un véritable parcours de formation à l'initiative et sous la responsabilité de chaque professionnel. Celui-ci doit justifier, sur une période de trois ans, à partir du 1 janvier 2017, de son engagement dans une démarche de DPC couvrant au moins deux des trois modalités proposées : évaluation des pratiques, gestion des risques et formation continue. Ces actions s'inscrivent dans le champ des orientations nationales prioritaires de DPC définies par arrêté et se conforment aux méthodes de DPC élaborées par la HAS. Le décret du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC détaille également le rôle des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) ainsi que les missions et les instances de l'ANDPC.

⁸ Article L4382-1 ; R4021-1 et suivants ; R4382-1 et suivants ; D4381-6 et suivants du code de la santé publique

⁹ source données DREES 2020

Ce dispositif pourrait à terme, constituer le socle d'une procédure de certification tous les six ans des sept professions de santé dotées d'un ordre professionnel. En effet, le 21 juillet 2021 le Journal Officiel a publié l'ordonnance instaurant le cadre de la recertification régulière des compétences des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue. L'ordonnance complète ainsi la partie du Code de la santé publique consacrée au DPC en y ajoutant un chapitre relatif à la certification périodique des professionnels de santé. Sur une période de six ans, les professionnels concernés devront avoir réalisé un programme minimal d'actions. L'ordonnance prend en compte les actions engagées au titre de DPC, de la formation continue et de l'accréditation, mais également d'autres critères pour le respect de l'obligation de certification périodique. En ce sens, le processus de recertification des compétences est plus complet que le dispositif de DPC, qu'il inclut dans son champ. Le contrôle du respect de cette obligation est confié aux ordres professionnels. Des évolutions sont à prendre en compte également dans la nouvelle gouvernance des établissements de santé avec la loi du 6 Août 2019 dite de « transformation de la fonction publique » et les accords du Ségur de la Santé présentés dans le plan « *Ma Santé 2022* ». Ces nouveaux textes réglementaires prévoient des dispositions spécifiques à la Fonction Publique Hospitalière (FPH) tels que la généralisation de l'entretien professionnel liée à la suppression de la note. Ainsi, le décret du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la FPH précise les nouvelles modalités de l'entretien professionnel. En outre, celui-ci est souvent associé à l'entretien de formation. C'est une rencontre annuelle obligatoire et formalisée qui permet à l'évaluateur comme à l'évalué, de repérer les axes d'amélioration et les possibilités de montée en compétences en s'appuyant sur le répertoire des métiers de la FPH. Cette grille de lecture permet d'objectiver l'évaluation professionnelle de l'agent sur les compétences associées à son métier. Le CDS identifie également les besoins en formation et les souhaits d'évolution professionnelle de l'agent (BARBOT, 2021). Au terme de l'entretien, le CDS formule l'appréciation générale quant à la valeur professionnelle de l'agent. Il lui remet le compte rendu de l'entretien d'évaluation et le tient informé concernant sa participation aux formations demandées. À noter également le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relatif aux métiers du soin et à l'attractivité de l'hôpital public, présenté en décembre 2021, qui préconise le développement de la formation professionnelle continue dans la FPH. Celui-ci décline dans son plan d'action plusieurs propositions dont l'amélioration de

l'accompagnement des parcours des professionnels par le maintien et le développement de leurs compétences.

1.2.2 La formation professionnelle continue dans les établissements de santé

La politique de formation d'un établissement de santé est établie par le directeur général et le directeur des ressources humaines. Le Plan de Développement des Compétences (PDC) s'articule autour du projet d'établissement. Il est élaboré à partir des besoins et des attentes de formation de l'ensemble des professionnels, en s'appuyant sur les priorités de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Il décline les huit types d'actions définies par le décret du 21 août 2008 relatif à la formation tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (Annexe 1). Ce dernier est un document regroupant l'ensemble des actions de formation retenues en distinguant les actions de formation obligatoires, les actions de formation dites non obligatoire et les autres actions prévues comme le bilan des compétences, la validation des acquis de l'expérience. Les CDS sont particulièrement impliqués dans le dispositif. En effet, le recueil des besoins et des souhaits émis par les professionnels de santé s'effectue au cours de l'entretien de formation. À la suite de ces entretiens, le CDS identifie les besoins individuels et les besoins collectifs du service. De plus, il réalise l'état des lieux sur les formations suivies au cours de l'année écoulée. Ainsi, il évalue les compétences développées et le réinvestissement objectif dans le service en termes de pratiques professionnelles pour chaque agent. Ensuite, ce dernier propose un plan de formation du service au CSS de pôle. Ce dernier centralise les différents plans issus des unités dont il a la responsabilité en un plan de formation de pôle unique qu'il transmet au RFC de l'établissement. Le comité plénier de formation de l'établissement donne un avis sur la politique de formation, sur les méthodes de recensement des besoins des personnels, sur l'élaboration des plans de formation et sur l'analyse de l'ensemble des besoins des pôles.

En définitive, la formation en établissement de santé se décline en formation externalisée, formation institutionnelle et formation interne. Deux alternatives sont proposées pour les formations retenues, d'un côté la mobilisation des ressources internes de l'établissement, de l'autre le recours à des organismes de formations prestataires (Martin, 2020).

1.2.3 Le financement de la formation professionnelle continue en établissement de santé

Le secteur public :

L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) est l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière. Elle est agréée par le Ministère de la Santé pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement des formations du plan de formation (2,1% de la masse salariale). Elle œuvre depuis 1974 pour l'égalité d'accès à la formation continue et le développement des compétences des agents employés par les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics.

Le secteur privé :

L'Opérateur de Compétences qui rassemble les métiers du secteur privé de la santé est appelé OPCO Santé. Il englobe 4 secteurs, celui du sanitaire, de l'hospitalisation privée, du thermalisme et des services de santé au travail interentreprises. Il a été créé en même temps que les 10 autres OPCO dans le cadre de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Son rôle est de gérer les fonds de la formation professionnelle des salariés évoluant dans le secteur privé de la santé (1% de la masse salariale).

Le secteur libéral :

Le Financement Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales (FIFPL) est un dispositif qui finance la formation continue des professionnels libéraux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue et sage-femme. Le FIFPL est financé via leurs cotisations. La formation est prise en charge grâce à un crédit formation acquis par l'organisme collecteur auquel les professionnels libéraux ont souscrit une adhésion. Celle-ci permet de financer 4 heures de formation par an auprès d'un organisme de formation agréé par le FIFPL.

Le développement professionnel continu

Le DPC finance toute formation continue des professionnels de santé étant un dispositif de formation obligatoire et un droit reconnu par l'État français. L'ANDPC se charge de verser directement les frais de formation à l'organisme DPC prestataire. Aussi, les professionnels de

santé ayant participé aux actions de formation DPC bénéficient de la prise en charge des frais de formation ainsi qu'une indemnisation financière pour le temps passé.

Ma fonction d'ingénieur pédagogique, mon questionnement de départ et la contextualisation de la formation professionnelle continue m'amènent à formuler cette problématique :

Comment le cadre de santé accompagne-t-il le développement des compétences individuelles et collectives des membres de son équipe?

Pour éclairer cette problématique, je vais développer et approfondir dans le cadre conceptuel, les notions de compétences, de développement des compétences et de management des compétences. Puis, au terme de cette revue de littérature, j'exposerai la question de recherche et la formulation d'hypothèses.

2 Le cadre conceptuel

Dans ce cadre théorique, je vais décliner quatre notions essentielles, relatives au développement professionnel des soignants, à savoir le concept de compétences, d'accompagnement, de socio constructivisme et d'apprenance.

2.1 La compétence professionnelle : une notion clé mais complexe

Le modèle de la compétence a remplacé le modèle de la qualification, celui-ci étant moins adapté à un monde du travail en constante évolution. Pour Zarifian (2004), la différence entre les deux notions est réelle « *on appelle « qualification » ce qui ressort des ressources (en savoir, savoir-faire, comportements) acquises par un individu, que ce soit par formation ou par exercice de diverses activités professionnelles. Et par « compétence », la mise en œuvre de ces ressources en situation* ».

Aussi, la notion de compétence renvoie aux travaux de nombreux auteurs tels que Dietrich, Joannaert, Le Boterf, Leplat, Tardif, Wittorski, Zarifian. Leurs définitions mettent en exergue la diversité des interprétations et enrichissent la connaissance de ce concept. Ainsi, la compétence est définie par Tardif (2006) comme un « *savoir agir complexe, mobilisant un ensemble de ressources internes et externes au sein d'une famille de situations* ». Jonnaert (2009) décrit la compétence comme « *[...] la mise en œuvre par une personne en situation,*

dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié, mais coordonné de ressources ; cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation ». Le Boterf (1998) la présente comme *« une combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements, elle ne s'exprime que dans l'action, uniquement dans des situations de travail, elle est fortement corrélée à un contexte, à des conditions ».* Pour Wittorski (1998) *« la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation ».* Selon Dietrich (2018), la notion de compétence renvoie aux multiples manières *« de concevoir et de définir les capacités individuelles ou collectives de mobilisation dans l'action, des connaissances, savoir-faire et comportements qui assurent l'efficacité de l'activité humaine en situation de travail ».* La compétence est donc singulière et contextualisée. En effet, chaque personne a une certaine façon de s'y prendre pour réaliser l'activité avec compétence. De plus, il convient de distinguer la compétence requise et la compétence réelle acquise par l'individu. Le Boterf (2000) indique que la description de la compétence requise est explicitée notamment dans les référentiels de formation initiale. Ce sont des guides présentant des règles ou des critères qu'il faut respecter autrement dit, des références pour identifier les compétences à développer afin d'exercer un métier alors que, les compétences réelles sont des compétences singulières acquises sur le terrain avec l'expérience. Elles reposent sur l'interprétation et l'improvisation au regard des règles prescrites.

Les auteurs s'accordent également à distinguer la compétence individuelle de la compétence collective. Selon Leplat (2000) *« les compétences collectives et les compétences individuelles sont indissociables. Les compétences individuelles sont indispensables à la construction des compétences collectives, et les compétences collectives améliorent les compétences individuelles ».* Le Boterf (2010) précise que *« si la compétence individuelle est la propriété des individus, la compétence collective est la propriété de l'entreprise ».* Il semble donc nécessaire de les définir.

2.1.1 La compétence individuelle

Si je compare la compétence à un iceberg, la partie émergée est visible et correspond au résultat de l'activité produit par l'individu, la partie immergée est invisible et correspond à la

mobilisation des ressources personnelles et des ressources de l'environnement pour réaliser l'activité (Annexe 2). Lorsque le professionnel est interrogé, il est en mesure de commenter les ressources employées pour réaliser l'activité de travail. Le résultat de l'action correspond aux manifestations de la compétence. Celle-ci conduit à la performance (Zeitler, 2011). Il est important également de préciser que la compétence ne se réduit pas à une addition, « *ce n'est pas une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir être* » (Le Boterf, 2010). Il ne suffit pas de posséder toutes ces ressources pour être compétent, il faut pouvoir également les mobiliser et les combiner de manière appropriée dans l'activité de travail réalisée. Aussi, en fonction de l'action à conduire, l'individu va traiter à sa manière la situation en mobilisant des ressources issues de son propre parcours d'apprentissage. Il construit ses compétences en combinant et en mobilisant des ressources personnelles (qualités, savoir, savoir-faire, réactions émotionnelles et physiologiques) ainsi que des ressources de l'environnement (réseau, personnes ressources, banque de données, outils) pour effectuer l'action prescrite. De ce fait, la compétence repose sur ce processus dynamique combinant ressources personnelles et ressources de l'environnement. Selon Le Boterf (2011) « *être compétent, c'est être capable de gérer des situations complexes et instables* ». Le Boterf (2015) précise également que la compétence peut varier selon l'environnement et les situations de travail et l'illustre par son schéma « *le curseur de la compétence* » (Annexe 3). Cet outil permet de visualiser l'évolution de la définition de la compétence au regard d'un curseur s'ajustant en fonction des organisations de travail. Celui-ci se déplace d'un pôle à l'autre, entre situations de travail à prescription stricte dite « organisation taylorienne » et situations de travail à prescription ouverte nommée « organisation métier complet ». Dans le cadre des situations de travail à prescription stricte, la compétence se situe dans le registre du savoir-faire, alors qu'au pôle opposé, elle se définit en termes du savoir agir et réagir, c'est-à-dire prendre des décisions et des initiatives face à des situations imprévues. Aussi, pour Le Boterf (2002), « *une personne ne pourra vraiment être reconnue comme compétente que si elle est capable, non seulement de réussir une action, mais aussi de comprendre pourquoi et comment elle s'y prend pour agir* ». Le professionnel compétent n'est pas seulement celui qui sait agir avec compétence, c'est aussi celui qui sait décrire comment il sait agir avec compétence. La réflexivité est essentielle dans la construction des compétences. Ainsi, plus le professionnel sera capable d'explicitier ses schèmes opératoires, plus il sera en mesure de les adapter, de les transférer, de les faire évoluer. Le professionnel compétent sait, dans des situations imprévues, dans des contextes variés, mobiliser ses ressources de façon adaptée, c'est la capacité à transposer. La compétence est donc un « *savoir agir en situation* »

c'est-à-dire être capable de comprendre une situation, être capable de décider de sa conduite, être capable d'assurer le suivi de ses actions. Pour Wittorski (2007) « *la compétence est la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation* ». En outre, il convient de distinguer la compétence qui est le processus combinatoire et les compétences qui sont les activités réalisées avec compétence. Ainsi, pour Zarifian (1999) « *la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* ». Selon lui (2004) « *Être compétent, c'est répondre à la question : que faire lorsqu'on ne me dit plus comment faire* ». De plus, la compétence est apprise et non pérenne. En effet, l'individu construit une compétence, l'acquiert, la développe mais peut aussi la perdre car la compétence peut se déconstruire si l'individu ne l'utilise pas. Il est donc nécessaire d'entretenir le processus réflexif des professionnels par la mise en œuvre de modalités d'apprentissage dans l'environnement de travail tels que des séances d'APP ou des CREX. Ces temps d'échange entre professionnels permettent d'entretenir, de développer et d'évaluer les compétences des membres de l'équipe.

Le Boterf (2015) propose également une approche qui rend compte de la double dimension individuelle et collective de la compétence, résultant « *d'un savoir agir, d'un vouloir agir, d'un pouvoir agir* ». Ainsi, les compétences sont considérées comme une résultante de trois facteurs :

- le savoir agir suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes (savoirs théoriques, savoir-faire procéduraux, savoir-faire expérientiels et savoir-faire sociaux)
- le vouloir agir se réfère à la motivation et à l'engagement personnel de l'individu
- le pouvoir agir renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu.

Il est essentiel, selon Le Boterf, d'agir « *sur ces trois pôles pour rendre probable et accroître la possibilité de construire des compétences* ». En outre, il préconise l'évaluation des compétences par trois types d'approches : l'approche par la performance, l'approche par la concordance et l'approche par la singularité. En définitif, « *...une personne c'est agir avec compétences si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles (connaissances, savoir-faire, comportements...) et de son environnement (banque de données, collègues, experts, autres métiers...) pour gérer un ensemble de situations*

professionnelles, afin de produire des résultats (produits, services) satisfaisants à certains critères de performance pour un destinataire (client, patient...) » (Le Boterf G. , 2005).

De ce fait, pour qu'un collectif tel qu'une équipe de soins fonctionne efficacement, la compétence collective doit être développée. Cependant, celle-ci s'accroît dans une équipe, « *si ses membres savent tirer des leçons ensemble ou élaborer une représentation commune des problèmes rencontrés ou encore instaurer des schémas coopératifs d'activités* » (Le Boterf G. , 2002). C'est pourquoi, cela nécessite de la part d'un CDS d'identifier les compétences individuelles et de les réunir pour les mettre en synergie. Aussi, le développement des compétences individuelles ne doit pas se faire au détriment de la compétence collective.

2.1.2 Les compétences collectives

Krohmer (2008) définit la compétence collective comme « *un combinatoire de ressources mises en œuvre par un collectif de travail pour faire face à une situation* ». Le Boterf (2011) différencie les compétences collaboratives (savoir interagir efficacement avec les autres) qui seraient individuelles, des compétences collectives attribuées à un collectif de travail, une équipe. Dans cette perspective, « *la compétence collaborative appartient à l'individu quand la compétence collective appartient à l'organisation* ». Ainsi, les compétences individuelles sont à resituer au sein de la compétence collective d'une équipe ou d'un réseau. En outre, la compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles mais bien un phénomène dynamique et évolutif. Ce processus induit « *la capacité pour le sujet à se mettre en synergie avec les autres pour traiter efficacement la situation* » (Le Boterf G. , 2011). Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui. Selon lui, les conditions de mise en œuvre de la compétence collective sont : un management approprié, un apprentissage organisationnel, des relations de solidarité et de convivialité, une coopération entre professionnels. Pour ce faire, Le Boterf (2011) propose trois axes de développement managériaux qui sont,

- « *le savoir coopérer* » : il s'agit de créer une atmosphère propice à la coopération
- « *le pouvoir coopérer* » : il s'agit de fournir les moyens de travailler ensemble
- « *le vouloir coopérer* » : il s'agit de donner envie de travailler ensemble

Le concept de compétence est à utiliser de façon intégrative. En effet, c'est la capacité pour un individu d'utiliser et de combiner, de manière autonome, de façon tacite ou explicite, dans un contexte particulier, les différents éléments de connaissance qu'il possède et ressources auxquelles il a accès. La dimension d'autonomie est essentielle, elle distingue les niveaux de compétence. La capacité à faire face à la complexité, à l'imprévisibilité détermine le niveau de compétence. Les critères d'évaluation de la compétence peuvent porter sur les résultats directs de l'activité, sur la façon de procéder dans la réalisation de l'activité, et sur l'explicitation de l'acte réalisé.

L'équipe de soin est composée d'une somme d'individus dotés de compétences individuelles. Il s'agit pour le CDS d'optimiser l'ensemble des compétences présentes au sein du service, de les actualiser, de les renouveler, et d'en acquérir de nouvelles afin de créer un environnement de travail performant. En outre, la compétence collective est le résultat d'une coopération entre les compétences individuelles.

2.1.3 La coopération

Pour Dejourns (2015), « *la coopération est une conduite coordonnée qui est définie comme l'action de participer à une œuvre commune* ». Pour susciter cette coopération, il parle de « *mettre les intelligences singulières en cohérence et les énergies en convergence* ». Il s'agit donc pour le CDS, de permettre l'articulation des individus à l'intérieur du collectif afin qu'ils convergent vers un objectif commun. Pour ce faire, il est essentiel que le CDS entretienne la convivialité et la confiance qui sont les conditions indispensables à l'émergence et au maintien de la coopération, qui sont, selon Dejourns, « *le ciment du vivre ensemble* ».

Le Boterf (2015) décrit deux logiques, celle du développement des compétences métier et celle de la mise en commun des compétences individuelles. Selon lui, ces deux logiques entrent en interaction en fonction de l'efficacité de la coopération qui dépend de la richesse des compétences individuelles qui elles-mêmes s'enrichissent de l'expérience de la coopération. Aussi, pour accroître les compétences professionnelles des membres de son équipe, il est essentiel pour le CDS de tenir compte des deux axes de gestion des compétences, l'un en lien avec le développement et la gestion des compétences individuelles, l'autre au regard de la mise en commun des compétences individuelles.

Ainsi, l'engagement du CDS est de favoriser la coopération, en tenant compte de la singularité des individus et en coordonnant ceux-ci dans le but d'œuvrer dans la même direction, c'est à dire assurer la qualité de la prise en soin des patients. Dans son ouvrage, Olivier Meier explique que « *le leader assume généralement deux fonctions : une fonction d'écoute, en suscitant la coopération et l'adhésion, et une fonction d'entraînement, en invitant les acteurs à s'exprimer et à développer leurs capacités. Dans un contexte favorable, le leader cherchera avant tout à donner du sens à l'action collective, à susciter la réflexion* » (Meier, 2009). La mise en place par le CDS de temps formels et informels permettrait de développer et maintenir la confiance, la convivialité et la communication au sein de l'équipe. Comme le stipule Mintzberg (2006), « *le cadre dispose de cinq moyens de communication principaux : le courrier, le téléphone, la réunion non programmée, la réunion programmée et la tournée. Ces différents moyens de communication lui permettent de passer de l'individu au collectif, du formel à l'informel* ». Aussi, aujourd'hui, l'évolution des moyens de communication permet un accès immédiat à l'information. Le CDS est amené à utiliser ces outils numériques pour transmettre les informations au sein du service. De plus, d'après Sennett (2014), les conditions nécessaires à la coopération sont « *la capacité d'apprendre des uns, des autres, de s'enrichir, de se respecter, de se soutenir mutuellement et de tirer un bénéfice de cet échange* ». Coopérer sous-tend alors que chaque acteur a le pouvoir d'agir et la liberté ou non de s'y engager. Dès lors, afin de conduire cette démarche, le CDS est amené à mobiliser les compétences des membres de son équipe pour éviter que celles-ci disparaissent. Pour ce faire, il adopte la posture et le positionnement nécessaires pour accompagner le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels de santé exerçant sous sa responsabilité.

Afin de mieux étayer la notion de développement des compétences, il me semble nécessaire d'apporter un éclairage en m'appuyant sur les concepts d'accompagnement, de socioconstructivisme et d'apprenance.

2.2 Le développement des compétences

2.2.1 L'accompagnement

L'accompagnement est l'une des missions principales du CDS pour soutenir les membres de l'équipe dans la réalisation de leur activité professionnelle quotidienne. Il est garant de la

montée en compétences des professionnels de santé afin de prodiguer des soins de qualité aux patients. En outre, les situations de travail, la construction des parcours professionnels ainsi que les formations continues sont des moyens sur lesquels il peut s'appuyer pour favoriser le développement des compétences des soignants qu'il encadre. L'enjeu est de faire progresser les membres de l'équipe au regard des missions qui leur sont confiées, mais aussi de faire évoluer leur rapport à la connaissance et à l'ajustement continu de leurs compétences. Pour ce faire, la fonction d'accompagnement du CDS est primordiale.

D'un point de vue étymologique, le « a » d'accompagnement, ayant pour origine le préfixe « ad » romain, signifie le mouvement « vers », « com » vient de « cum » est désigne « avec », la troisième partie du mot a une origine latine « panis » qui indique « celui qui partage le pain ». L'origine du mot accompagnement mentionne une double dimension de relation et de chemin. En effet, la définition du verbe accompagner précise d'une part une dimension relationnelle, se joindre à quelqu'un, ainsi qu'une dimension temporelle et opérationnelle, pour aller où il va, en même temps que lui (à son rythme, à sa mesure, à sa portée). Il s'agit d'aider autrui à construire son expérience et à faire les choix qui orientent sa vie. Ainsi, la définition minimale du terme accompagnement est « être avec » et « aller vers », sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage. Ce terme est également employé dans le domaine du coaching, du tutorat, du sponsoring et du mentoring. Le principe de base de l'accompagnement est l'action de réfléchir ensemble, dans une relation égalitaire entre l'accompagné et l'accompagnateur. Selon Vial, (2007) « accompagner, c'est intervenir sur le destin de l'autre mais à partir d'un cadre qu'on a co-construit avec cet autre ». Ce dernier doit donc partir de qui est l'accompagné et de là où il en est. Cela nécessite chez l'accompagnateur des aptitudes d'écoute, d'adaptation et de disponibilité. Celui-ci doit également favoriser et encourager entre les membres de l'équipe, les échanges, le partage des connaissances, des pratiques et des expériences en proposant des rencontres formelles et informelles. L'adaptation et la disponibilité du CDS sont nécessaires afin de s'ajuster aux besoins des professionnels et de proposer des temps d'écoutes et d'échanges aux professionnels qui composent son équipe. Ces rencontres lui permettent de bien connaître chaque personne, ses motivations, ses capacités et ses aspirations afin de l'aider dans son parcours professionnel. Il est essentiel pour le CDS de ne jamais précéder le professionnel mais de « marcher à ses côtés » en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de ses pas. Pour Paul (2009), « il s'agit de se joindre à quelqu'un pour aller là où il va, en même temps que lui, fonction exercée à l'égard de l'autre sous-tendue par une éthique et une conception de

l'accompagnement ». Accompagner l'autre est une posture professionnelle singulière permettant de guider, conseiller, en se positionnant aux côtés de l'accompagné dans le but d'accroître le développement de l'autonomie. Beauvais (2008) précise même que cette posture « *place l'accompagnant (...) un peu en retrait de l'accompagné* ». Cette démarche incite le professionnel à se positionner et à être pleinement acteur de ses choix dans le but de gagner en autonomie. Aussi, le CDS, par son approche pédagogique, amène le soignant à devenir acteur de son projet professionnel en l'aidant à identifier les leviers nécessaires pour son évolution. Par ailleurs, la valorisation de ce dernier par le CDS permet de renforcer son autonomie et l'incite à proposer des solutions aux problématiques rencontrées. Sur le terrain, la proximité du CDS pour expliquer et conseiller, nécessite des compétences relationnelles et organisationnelles afin de faciliter les échanges et l'émergence d'une relation appropriée avec chaque professionnel. Paul (2004) décrit trois rôles : conduire, guider et escorter. En effet, le CDS propose une direction à prendre, tout en orientant et protégeant le professionnel en fonction des choix effectués. Il s'agit pour le CDS de bien distinguer l'accompagnement individuel de l'accompagnement collectif. Dans le premier cas, Boutinet (2007) précise que « *l'accompagnement s'inscrit dans une interaction* » entre deux individus au travers d'une dimension relationnelle, alors que « *l'accompagnement collectif est multipolaire dans une dynamique faite d'individus* ». Boucenna (2018) précise également que l'accompagnement « *c'est l'ensemble des activités d'un sujet, un accompagnateur qui participe au projet de transformation de l'activité cognitive, émotionnelle et comportementale d'autrui, l'accompagné, qu'il soit un individu, un groupe ou une organisation, dans la conscience que ce dernier en est le premier auteur* ». Il s'agit également d'un processus en quatre étapes comme l'évoque Boutinet (2007) une phase de diagnostic, une ébauche, une mise en œuvre puis une évaluation Cette temporalité dans l'accompagnement est essentielle afin d'identifier les leviers et les freins à la mise en œuvre du projet envisagé et de pouvoir ensuite, trouver en commun les moyens nécessaires pour y arriver. Ainsi, l'accompagnement « *doit être pensé en terme de parcours, c'est-à-dire de processus* » (Paul, 2004). L'objectif de celui-ci est de conduire les professionnels vers une professionnalisation pour développer leurs capacités et leurs compétences. Aujourd'hui, l'accompagnement est associé à une dimension formative à visée de professionnalisation, impliquant développement des compétences et acquisition d'attitudes cognitives telles que la réflexivité et la problématisation.

2.2.2 Le socioconstructivisme

La mise en œuvre des ingénieries de formation selon une approche par compétences porte sur deux paradigmes « *d'une part celui du socioconstructivisme pour ce qui est du modèle de l'apprentissage et d'autre part celui de la professionnalisation ou du praticien réflexif pour ce qui est de la finalité de la formation, autrement dit le modèle professionnel visé* » (Lagadec, 2011).

Ainsi, les formations en santé sont construites sur l'approche socioconstructivisme où l'apprentissage est un processus actif et constructif. Cette pédagogie est centrée sur l'apprenant. Celui-ci apprend par l'intermédiaire de ses représentations mais aussi via les interactions sociales au sein du groupe. Les modalités pédagogiques mobilisées, au cours des formations initiales et continues, s'inscrivent dans ce courant pédagogique, tels que les travaux de groupe, les situations pratiques et les moments collectifs de réflexions. Elles permettent les échanges et la confrontation d'idées. Cette confrontation avec les autres membres du groupe, va conduire les participants à faire évoluer sa pensée, c'est le conflit socio-cognitif. Jouquan (2003) précise que « *la perspective socioconstructiviste postule fondamentalement que l'apprentissage est une activité intentionnelle de traitement de l'information et de construction de sens, que les étudiants construisent graduellement leurs connaissances à partir de ce qu'ils savent déjà* ». Il explique également que les interactions favorisent l'appropriation et la transférabilité des connaissances. Aussi selon lui, « *les contextes d'enseignement et d'apprentissage au sein desquels les interactions sociales jouent un rôle essentiel, conditionnent la transférabilité des connaissances* ». Les apprenants doivent construire leurs savoirs à l'aide d'une démarche personnelle et active d'appropriation de ces savoirs et en interaction avec l'environnement de formation. De ce fait, le processus d'apprentissage est un processus de transformation et non pas un processus de transmission. En effet, la connaissance est construite par l'individu. Il apprend à partir de ce qu'il sait déjà, par une activité intentionnelle de traitement de l'information et de construction de sens. Les formations en santé sont construites en s'appuyant sur l'étude de situations offrant la possibilité aux étudiants de travailler trois paliers d'apprentissage qui sont « *comprendre, agir et transposer* »¹⁰. Lors de la première étape, l'apprenant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations (comprendre) puis l'apprenant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer

¹⁰ Référentiel de formation de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

son action (agir) enfin l'apprenant conceptualise et acquiert la capacité de transférer ses acquis dans des situations nouvelles (transposer). De ce fait, la conception socioconstructiviste met la situation de travail au centre de l'apprentissage. Elle favorise également le développement d'une réflexivité sur les pratiques et les apprentissages au service du développement des compétences professionnelles. L'approche par compétences est au cœur du dispositif de formation, celle-ci en plus de focaliser sur la performance et le résultat attendu au niveau du soin, fait émerger les conduites opératoires que l'apprenant réalise pour la réalisation de la tâche. Selon Vial (2005), « *un professionnel compétent est celui qui sait poser les bonnes questions concernant sa propre pratique. On dit aujourd'hui un praticien « réflexif », autrement dit, un sujet qui auto-évalue en permanence sa pratique, sans l'arrêter, au cours de l'acte lui-même, en continue.* ». Face aux situations de travail complexes et aux évolutions permanentes du système de soin, il est essentiel pour le professionnel de santé d'être un praticien autonome, responsable et réflexif. Perrenoud (2001) définit le praticien réflexif comme « *un professionnel qui prend sa propre action comme objet de réflexion, un professionnel capable d'une distance avec sa propre pratique, au prix d'une réflexion permanente qui devient comme une seconde nature. C'est le contraire de l'exécutant.* ». Selon lui, « *les compétences se construisent en s'exerçant face à des situations d'emblée complexes, et en s'analysant au sein de cette complexité* ». Les travaux de Schön (1994) sur le « praticien réflexif » ont mis en évidence l'importance de la référence aux savoirs dits expérientiels dans la réalisation de pratiques efficaces. Il a étudié le savoir mobilisé par les professionnels dans leur pratique quotidienne. Selon lui, les professionnels n'appliquent pas ou peu les théories ou les procédures apprises en formation mais construisent leurs savoirs dans l'action, et produisent des réponses aux problèmes qui se posent dans leur exercice. Dans cette perspective, les connaissances théoriques de l'apprenant sont modifiées par l'observation réflexive de sa propre pratique, ce qui lui permet de générer des hypothèses pour l'améliorer, et par la suite, de les expérimenter. Schön parle de réflexivité sur l'action et de réflexivité dans l'action. De plus, Kolb (2014) a mis en évidence l'importance du processus réflexif dans l'apprentissage adulte. Il a développé l'apprentissage expérientiel, pour lui, il n'y a apprentissage que s'il y a un travail sur le vécu. Dans cette perspective, le cycle d'apprentissage expérientiel relie d'une part pratique et théorie et d'autre part réflexion et action. Ce cycle modélise une démarche au cours de laquelle un apprenant, en partant de sa pratique, identifie la problématique rencontrée dans une situation concrète, l'analyse, et établit les liens avec un concept ou une théorie existante. Ce processus, en quatre étapes, démontre la façon dont les expériences concrètes, combinées

avec une expérimentation active, nécessitent une réflexion qui permet la compréhension de l'activité et aboutit à l'apprentissage. Cette pratique réflexive est une compétence indispensable pour exercer dans le domaine de la santé. Pour la développer, il est nécessaire d'instaurer régulièrement des séances d'APP ou de CREX permettant aux professionnels de se questionner, d'identifier des pistes de compréhension et de donner du sens aux pratiques soignantes.

Différentes orientations théoriques ont fait de l'activité un objet central d'analyse du travail, telles que la clinique de l'activité (Clot, 2001,2008), la didactique professionnelle (Pastré, 2011) et la méthode du cours d'action (Theureau, 2004,2006). Ces différentes approches permettent de comprendre et d'analyser le champ des pratiques de formation par une entrée via « l'analyse de l'activité » pour étudier l'activité humaine. Cette dernière prend en compte le point de vue de l'apprenant et non celui de l'intervenant, elle se centre sur l'apprenant et s'intéresse à son activité réelle. Elle accorde une place centrale aux significations que donne l'acteur à sa propre activité pour comprendre pourquoi et comment il opère, en fonction des contraintes qui pèsent sur lui et des opportunités qui s'offrent à lui. Ces courants théoriques privilégient les interactions de l'acteur avec son environnement. Cela correspond à l'étude des rapports dynamiques entre lui et son environnement. L'analyse de l'activité en situation permet de distinguer la tâche de l'activité, de décrire les moyens, les processus mis en œuvre par l'individu pour répondre à ce qui lui est demandé de réaliser. « *L'analyse de l'écart entre ce qui est prescrit et l'activité réelle permet d'identifier le sens de l'activité donnée par l'individu d'autant que les tâches sont de plus en plus complexes, opaques et énigmatiques* » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Le professionnel de santé est confronté au dilemme d'une part, du travail prescrit, c'est-à-dire de réaliser ce qu'il lui est ordonné et attendu de faire et de l'autre, le travail réel, qui correspond à la manière dont il réalise concrètement l'activité. Face aux situations complexes de travail, le professionnel est amené à personnaliser les activités de soin. Il s'agit d'éviter les reproductions de prise en soin stéréotypées. Aussi, la pratique n'est pas seulement déterminée par la tâche prescrite mais également par l'activité réelle déployée par le professionnel. Il existe donc un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Ainsi, la pratique professionnelle devient source d'apprentissage dès lors que la pratique fait l'objet d'une analyse par le professionnel, lui-même. Il est essentiel pour le CDS de se centrer sur le professionnel, de le questionner pour accéder à son réseau de significations et à sa compréhension de la situation rencontrée afin de l'aider à accroître sa réflexivité. La fonction pédagogique du CDS, basée sur la pratique réflexive, amène les professionnels à donner du sens à leur pratique, à

renforcer leur posture professionnelle ce qui favorise la professionnalisation. Pour Wittorski (2006), le terme professionnalisation désigne « *un double processus d'acquisition des savoirs et des compétences en situation réelle et de construction d'une identité par identification à un rôle professionnel* ». Comme il le souligne (2008), le terme « professionnalisation » est polysémique. Selon son usage, il revêt au moins trois sens qu'il a identifiés : la constitution d'un groupe social autonome « la professionnalisation-profession », l'accompagnement de la flexibilité du travail « la professionnalisation-efficacité du travail » et le processus de « fabrication » d'un professionnel par la formation « la professionnalisation-formation ». Cette dernière signification est « *le sens utilisé par les milieux de la formation où il s'agit de favoriser le développement des savoirs et des compétences* ». Je choisis donc de m'appuyer sur celle-ci pour expliciter l'objet d'étude.

2.2.3 L'apprenance : de la formation à l'apprenance

Au cours de mes lectures, j'ai découvert le concept utilisé d'apprenance développé par Philippe Carré (2005). Il préconise d'intervenir sur quatre leviers qui sont : inscrire les apprentissages dans un projet stimulant, développer le sentiment d'efficacité à apprendre, laisser le choix de sa formation et de son parcours, prendre un plaisir direct à se former. Ce modèle implique un changement de paradigme sur le processus d'apprentissage des professionnels pour le maintien et le renforcement de leurs compétences. Il propose de passer d'une logique d'organisation qualifiante à une logique d'organisation apprenante. La première perspective se caractérise par sa capacité à développer les compétences individuelles et collectives via les formations classiques, l'autre repose sur la dimension formatrice du travail pour concevoir des environnements apprenants où chaque membre de l'équipe contribue directement ou indirectement au développement des compétences. L'organisation apprenante allie apprentissage individuel, collectif et organisationnel. Elle concourt au développement des compétences des professionnels et à la performance des organisations. Peter Senge (1990) est l'auteur du concept de l'organisation apprenante. Il a identifié cinq disciplines qui, pratiquées simultanément, permettent à une entreprise de devenir une organisation apprenante. Ces disciplines sont la maîtrise personnelle, les modèles mentaux, l'apprenance en équipe, la vision partagée et la pensée systémique. Il définit les organisations apprenantes comme « *des organisations où les gens développent constamment leur capacité à atteindre les résultats qu'ils*

désirent vraiment, où l'on cultive l'ouverture et de nouvelles manières de penser, où les aspirations collectives sont libérées et où les personnes apprennent constamment à regarder ensemble la globalité». Il s'agit donc pour le CDS de proposer un environnement permettant à chaque professionnel d'être en situation permanente d'apprenance. Cette organisation apprenante s'appuie sur trois éléments importants, la temporalité, la source de motivation et les conditions de travail. L'organisation apprenante responsabilise et rend acteur le professionnel. Il devient sujet et non plus objet du parcours d'apprentissage. Elle le place au cœur de sa réflexion et de son fonctionnement et l'engage à adopter une attitude d'ouverture permanente à l'apprentissage, appelée apprenance. Cette attitude correspond à l'acte d'apprendre tout le temps sous des formes variées. Pour Carré (2014) l'attitude d'apprenance est le produit de trois dimensions croisées et interconnectées, qui sont la dimension cognitive comprenant les capacités intellectuelles de l'apprenant à traiter la connaissance acquise, la dimension affective correspondant aux affects et aux émotions ressentis par l'apprenant face aux apprentissages et la dimension conative en lien avec le registre décisionnel de l'apprenant, ce qui le pousse et le motive à apprendre. Il définit le concept d'apprenance comme « *un ensemble stable de dispositions affectives, cognitives et conatives, favorables à l'acte d'apprendre, dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite* ». Pour lui, « *l'apprenance place le sujet social au rang d'auteur principal du développement de ses compétences* ». Ainsi, la notion d'apprenance s'organise autour de trois dimensions conceptuelles qui sont les dispositions (à apprendre), les pratiques (apprenantes) et les situations (d'apprentissage). Ces trois aspects représentent des facteurs endogènes, exogènes et énatifs qui interagissent en permanence entre eux dans un processus d'apprenance que chacun expérimente au cours de sa vie professionnelle et personnelle. L'apprenance repose donc sur l'idée de l'apprentissage tout au long de la vie. Notre système de formation oscille entre deux logiques, l'une axée sur des objectifs de qualification l'autre sur des objectifs de professionnalisation. Cependant, la conception des méthodes d'apprentissages classiques semble révolue au profit d'un modèle permettant à chaque professionnel d'être en situation permanente d'apprentissage. Le modèle 70/20/10 de Michael M.Lombardo, Morgan McCall et Robert W. Eichinger révèle cette obsolescence. Cette étude précise que 70% de nos connaissances provient de notre expérience, 20% est issu de notre entourage professionnel et 10% est acquis via des formations formelles (Frimouse & Peretti, 2018). C'est donc « *l'intensité réflexive à l'événement et la diversité des événements auxquels un même individu peut être confronté qui engendrent une expérience réellement transposable, qui génèrent un*

apprentissage » (Zarifian, 2004). Ainsi, une complémentarité semble essentielle à mettre en œuvre entre l'apprenance et les formations traditionnelles pour créer les conditions nécessaires aux processus permanents de montée en compétences des professionnels de santé.

2.3 Le management des compétences

Après avoir développé le concept de compétence, celui du développement des compétences à travers les concepts d'accompagnement, de socioconstructivisme et d'apprenance, je vais expliciter celui du management des compétences.

Dans l'objectif d'animer et de mobiliser les équipes au service du projet de soin, le référentiel d'activités et de compétences du CDS, élaboré par la DGOS en décembre 2012, préconise de manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle. Pour répondre à cette compétence, il recommande la mise en œuvre de dix activités, notamment d'accompagner le développement des compétences et le parcours de formation, de reconnaître et valoriser les compétences et les performances individuelles et collectives ainsi que d'identifier les programmes de DPC en lien avec les besoins en compétences des professionnels de santé. Aussi, il me semble nécessaire de définir le management des compétences. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle « *c'est traiter des effets sur la conduite générale des organisations d'une approche des hommes et du travail fondée sur l'usage de la notion de « compétence* » (Dietrich, Gilbert, Pigeyre, & Aubret, 2010). Il est donc primordial pour le CDS de s'approprier le concept de compétence car celui-ci lui permet d'établir le lien entre la stratégie, le management et les ressources humaines. Il s'agit pour ce dernier d'adopter une dimension stratégique en considérant que les compétences des membres de l'équipe sont l'un des leviers de pilotage des ressources humaines. Il doit également s'appuyer sur des outils utiles au déploiement de cette stratégie pour prendre en compte la dimension opérationnelle. En effet, il est essentiel pour lui de mettre en valeur les compétences de chaque soignant lors des interactions quotidiennes et au cours des entretiens d'évaluation. À travers ce dernier dispositif, il suggère aux professionnels de santé les formations en adéquation avec leurs trajectoires professionnelles afin de valoriser le développement de leurs compétences. Le CDS participe activement à la mise en œuvre de la GPMC de l'établissement. Cette démarche de gestion des ressources humaines a pour but d'adapter et d'évaluer les pratiques professionnelles par le management des compétences

entrepris par le CDS. Celui-ci comprend quatre phases complémentaires et successives. Tout d'abord, l'évaluation des compétences, puis leur développement, ensuite la reconnaissance et enfin leur capitalisation au sein du service (Dejoux, 2013). Ainsi, l'engagement du CDS et son niveau de maîtrise des outils sont des éléments essentiels à la réussite du management des compétences. Il concerne le pilotage des actions menées par le CDS auprès des professionnels de santé. Ce dernier organise, planifie, anime et contrôle les activités du service dans l'objectif d'atteindre leurs efficiences. Le CDS traduit les règles d'organisation et de gestion qui lui sont prescrites en leur donnant sens afin que les équipes s'en emparent. Il est important, au quotidien, que les membres de l'équipe ajustent leurs compétences dans le cadre de leurs activités professionnelles au profit du patient. Il est également attendu que le CDS pratique un management humaniste à la fois bienveillant et positif permettant de créer un climat favorable aux conditions de travail tant au niveau individuel que collectif. En outre, le rôle du CDS est de faire en sorte que les membres de son équipe développent leurs compétences pour parvenir à la performance attendue au sein du service. Aussi, la qualité de la prestation des soins repose sur sa capacité à coordonner les actions et les interventions des différents soignants dans l'intérêt du patient. Le management des compétences vise donc la performance, crée de la valeur, et assure l'employabilité des salariés ainsi que leurs parcours professionnels.

Pour conclure, le rôle du CDS est primordial dans le développement et le management des compétences tant individuelles que collectives des professionnels de santé dont il est responsable. Il est amené à communiquer, écouter, orienter, soutenir, accompagner et informer sur les formations continues proposées au sein de l'établissement de santé. Il existe de nombreuses définitions du management mais celle de Barabel et Meier (2015), illustre, selon moi, l'engagement du CDS dans la mise en œuvre du management des compétences : « *Le management c'est faciliter la responsabilisation, « l'autonomisation » de ses troupes, œuvrer au développement de leurs compétences. Il consiste notamment à faire émerger des nouveaux talents et à faire travailler les équipes en harmonie* ».

3 La question de recherche et les hypothèses

La revue de littérature présentée dans ce cadre conceptuel m'amène à formuler la question de recherche suivante :

En quoi le management du cadre de santé influence-t-il la montée en compétences individuelles et collectives des professionnels de santé?

Pour répondre à la problématique, j'ai émis 4 hypothèses de travail :

Hypothèse n°1 : la formation professionnelle est un outil managérial pour le CDS

Hypothèse n°2: le CDS met en œuvre un environnement de travail propice aux apprentissages

Hypothèse n°3 : Le CDS maîtrise les dispositifs et les outils de la formation professionnelle

Hypothèse n°4 : Le CDS coopère avec les différents acteurs pour promouvoir la formation professionnelle

Après un travail théorique, il convient de mener une enquête de terrain qualitative et quantitative afin de recueillir des données auprès des professionnels de santé et de les confronter à la question de recherche.

4 La méthodologie de la recherche

L'objectif principal de l'étude est de collecter des données sur le terrain afin de comprendre la place qu'occupe la formation professionnelle dans les organisations de soins. Je souhaite accéder aux représentations des différents acteurs impliqués dans la formation professionnelle et découvrir le management des compétences mis en œuvre par les CDS interrogés. Je cherche également à identifier les leviers et les difficultés rencontrés dans cet accompagnement pour obtenir une vision globale du dispositif. Mon objectif est de déceler ce qui agit sur la mise en œuvre de la formation professionnelle et ainsi contribuer à son efficience.

Dans un premier temps, je présenterai la méthodologie d'enquête qui m'a permis de recueillir les données qualitatives issues du terrain. Puis j'exposerai les résultats récoltés concernant la formation continue dans le cadre de l'enquête quantitative. Cette étude, pilotée par 5 étudiants

CDS et 3 enseignants chercheurs universitaires, porte sur « la place du cadre de santé dans la démarche opérationnelle de la QVT ». Ensuite, j'analyserai ces matériaux en m'appuyant sur la théorie afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses.

4.1 La population étudiée

Dans le cadre de ma recherche, j'ai décidé de centrer mon enquête au sein de quatre établissements de santé, dont trois établissements de santé publique et un établissement de santé privé. J'ai ainsi profité de l'opportunité de réaliser un stage au Centre Hospitalier Privé (CHP) et je me suis appuyée sur mon réseau professionnel pour mener mon projet de recherche. Celui-ci a été explicité aux directeurs des soins et aux participants afin d'obtenir leurs autorisations. Pour collecter un nombre conséquent de données, j'ai réalisé l'enquête dans le département du Finistère. Il m'a semblé important de croiser le point de vue de multiples catégories professionnelles concernées par la formation continue. Aussi, j'ai choisi d'interroger :

- 2 Infirmiers Diplômé d'État (IDE) dont 1 Infirmier en Pratique Avancé (IPA), 4 CDS, 2 CSS dans le premier établissement de santé publique,
- 1 RFC dans le second ainsi que dans le troisième établissement de santé publique,
- 1 IPA, 1 CDS, 1 RFC, 1 Directrice des Soins Infirmiers (DSI) dans le quatrième établissement de santé privé.

Soit au total 14 personnes interrogées dont 5 CDS, 3 RFC, 3 IDE dont 2 IPA, 2 CSS et 1 DSI. Ils sont 4 hommes et 10 femmes âgés entre 31 ans et 61 ans. Ils ont 1 an à 14 ans d'ancienneté dans le service. Il me paraissait essentiel d'investiguer ce panel de participants relativement homogène pour démontrer les différentes composantes liées à la formation professionnelle continue des établissements de santé. Mon souhait est de croiser les réponses, de les comparer et de les confronter.

Le talon sociologique

Date Durée des entretiens	Fonction Identification	Âge /Genre	Services	Nombres d'agents /Nombre de lits	Année de diplômes	Ancienneté dans le service
28/01/2022 1h15	CSS 1	45 ans M	Pôle Psychiatrie	10 CDS	2012	4 ans
31/01/2022 46 min	IPA 1	46 ans F	Cardiologie	24 lits	2021	1 an
1/02/2022 1h08	CDS 1	44 ans F	Neuro chirurgie	25 agents/ 21 lits	2019	1 an ½
2/02/2022 53 min	Responsable RH RFC 1	31 ans F	Ressources Humaines/ Formation Continue	1 agent/ 350 salariés	2015	4 ans
2/02/2022 40 min	DSI 1	43 ans F	Direction des Soins	5 CDS	2019	2 ans½
3/02/2022 47 min	CDS 2	54 ans M	Soins palliatifs	15 agents/ 10 lits	1999	7 ans
3/02/2022 1h06	CDS 3	61 ans F	Soins de suite de réadaptation	23 agents/ 20 lits	2003	6 ans
3/02/2022 50 min	CDS 4	49 ans F	Médecine gériatrique	28 agents/ 19 lits	2013	3 ans
8/02/2022 38 min	CSS 2	45 ans F	Pôle Neuro locomoteur	10 CDS	2007	7 ans
8/02/2022 57 min	CDS 5	50 ans F	Oncologie/ Médecine	24 agents/ 31 lits	2015	6 ans

Date Durée des entretiens	Fonction Identification	Âge /Genre	Services	Nombres d'agents/ /Nombre de lits	Année de diplômes	Ancienneté dans le service
9/02/2022 50 min	CSS RFC 2	48 ans M	Formation Continue	4 agents/ 4500 salariés	2008	5 ans
9/02/2022 48 min	Adjointe des cadres RFC 3	33 ans F	Formation Continue/ Ressources Humaines	700 salariés	2010	11 ans
9/02/2022 51 min	IPA 2	33 ans M	Oncologie	12 lits	2021	1 an
14/02 38 min	IDE 1	40 ans F	Réanimation chirurgicale	14 lits	2005	14 ans

Tableau 1: Talon sociologique des professionnels interviewés

4.2 L'outil d'investigation

Pour le recueil de matériaux, j'ai choisi d'utiliser la démarche de l'entretien semi directif qui est une méthode qualitative. Cet outil d'investigation offre la libre expression des personnes interrogées et permet d'accéder aux vécus et aux perceptions de celles-ci en lien avec l'objet de recherche. L'enquêté peut exprimer ses interprétations, ses expériences et parallèlement le chercheur facilite l'expression tout en évitant de s'éloigner de l'objet d'étude. Au cours de l'entretien, il obtient des éléments de réponse à un degré maximum d'authenticité. L'enjeu est d'accéder aux significations des professionnels pour comprendre la place de la formation professionnelle dans les organisations de soins. Ainsi, j'ai construit des guides d'entretiens adaptés à chaque catégorie professionnelle : CDS (Annexe 4), CSS (Annexe 5), RFC (Annexe 6), IDE (Annexe 7). Pour Romelaer (2005), l'entretien semi-directif est « *un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu* ».

Pour ce faire, j'ai élaboré ce guide à partir de questions ouvertes associées à des sous-questions de relance pour encourager la personne interrogée à approfondir ses propos. Ensuite, j'ai réalisé des entretiens exploratoires auprès d'un responsable FC, d'un FFCDS et d'un CSS pour tester les guides et réajuster certaines questions afin d'améliorer la conduite de l'entretien. Après accord des directeurs de soins pour conduire l'enquête au sein de leur établissement, j'ai sollicité par mail des professionnels impliqués dans la formation professionnelle en précisant le thème général de mon étude. Ils ont tous répondu favorablement à ma demande en m'indiquant leur disponibilité. Ainsi, l'enquête de terrain s'est déroulée sur une période de 2 semaines entre le 28 janvier et le 14 février 2022. Quatorze entretiens d'une durée comprise entre 38 minutes et 1 heure 15 ont ainsi été menés sur le lieu de travail des personnes interrogées. Cependant, il est important de noter que 3 entretiens se sont réalisés en visioconférence en raison de la distance géographique. Lors de l'entretien, chaque personne m'a autorisée à l'enregistrer afin de collecter toutes les données et me permettre une écoute active tout au long de celui-ci. Au cours de l'entretien, j'ai constaté que les professionnels interrogés étaient tous très intéressés par le sujet. En effet, dès les premières questions, les personnes ont exprimé librement une grande partie des thématiques présentes dans le guide. De ce fait, je me suis adaptée au récit des personnes en me détachant de ma trame car leurs propos abordaient déjà les questions que je souhaitais poser. Néanmoins, dans un second temps, quelques relances ont été nécessaires pour éclairer ou compléter certains points et approfondir les thématiques non évoquées.

Ainsi, j'ai obtenu des éléments saillants concernant les représentations et les pratiques en lien avec la formation professionnelle.

4.3 Les limites de l'étude

Les limites de ma recherche se situent à différents niveaux. Tout d'abord, le temps imparti à ce travail de recherche a limité le recueil de données. Puis, les résultats de cette étude empirique qualitative ne peuvent pas être exhaustifs au vu du nombre d'entretiens réalisés. De ce fait, une généralisation semble difficilement envisageable. D'autre part, lors de la retranscription, j'ai constaté que certaines informations auraient nécessité des relances pour préciser des données. De plus, je me suis rendu compte que parfois je réagissais trop vite aux propos de la personne interviewée ce qui l'arrêtait dans la lancée de son récit.

La recherche s'est déroulée en dehors de mon champ de pratique professionnelle. Ce qui initialement m'est apparu comme déstabilisant s'est finalement avéré bénéfique. Me départir de la posture de formateur pour adopter celle du chercheur et d'appréhender la gestion et le développement des compétences par les acteurs impliqués dans la formation professionnelle comme une activité énigmatique a rendu la recherche intéressante en donnant le primat au point de vue des professionnels concernés.

5 L'analyse et l'interprétation

Dans cette partie, je présenterai l'analyse qualitative de mes entretiens et les données quantitatives issues de la recherche intitulée « la place du CDS dans la démarche opérationnelle de la QVT » puis je ferai le lien avec les hypothèses initiales.

La première étape consiste à retranscrire rigoureusement chaque entretien afin de collecter le verbatim des professionnels interrogés (Annexe 8). Lors de la retranscription des entretiens, j'ai pris en compte leurs différents points de vue. En effet, lorsqu'une personne est invitée à commenter son activité, elle la décrit spontanément au regard de son vécu en priorisant les éléments significatives pour elle. Ensuite, j'ai réalisé l'analyse selon une méthode horizontale et transversale afin de repérer les unités de sens ressortant des échanges. Puis, pour chaque catégorie professionnelle, j'ai trié et organisé les données sous forme de carte mentale. Ensuite, j'ai construit un arbre thématique qui représente la schématisation de regroupement de thèmes saillants de l'ensemble du corpus interrogé. Les données recueillies m'ont permis d'obtenir une cartographie des représentations, des dispositifs, des pratiques et des outils déployés dans le système de la formation professionnelle des établissements de santé. De plus, j'ai relevé les interactions entre les différents acteurs. Et enfin, j'ai identifié les limites et les leviers de la formation professionnelle que je vais analyser dans le cadre de cette étude.

Aussi, dans un premier temps d'analyse, je dresserai un état des lieux de la formation professionnelle dans les établissements de santé en abordant tout d'abord les représentations des professionnels quant à la formation continue puis je présenterai leurs connaissances des dispositifs, les différentes pratiques et les outils explicités. Dans un second temps j'aborderai les enjeux et les limites de la formation professionnelle. Enfin, je réaliserai un retour sur les hypothèses émises au départ de ce travail de recherche.

5.1 L'état des lieux de la formation professionnelle continue

5.1.1 Les représentations des professionnels de santé concernant la formation continue

Les propos recueillis en lien avec la thématique abordant les représentations de la formation professionnelle m'ont permis d'identifier 5 données saillantes de la formation professionnelle. 3 sont communes : le maintien et le développement des compétences, l'évolution professionnelle ainsi que l'ouverture sur d'autres pratiques. Néanmoins, 2 sont singulières : le bien-être au travail et un outil pour l'accompagnement.

Maintien et le développement des compétences

Pour les professionnels interrogés toutes catégories confondues la formation professionnelle permet d'apprendre et d'améliorer sa pratique au service du patient. **IPA 1, IPA 2 et IDE** utilisent les mêmes mots pour exprimer leur ressenti par rapport à la formation professionnelle. **IPA 1** définit la formation comme un moyen « *d'apprendre et d'améliorer ma pratique auprès des patients* ». **IPA 2** précise qu'elle « *adore apprendre des choses et monter en compétence* ». **IDE** confirme l'idée « *d'apprendre de nouvelles choses, d'avoir de nouvelles compétences* ». Du côté de l'encadrement, 3 CDS partagent cet avis. **CDS 2** souligne que la formation « *c'est la mise à jour et la manière d'entretenir et d'ajuster ses connaissances professionnelles* ». D'autre part, **CDS 1** précise « *apprendre et mettre à jour ses pratiques* ». **CDS 4** stipule « *faire monter en compétences les agents sur des sujets identifiés par l'encadrement ou l'agent lui-même* ». De plus, **CDS 5** ajoute que celle-ci offre « *la possibilité d'actualiser sa formation initiale* », et enfin **CDS 3** et **CDS 4** mentionnent la notion d'adaptation au poste de travail pour « *gagner en compréhension sur son environnement et assurer l'employabilité au poste* ».

Ces témoignages dévoilent leur volonté de s'inscrire en formation pour mettre à jour leurs pratiques professionnelles et monter en compétences.

Évolution professionnelle

Ces professionnels de santé perçoivent la formation professionnelle comme liée à l'évolution professionnelle. **IPA 2** pense que « *les gens ont besoin de se former et de s'ouvrir à d'autres perspectives. Ça fait monter les compétences d'une personne au sein de l'établissement* ». **IPA 1** ajoute « *être dans une expertise aussi* ». Elle « *trouve que c'est important de maîtriser au*

mieux son domaine de travail». Aussi, 3 CDS partagent cette donnée. Selon **CDS 3** la formation offre « *la possibilité de changer d'orientation, d'apprendre un nouveau métier* ». **CDS 4** ajoute que « *la formation professionnelle permet d'évoluer professionnellement en changeant de fonction, de métier ou en se spécialisant* ». Elle précise également que la formation permet « *le maintien dans l'emploi pour des agents ayant des restrictions médicales* ». De plus, **CDS 1** évoque « *la possibilité d'évoluer* » et elle précise que celle-ci offre « *une forme de reconnaissance. C'est aussi se sentir accompagné et soutenu par son établissement* ».

Ces propos montrent donc que la formation offre une reconnaissance des professionnels de santé et une ascension sociale au sein des établissements.

Ouverture sur d'autres pratiques professionnelles

Une autre perception apparaît, c'est la notion d'un temps d'échange avec d'autres professionnels pour confronter les connaissances et les pratiques afin de sortir de son quotidien. **IDE** apprécie « *échanger avec d'autres professionnels, avoir d'autres avis, voir d'autres pratiques* » pour « *savoir comment ça se passe ailleurs* ». **IPA 1** pense « *que ça apporte plus d'être avec des personnes extérieures pour échanger sur le quotidien, et se rendre compte que quelque fois on a de la chance d'être dans notre service et pas ailleurs* » **CDS 2** explique que « *c'est une manière de prendre l'air de temps en temps* ». Cette donnée est partagée par **CDS 1** qui dit « *ça permet une ouverture et on ne sait pas toujours ce qui se passe ailleurs* ». **CDS 3** souligne que « *la formation permet de rencontrer des personnes ressources, de partager ses savoirs et de confronter ses pratiques professionnelles* ». Ces données montrent la nécessité de réaliser des formations hors des unités de soin pour comparer et confronter ses pratiques professionnelles et ses conditions de travail.

D'autre part, 2 CDS ont apporté deux autres significations spécifiques liées à la formation continue, à savoir le bien-être au travail et la formation comme outil d'accompagnement des professionnels. Ainsi, le bien-être au travail a été cité par la **CDS3**. Selon elle, « *la formation permet de participer au bien-être au travail* ». De plus, elle évoque également la possibilité pour l'agent de choisir une formation sans rapport forcément avec le patient qui « *apporte au professionnel une plus-value dans sa façon de vivre qui va faire qu'il va se sentir mieux pour travailler* ». Pour le **CDS 2**, la formation professionnelle est « *le seul levier dont dispose le cadre de santé pour accompagner les professionnels dans leurs missions*».

Au regard des données récoltées concernant les représentations des professionnels de santé sur la formation continue, je mesure le rôle essentiel de celle-ci dans le maintien et le développement de nouvelles compétences. Je note également l'engagement des professionnels à vouloir apprendre et se perfectionner pour acquérir de nouvelles connaissances. La formation apparaît aussi comme une nécessité pour s'adapter aux évolutions permanentes de l'environnement de travail. De plus, tous les professionnels mettent en lien la formation et l'évolution professionnelle. Ces derniers ne font pas référence aux formations internes. Toutefois, ils évoquent la nécessité de se rendre aux formations externes à leur service afin de découvrir d'autres pratiques professionnelles. D'autre part, la formation professionnelle est perçue pour certains comme un outil pour accompagner l'équipe dans la réalisation de son travail et comme un levier pour favoriser le bien-être au travail.

Dans ce paragraphe, je vais évoquer l'engagement des professionnels de santé dans la formation et plus spécifiquement leur participation en tant qu'apprenant et en qualité d'intervenant.

Se former : être apprenant

Toutes les personnes interrogées ont suivi des actions de formation professionnelle après leur formation initiale. En s'inscrivant en formation continue, elles recherchent un temps d'échange avec d'autres professionnels de santé, une remise en question des pratiques professionnelles et une montée en compétences. De ce fait, leurs engagements corroborent les données recueillies préalablement concernant leurs représentations. Les IDE énumèrent différentes formations suivies en lien avec le maintien et le développement de nouvelles compétences, la maîtrise d'un domaine d'expertise, et l'évolution professionnelle par l'acquisition d'un diplôme universitaire. **IPA 1** explique être « titulaire d'une licence en sciences sanitaire et sociale, de deux Diplômes Universitaire (tabaccologie, éducation thérapeutique) et d'un master IPA ». **IDE** apprécie l'accès aux formations informatiques « Excel, Word, qui permettent de se remettre un petit peu à niveau parce qu'on ne pratique pas forcément ça au quotidien » c'est-à-dire des compétences mobilisables également dans les activités de la vie courante. L'encadrement s'oriente vers des formations pour perfectionner le management. **CDS 5** précise s'être inscrit à des formations « sur la communication, sur la résolution de problèmes, et sur le management ».

Au cours des entretiens j'ai également découvert que les professionnels de santé participaient à des formations en ligne et des conférences en dehors du circuit de la formation continue de l'établissement.

Formations suivies en dehors du circuit de la formation continue de l'établissement : MOOC, conférences

Ainsi, **IPA 1** assiste à des conférences proposées « *par le biais des labos et par l'université. C'est souvent le soir, sur du temps personnel, en présentiel ou en visioconférence* ». **CDS 5** et **IPA 2** utilisent des plateformes E-learning pour se former. **CDS 5** précise « *pratiquer du E-learning sur des MOOC en lien avec les soins palliatifs, donc chez moi sur internet, pour progresser sur cette thématique* ». **IPA 2** mentionne également le suivi des MOOC qui « *donne accès à des supports fait par des professionnels qui sont quand même très spécialisés, qui ont un rayonnement national, voire plus. C'est toujours intéressant. Après c'est un investissement personnel* ». Ainsi, j'identifie que les professionnels de santé participent à des actions de formation non organisées par leur établissement, sur leur temps personnel. **CDS 5** précise qu'« *on a quand même maintenant des outils en dehors de la formation professionnelle* ». Par ailleurs, ils ne communiquent pas cette expérience de formation à leur employeur.

De ce fait, je découvre une autre donnée significative concernant les IDE qui utilisent le Curriculum Vitae (CV) comme outil pour valoriser les formations suivies dans l'objectif d'évoluer professionnellement en l'absence de support de traçabilité.

CV : historique des formations suivies

IPA 2 note dans son CV « *le suivi des MOOC. Ça montre qu'on est motivé pour suivre et qu'on est toujours dans la formation du point de vue de l'assiduité, de l'envie, de la motivation* ». **IPA 1** élabore sur son CV « *une partie formation complémentaire* » qu'elle met « *régulièrement à jour* ». De plus, **IDE** précise ne pas tenir de « *journal de bord* ». Tout est noté dans son CV. D'ailleurs, **CSS 2** reconnaît la pratique de la retranscription des formations dans des carnets en papier par les professionnels de santé. Cette modalité a disparu car « *les carnets de formation au format papier étaient assez peu utilisés et souvent égarés par les agents* ». **DSI** envisage de créer au sein de son établissement « *un livret suivi compétences informatisé* ». Ainsi, je note que les professionnels de santé ressentent le besoin d'énumérer sur leur CV l'historique des formations suivies afin de mettre en valeur leurs parcours de formation.

De plus, un nouvel élément saillant émerge des entretiens. En effet, au retour de formation, les personnes ayant participé aux formations sont sollicités par les membres de l'équipe pour partager leur ressenti et pour synthétiser les apports pédagogiques de la formations suivie. C'est une activité déployée de manière informelle à l'initiative des membres de l'équipe. Celle-ci n'est pas institutionnalisée par le CDS.

Transmission du contenu de la formation: activité déployée non impulsée par le CDS

Les professionnels de santé partagent l'expérience vécue en formation sur du temps informel en salle de pause ou lors des transmissions. Ils n'attendent pas la programmation formalisée sur un temps dédié pour échanger entre eux les pratiques et les théories abordés au cours de la formation. **IPA 1** dit que *«c'est plutôt sur des temps informels car les collègues sont demandeurs. J'ai jamais été sollicité par eux pour restituer les résultats de mes mémoires réalisés dans le cadre de mes formations universitaires. Pourtant je pense que ça pourrait être intéressant. Tu vois maintenant avec du recul, je pense que ça aurait beaucoup apporté aux collègues d'avoir le retour pour améliorer justement l'accompagnement des patients »*. **IPA 2** confirme que *«c'est très informel, ça se fait naturellement au retour de formation en salle de pause ou au poste de soins»*. **IDE** conforte ce point de vue en indiquant que *«c'est pas formalisé mais c'est vrai, après avoir suivi une formation généralement on n'en parle en salle de pause ou ailleurs et quelquefois ça donne envie aux gens d'aller à cette formation »*. La restitution du vécu de formation au CDS ne se fait pas systématiquement et n'est pas formalisé lorsqu'il a lieu. **CDS 1** réalise *«le feed back pendant les transmissions mais pas systématiquement»*. **CDS 3** explique qu'elle propose un retour sur la formation *«pas forcément de manière attendu, formalisé, sauf sur certains thèmes. Il m'arrive, avant que la personne parte en formation, de lui proposer si elle le souhaite, de faire une présentation en revenant lors de la réunion d'équipe sur une durée de quinze minutes, pour raconter ce qu'elle a vécu, ce qu'elle a retenu, ce qu'elle a moins aimé »*. **CDS 4** mentionne qu' *«au retour de formation, les référents vont faire des actions pour faire monter en compétence l'équipe, pour les informer sur les nouvelles pratiques ou renforcer les acquis sur les bonnes pratiques donc ça peut faire l'objet d'une information lors du flash info »*. **CDS 5** confirme qu' *«ils le partagent entre eux. Il n'y a pas de formalisation de retour de formation sauf parfois lors des flash info »*.

Les propos des professionnels mettent en évidence la mise en œuvre de restitutions lors de temps informel. Cela montre leur besoin de partager leurs acquis de formation au sein de l'équipe. Au retour de formation, ils ne sont pas sollicités par le CDS pour réaliser un bilan

individuel de manière formelle. De plus, très peu de restitutions sont institutionnalisées dans le cadre de réunion de service animé par le CDS. Lorsque cela est mis en œuvre, l'encadrement privilégie certaines thématiques au regard des besoins identifiés dans le service.

Animer des séances de formation : être intervenant

Je constate de par leurs missions et leurs appétences à partager leur expertise qu'ils sont tous amenés à former les professionnels et les étudiants en santé. Je relève également que les IDE mentionnent uniquement les actions de formation menées auprès de l'équipe et que l'encadrement indique seulement animer des interventions auprès des étudiants en santé, à l'extérieur de leur établissement.

IPA 2 propose de dispenser des cours « *ça fait partie des missions en tant que IPA, on a un rôle de leadership auprès de nos pairs* » et **IDE** précise « *donner des cours aux nouveaux arrivants en qualité de référente dialyse* ». Pour l'encadrement, je retrouve la même implication. **CDS 1** indique qu'elle est « *directrice de mémoire, membre d'une instance au sein de l'IFSI et représentante des tuteurs de stage* ». **CDS 2** anime « *des cours à la fac et auprès des professionnels de santé, et co anime un groupe de cadre sur le thème des fonctions logistiques* ». **CDS 3** dit « *intervenir sur les retours d'expérience de stage des étudiants et en qualité de jury mémoire* » **CDS 4** mentionne « *réaliser un cours en collaboration avec l'ingénieur qualité auprès des étudiants cadre de santé* » et elle intervient « *sur les travaux de fin d'études* ». **CDS 5** participe « *en co animation avec un AS la présentation du service des soins palliatifs auprès d'étudiants* » et elle fait partie du jury aux mémoires de fin d'étude des étudiants cadre de santé. **CSS 1** explique animer « *des séances d'analyse de pratique auprès des étudiants CDS* ». **DSI** précise « *présenter l'établissement auprès d'étudiants en collaboration avec un AS* ».

À travers les entretiens, j'ai également découvert l'intérêt pour les professionnels de santé d'animer des séances de formation. Notamment, 3 CDS mentionnent leur volonté de maintenir un lien avec les centres de formation. **CDS 3** précise « *aimer avoir des liens avec les instituts de formation et les étudiants* ». **CDS 1** indique « *son envie de garder un lien avec les instituts de formation* ». **CSS 1** ressent également « *le besoin de maintenir un lien de formation entre la pratique et le temps de réflexion dans des établissements de formation* ». **CDS 3** et **CDS 5** font part de leur enrichissement professionnel à travers les échanges avec les étudiants des instituts de formation. **CDS 3** « *apprécie ces temps d'échange* » et **CDS 5** souhaite « *apporter un retour de terrain pour les futurs professionnels* ». **CDS 2** et **DSI** évoquent la nécessité de mettre en

valeur l'image de marque de leur établissement. Pour le **CDS 2**, les interventions extérieures sont une occasion de représenter son établissement. **DSI** partage cette valeur en précisant que « *le salarié qui m'accompagne est fier d'être AS, il est l'ambassadeur de notre établissement* ». **CDS 5** sollicite l'accompagnement d'un membre de son équipe lors de ses interventions extérieures en indiquant que « *ça les valorise dans leur quotidien* ».

Le recueil de ses données est significatif car l'ensemble des personnes interrogées adopte à la fois la posture d'apprenant mais également celle d'intervenant. Cela démontre un réel intérêt pour le système de la formation professionnelle. Cette posture professionnelle traduit une démarche réflexive et révèle la mobilisation de leurs compétences pédagogiques. L'appétence des IDE pour se former est d'une part d'améliorer les pratiques professionnelles au service du patient et d'autre part d'échanger avec d'autres professionnels de santé. Lorsque l'encadrement s'inscrit en formation, ils recherchent un enrichissement au niveau des pratiques et une mise à jour des connaissances par une veille professionnelle. De plus, je constate que les professionnels de santé participent à des actions de formation non organisées par leur établissement, sur leur temps personnel, qu'ils ne communiquent pas à leur employeur. Par contre, en l'absence d'un support de traçabilité, ils utilisent le CV pour valoriser leur parcours de formation. Aussi, les professionnels paramédicaux réalisent une restitution des formations suivies entre pairs sur des temps non institutionnalisés par le CDS. Par ailleurs, en qualité d'intervenant, l'engagement des IDE est centré sur le partage de leur domaine d'expertise avec l'équipe. Celui de l'encadrement est porté sur le maintien du lien avec les instituts de formation. C'est également une opportunité de partager l'image de marque de leur établissement.

Je vais maintenant décrire les dispositifs de formation du point de vue des professionnels de santé. Il s'agit dans cette partie de décrire le fonctionnement et l'organisation de la formation professionnelle continue au sein des établissements de santé.

5.1.2 Les dispositifs de formation professionnelle continue au sein des établissements de santé : identifiés par l'ensemble des acteurs impliqués mais non intégralement maîtrisés

La description réalisée par les personnes interrogées m'a permis d'accéder à la connaissance des dispositifs de la formation professionnelle et d'identifier des différences organisationnelles entre établissements de santé concernant notamment les formations internes. J'ai également repéré des limites ainsi que des leviers au niveau du système de formation professionnelle. Celui-ci est construit autour d'obligations juridiques de financement des établissements. En outre, des collectes sont assurées en fonction de la masse salariale et du statut de ceux-ci. L'enjeu pour les établissements est de former les professionnels de santé pour récupérer le coût de traitement des stagiaires en formation. Ainsi, **RFC 2** explique que sa «*mission est de fournir un maximum de date pour permettre d'envoyer les gens en formation pour les faire monter en compétence. Pour ce faire, je propose 5300 jours de formation par an, l'objectif est de consommer notre enveloppe délégation qui s'élève à 2 millions d'euros, d'établir les règles du jeu et de les communiquer car mon deuxième boulot c'est aussi de faire des recettes*». **RFC 3** précise que «*l'enveloppe budgétaire correspond à 83% de notre cotisation à l'ANFH, divisée en 3 catégories. Les actions de formation en lien avec l'évolution professionnelle, institutionnelle et polaire* ».

Le témoignage du **CSS 1** synthétise l'ensemble des propos émis par les professionnels de l'établissement de santé publique n° 1 interrogés pour décrire la formation professionnelle. «*Il y a la formation institutionnelle et la formation polaire ; celle-ci vient compléter les actions de formation continue de l'institution, donc la commission de formation polaire travaille en parallèle et en croisement avec le service formation continue de l'établissement. Il y a des actions de formation qui émargent de l'enveloppe institutionnelle et il y a des actions de formation qui émargent de l'enveloppe polaire en lien avec notre spécificité qui oriente les choix de nos formations et la participation à des congrès, séminaires* ». Ainsi, les 8 agents de la FPH évoquent d'emblée les formations institutionnelles dont les formations obligatoires et les formations polaires. Ils les déclinent unanimement pour décrire les formations accessibles au cours de leur parcours professionnel. La formation polaire se distingue de la formation institutionnelle en raison de l'enveloppe budgétaire allouée et des besoins identifiés comme stipulé par la **CSS 2** «*parfois il n'y a pas de formations institutionnelles en lien avec les besoins identifiés dans le pôle ou alors elles ne correspondent pas à nos attentes donc j'organise et*

finance des formations au sein du pôle pour répondre aux besoins ». Par contre, la formation interne est explicitée uniquement sur mes sollicitations. Néanmoins, les témoignages suivants confirment son existence sur l'ensemble du corpus sondé. **IDE** précise qu' « *il y a aussi les formations internes au service réalisées par les chirurgiens programmées sur une journée par la CDS* » et **CSS 2** indique qu' « *il y a aussi des formations réalisées par les médecins du service souvent sur les pathologies qui sont proposées après les journées de travail* ». **CDS 4** mentionne qu' « *après y a une autre chose qu'on a mis en place dans le service, et c'est une demande collective des médecins et des professionnels, c'est d'avoir des formations sur les prises en charge du service* ». **CDS 3** indique qu'elle « *programme des interventions animées par le médecin du service dès qu'on a des nouveaux professionnels ou suite à des évènements indésirables* ». À l'inverse, les professionnels exerçant en secteur privé, lorsqu'ils présentent la formation professionnelle déployée dans leur établissement citent directement et uniquement les deux orientations du plan de formation de l'établissement, la formation interne et la formation obligatoire. Ainsi, **IPA 2** précise qu' « *il y a les formations obligatoires et les formations internes proposées par des salariés de la clinique* ». **CDS 5** confirme qu' « *il y a deux circuits. On a un circuit pour les formations externes comprenant les formations obligatoires et un circuit pour les formations internes* ». **RFC 1** mentionne que « *notre plan est élaboré de sorte que 50% du budget est dédié à la formation obligatoire et environ 50% pour les formations non obligatoire* ».

Au regard de ces témoignages, je constate une différence dans le fonctionnement des établissements de santé avec deux éléments significatifs dans le secteur public. Il existe d'une part la formation polaire et sa gestion budgétaire par le CSS et d'autre part l'absence d'intégration de la formation interne dans le plan de formation.

Je vais maintenant décrire l'organisation de la formation obligatoire ainsi que la formation interne en identifiant les leviers et les freins.

Formation obligatoire : vécue comme une contrainte

La formation obligatoire est un dispositif incontournable et conséquent dans la mise en œuvre de la formation professionnelle tant au niveau du volume horaire que sur le plan financier. Elle s'impose en raison d'une norme juridique nationale notamment en matière d'hygiène et de sécurité et elle est inscrite dans le Plan du Développement des Compétences (PDC). Néanmoins, je m'aperçois au regard des témoignages qu'elle présente de nombreuses limites.

RFC 1 mentionne qu'« on cale sur le premier trimestre, les formations obligatoires parce que l'on sait que de toute façon elles vont devoir être réalisées et comme ça, après il nous reste, le reste de l'année pour mettre en place les formations non obligatoires ». Cette stratégie peut entraîner chez les professionnels le sentiment de participer qu'aux formations obligatoires. Comme le souligne **CDS 5** « les formations qui sont obligatoires comme la formation incendie, les salariés ont l'impression qu'il n'y a que ces formations-là qui finalement sont validées et reviennent tout le temps et les gens adhèrent de moins en moins ». Elles semblent être vécues comme une contrainte subie pour l'ensemble des personnes interrogées tant des professionnels de santé que des encadrants. **IDE** relate que « les formations obligatoires, c'est obligatoire, donc on n'a pas trop le choix c'est un peu rébarbatif ». Elles sont donc imposées aux professionnels de santé ce qui peut engendrer un manque d'implication dans la formation et une baisse de motivation à s'y rendre surtout quand elles sont programmées après la journée de travail ou sur une journée de repos. **IDE** indique : « je suis plus réfractaire à venir sur mon temps personnel, surtout de revenir sur un repos juste pour une heure trente de formation obligatoire et j'ai plus envie de me rendre à une formation après ma journée de travail. Je préfère qu'elles soient toutes centralisées sur une journée ». De plus, les IDE se reposent sur le CDS pour les y inscrire. **IDE** indique que « c'est ma cadre qui m'alerte pour le délai des formations obligatoires, c'est elle qui a une traçabilité » ce que confirme **IPA 2** : « de moi-même, je vais pas relancer la cadre pour les formations obligatoires, je sais qu'elle veille à ça donc je me repose là-dessus ». **DSI** est vigilante : « à ce que mon encadrement favorise le détachement de leur collaborateur pour suivre les formations obligatoires » et **CSS 2** exige que « sur la formation obligatoire ça soit propre parce qu'il y a un réel impact. Par exemple pour la formation AFGSU, le recyclage se fait en une journée et si l'agent n'y va pas tous les 4 ans, il doit suivre la formation de 3 jours ».

Il s'avère également que les établissements de santé ne sont pas dotés d'outils informatiques pour identifier les départs en formations obligatoires. **CSS 2** indique que cela repose sur le CDS car « il n'y a pas d'outils informatiques institutionnels pour suivre les formations obligatoires. Chaque CDS remplit son tableau excel ». Cette pratique est généralisée dans les établissements de santé comme le confirme **RFC 2**. Il indique que « c'est le CDS qui veille aux formations obligatoires avec son fichier excel ». De plus, les CDS rencontrent des difficultés à inscrire les professionnels de santé en formation obligatoire en raison de l'absentéisme et d'un nombre insuffisant de créneaux. **CDS 1** précise : « moi j'ai pas assez de créneaux pour inscrire tout le

monde ». De plus, **CDS 4** stipule : *« j'ai aucun agent quasiment qui soit à jour de l'AFGSU, c'est dramatique. Il y a tellement de demandes sur l'ensemble de l'établissement qu'ils sont recusés parce qu'il n'y a pas suffisamment de places donc tu te retrouves à ne pas pouvoir faire le recyclage qui dure qu'une journée mais à devoir reformer sur 3 jours chaque agent »*. **CDS 2** mentionne : *« c'est compliqué pour moi de mettre en œuvre les formations obligatoires entre l'absentéisme et le fait d'être sur un autre site. Des fois, c'est aussi une heure de formation après la journée »*. Néanmoins, je relève quelques leviers mis en œuvre dans les établissements pour pallier à ces difficultés. Certains CDS organisent la programmation de plusieurs formations obligatoires sur une même journée pour éviter aux professionnels de santé d'assister à une formation sur leur temps personnel. D'autre part, les formations obligatoires s'appuient sur la même équipe de formateurs internes ce qui peut engendrer de la lassitude chez les participants suite à la récurrence des modalités pédagogiques proposées. Aussi **IDE** indique que *« l'intervenante pour la formation en hygiène a changé, elle est motivée et le diaporama est différent [...] Pour que tout le monde soit à jour dans ses formations obligatoires, la CDS les a regroupé sur une journée pour éviter qu'elle ne se déroule tout le temps à la fin de notre service »*. Ainsi, un changement de formateur offre de la nouveauté dans les apports et les supports pédagogiques. Par ailleurs, au sein de l'établissement de santé privé, ils privilégient des pédagogies innovantes avec l'utilisation de la réalité virtuelle. Aussi, **RFC 1** précise que *« sur la formation incendie par exemple, pour que ce soit moins long, moins contraignant, ils le font désormais en réalité virtuelle en un quart d'heure au lieu d'une heure trente »*.

Au travers de ces témoignages, je m'aperçois que la formation obligatoire est une priorité au détriment des formations choisies par les professionnels de santé. De ce fait, pour ces derniers cela est vécu comme une contrainte subie plutôt qu'une ressource pour l'exercice professionnel, d'autant plus quelles sont proposées, pour la plupart, sur le temps personnel des soignants. De plus, ils s'appuient sur le CDS pour veiller à l'inscription aux formations obligatoires. Celui-ci est donc garant de l'inscription en formation obligatoire de l'ensemble des membres de son équipe afin d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences. Pour ce faire, ils utilisent comme outil un fichier excel, élaboré personnellement et non institutionnalisé, dans l'objectif de recenser la mise à jour des formations obligatoires. En outre, certains CDS évoquent le manque de sessions dédiées aux formations obligatoires pour répondre aux exigences des textes législatifs. Aussi, je perçois certains leviers pour améliorer le dispositif des formations obligatoires. En effet, je constate que les CDS se soucient de la

qualité de vie au travail en permettant aux agents de se rendre en formations obligatoires sur une seule et même journée, ceci afin d'éviter une participation sur leur temps personnel. De plus, l'établissement réfléchit à rendre attractif les formations obligatoires en proposant des méthodes pédagogiques variés.

Formation interne : une valeur ajoutée parfois non intégrée au plan de formation

Les CDS déploient des actions de formation au sein des services pour maintenir et développer les compétences des professionnels. Ils mettent en œuvre des formations internes qui comprennent plusieurs composantes telles que la mobilisation des personnes expertes, les demandes exprimées par les professionnels, les besoins identifiés par le binôme, cadre de santé et médecin chef du service. Celles-ci sont majoritairement liées à la démarche qualité et au développement de la réflexivité afin d'améliorer et de sécuriser les pratiques professionnelles. En outre, elles permettent d'augmenter le volume horaire des formations continues et correspondent pour certaines aux modalités du DPC.

Mobilisation d'un réseau de personnes expertes

Pour animer les formations internes, les CDS sollicitent et s'appuient sur des personnes ressources volontaires tels que les médecins et les professionnels de santé titulaires d'un Diplôme universitaire (DU) ou dotés d'un domaine d'expertise. Ainsi, **IDE** précise assister à des formations animées par les chirurgiens : *« il y a normalement deux journées proposées par an sur des sujets qui nous intéressent comme sur les études réalisées dans le service ou sur une nouvelle technologie par exemple l'utilisation d'une nouvelle machine ou sur une technique chirurgicale spécifique »*. Et puis, elle précise que *« ces journées de formation avec les chirurgiens c'est assez intéressant parce que c'est concret après on l'applique directement au quotidien, donc ça c'est bien »*. Elle est elle-même sollicitée pour animer *« des cours aux nouveaux arrivants pour l'été, pour les nouveaux professionnels qui arrive dans le service »*. **CDS 3** souligne : *« j'ai de la chance d'avoir un médecin très partie prenante dans ce genre d'intervention et l'équipe est demandeuse. Ça montre aussi qu'elle porte un intérêt à ce qu'elles font et ça c'est plutôt bien comme indicateur pour un cadre »*. **CDS 1** réalise *« des retours d'expérience environ tous les deux mois. Le chef de service propose qu'on parle des situations qui ont un peu choqué les professionnels. C'est plus un temps d'échange avec le chef de service entre l'équipe et lui »*. **RFC 2** explique l'idée *« d'avoir un pôle de formateur qui permet de répartir sur l'ensemble des secteurs. Je prends les compétences en interne, c'est valorisant pour*

le professionnel ». **RFC 3** indique avoir une politique de formateurs internes au sein de l'établissement à savoir « *qu'on a à peu près une cinquantaine de formateurs internes sur différentes thématiques, la manutention, l'hygiène, les contentions, l'AFGSU. Ils sont tous formés à la pédagogie, le contrat en retour c'est qu'ils mettent en œuvre des actions de formation en lien avec leur expertise* ». Cette stratégie est également déployée dans le secteur privé. **DSI** relate : « *aujourd'hui on a beaucoup de formation qui sont faites en interne par des professionnels de terrain. Je pense notamment à l'infirmier de pratique avancée, à l'infirmière hygiéniste, à l'assistante qualité, aux médecins* ». **CDS 5** ajoute que « *tous les salariés peuvent intervenir sur la formation interne avec des missions ou des thèmes particuliers. On les invite à présenter les sujets pendant une heure sur le temps de la pause de midi* ». Elle précise que « *les formations internes animées par les médecins plaisent énormément et qu'elles sont utiles sur le terrain car c'est adapté à la prise en charge des patients et des situations rencontrées* ». En outre, **IPA 2** participe « *aux formations internes de la clinique en tant que personne ressource et anime différentes formations sur les cancers et les traitements* ».

Par ailleurs, une donnée significative apparaît également dans les propos des CDS. Ils mettent en œuvre de la formation au sein de leur unité de soins pour donner le sentiment aux professionnels de santé de se rendre en formation.

Donner le sentiment aux professionnels de santé de se rendre en formation

Ainsi, **CDS 5** affirme que « *les professionnels ont besoin d'avoir des formations sur des sujets qui les intéressent, pas que sur des sujets obligatoire. Le but de mettre ce plan de formation en interne, c'était de dire, on a entendu vos demandes et on vous met des choses en place* ». **RFC 1** confirme cette intention en expliquant que « *les formations internes délivrées par les personnes ressources de l'établissement permettent d'augmenter le plan de formation* ». **RFC 2** relate que certains agents lui disent qu'ils ne sont pas partis en formation au cours de l'année « *mais quand je sors l'historique, il se retrouve à avoir peut être cumulé huit heures de formation dans l'année sur différentes thématiques grâce aux formations internes* ». De plus, il précise les modalités pour inclure la formation interne dans les formations institutionnelles : « *le CDS m'a envoyé les objectifs, les horaires, la feuille d'émargement. La formation doit faire quarante-cinq minutes pour pouvoir l'enregistrer dans le logiciel informatique* ». **RFC 3** confirme les modalités nécessaires pour intégrer la formation interne dans le logiciel : « *notre règle c'est que pour toute formation qui se déroule au-delà de trente minutes avec une feuille d'émargement, le nom de l'intervenant et une fiche pédagogique qui correspond à un*

programme de formation, j'enregistre l'action de formation dans notre logiciel de suivi de la formation et c'est retranscrit dans l'historique de chaque agent ainsi que dans mon plan de formation annuel ».

Néanmoins, je constate que l'enregistrement des formations internes au niveau des services de formations continues n'est pas généralisé. **CSS 1** justifie cette pratique par « *les formations internes, c'est existant et c'est une valeur ajoutée mais c'est service dépendant. Elles ne sont pas inscrites dans les plans de formation, parce que chaque service ne fonctionne pas de la même façon. Chacun a un peu sa marge de manœuvre, sa liberté de faire de telle façon. Et je crois que c'est aussi important qu'on entretienne et qu'on laisse cette autonomie-là.* ». Pourtant pour **RFC 2** cela permet de valoriser le travail du CDS : « *je revalorise le boulot d'encadrement en les enregistrant, c'est un investissement, c'est du boulot pour tout le monde, mais dans le bilan, on montre un volume de formation sur différentes thématiques, c'est du donnant donnant c'est comme ça, que ça se passe et tout le monde est gagnant* ».

J'en déduis que les agents de la FPH différencient les formations animées par des organismes de formation prestataire et les formations réalisées par l'équipe de formateurs internes. Ce constat est conforté par **RFC 1** qui précise : « *je pense que malheureusement, la formation professionnelle continue est trop identifiée comme un financement. Et du coup, tout ce qui va être fait en dehors d'un financement n'est pas considéré comme de la formation* ».

Lien avec la démarche qualité :

Un autre élément saillant est identifié lors de l'analyse des données recueillies. Le lien étroit entre les actions de formation mis en œuvre au sein des services et la volonté d'améliorer et sécuriser les pratiques professionnelles dans le cadre de la démarche qualité. Ainsi, je relève que les CDS, dans une logique de reporting, tracent dans un tableau informatisé les actions entreprises en lien avec la qualité. Néanmoins, celles-ci ne sont pas intégrées dans le plan de formation de l'unité de soins. Pourtant, les formations internes sont la plupart du temps associées à une démarche qualité en lien avec la gestion des risques tels que les CREX et les APP. Il y a donc un cloisonnement entre ces deux dispositifs.

Comités de retour d'expérience

RFC 2 affirme être sollicité « *à chaque événement indésirable grave, à chaque certification, pour extraire le contenu pédagogique afin de démontrer que le personnel a été formé sur telles thématiques* ». **CDS 3** mentionne : « *je me sers des outils de la qualité, sur les événements* ».

*indésirables, les RMM, les CREX » et elle précise que « ça fait partie de la qualité aussi la prise en charge de former les équipes, c'est un critère de la certification ». De plus, elle considère les CREX comme de la formation : « je veux dire que tout est formateur ça permet de s'interroger sur ses pratiques professionnelles, tout est prétexte en fait à faire de la formation ». **IDE** indique que « c'est un retour d'expérience donc forcément ça va nous apporter au quotidien donc c'est un peu comme une formation. Je le relie à une erreur, après le but, c'est d'avoir une critique positive, d'avancer sur une erreur qui est arrivée. C'est sûr que c'est formateur. C'est pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient, éviter que ça se reproduise ». **IPA 1** définit les CREX comme « de la remise en question, de la vigilance et de toujours me poser des questions par rapport à mes connaissances au niveau des pathologies et des traitements, de faire les liens ». **CSS 2** décrit le CREX « comme un outil qui à deux facettes, d'abord regarder l'événement par rapport au référentiel des bonnes pratiques donc quelque part c'est un peu pédagogique, et aussi identifier les besoins en formation ».*

Dans le secteur privé, la démarche qualité est un critère pour la mise en œuvre des formations internes. **DSI** souligne que « la thématique de la formation interne c'est souvent au départ suite à un événement indésirable ou alors quelque chose que l'on a cartographié comme un risque avéré et donc on a mis en place des actions de formation pour diminuer ce risque ». Selon elle, « le moment du CREX c'est un temps de formation. Il est là pour faire monter en compétences, c'est le principe de l'erreur apprenante ». Par rapport au CREX, **IPA 2** explique « prendre du recul et réfléchir à comment ça s'est passé, pourquoi c'est arrivé et comment on peut faire pour que ça n'arrive pas ». **RFC 1** indique qu'« aujourd'hui, la visite de certification vérifie que les professionnels soient bien formés et compétents sur leur poste ».

Par ailleurs, dans le cadre du développement de la réflexivité au sein de l'équipe soignante, un autre élément est révélé. Ainsi, je me rends compte que certaines équipes bénéficient de séances d'analyses de pratiques professionnelles. Celles-ci sont mises en œuvre à l'initiative des CDS afin de questionner et donner du sens aux situations de soins. Néanmoins, ils rencontrent quelques difficultés à animer ce type d'action de formation et, au cours des entretiens ils font part de leur manque d'expérience dans ce domaine.

Analyse des pratiques professionnelles

Ainsi, **CDS 3** relate : « j'ai mis en place des analyses de pratiques au sein de mes unités pour permettre aux équipes de garder une dynamique de remise en question professionnelle. Ça n'a

pas été une simple affaire mais au final on s'est rendu compte que ça apportait un plus, un bénéfice pour l'équipe, notamment dans la réflexion, dans le fait d'ouvrir et d'augmenter les connaissances, de les actualiser et puis surtout de pouvoir dire aussi des choses, qui ne sont pas toujours facile à dire ou entendre sur les difficultés rencontrées ». CDS 5 explique : « j'ai dû faire deux ou trois séances d'analyses de pratiques, mais c'est extrêmement compliqué parce qu'il faut trouver du temps pour réunir les gens, donc ça c'est un point. Après on s'aperçoit que, dès qu'on commence à leur demander de réfléchir sur eux, leur travail quotidien, comment il l'analyse, ils évoquent le manque de moyens. J'ai ramé c'était très dur. Il a fallu que je recentre tout le long de la réunion parce que systématiquement ça partait sur de toute façon on n'a pas les moyens ». CDS 2 indique programmer « six fois dans l'année tous les deux mois à peu près une séance d'analyses de pratiques animée par une psychologue qui vient de l'extérieur ». Pour lui : « c'est complémentaire des staffs, des débriefings et des synthèses réalisés dans le service parce que c'est avec un tiers extérieur qui vient poser des questions avec un regard tiers ». Il mentionne également une difficulté par rapport à l'intervenante choisie qui n'était pas référencée dans un organisme de formation : « il a fallu demander à l'enregistrer pour que ça soit elle et pas quelqu'un d'autre ».

De plus, un autre élément saillant apparaît en abordant la démarche qualité dans les services. En effet, à l'unanimité les CDS ont mentionné la mission de référents comme action, qui encourage les professionnels de santé à monter en compétences. Ainsi, je constate que chaque paramédicaux sont nommés référents sur des processus en lien notamment avec la démarche qualité en fonction de leur appétence pour un domaine d'expertise.

Rôle des référents

CDS 4 précise « faire un appel à volontariat pour être référent sur diverses thématiques comme le tutorat, l'identitovigilance, la qualité. Ensuite, j'envoie les agents en formation ». **CDS 1** identifie les appétences et elle explique : « les repérer, les faire évoluer et leur donner des responsabilités ». **CDS 2** dit qu'« il y a des références qui vont de soi, parce qu'il y a déjà des antériorités de formation et de sensibilisation à un sujet comme la douleur par exemple ». Il contractualise les missions « en donnant au référent une feuille de route claire » et il leur demande d'animer des échanges en lien avec leur référence aux réunions d'équipe. Il les inscrit également « en formation complémentaire selon le sujet qu'ils ont à traiter dans le service ». Ainsi, avec l'aide des référents, il prépare la visite de la certification « pour qu'elle soit moins subie, c'est-à-dire moins vécu comme étant imposée ». **CDS 3** partage cette pratique : « l'idée,

c'est d'avoir des personnes ressources qui vont avoir une appétence pour des secteurs qu'ils affectionnent particulièrement sur l'hygiène, la qualité, l'informatique, l'encadrement des étudiants, le linge, la gestion du matériel. Voilà, l'idée c'est d'attribuer des rôles à chaque personne ». Et puis, les CDS s'appuient sur ces personnes ressources pour transmettre les bonnes pratiques. **CDS 4** ajoute que « *c'est les pairs qui informent les pairs et ça permet de les valoriser au niveau de leur travail et leur investissement* ». **CDS 3** confirme que « *c'est aussi le rôle du référent d'aller éduquer les collègues pour faire des rappels. Venant d'eux, ça va être quelque chose qui sera perçu différemment* ». **CDS 1** encourage « *les étudiants et les nouveaux arrivants à solliciter les référents comme personnes ressources* ». **IDE** atteste cette technique de management : « *on est nommé sur des références en fonction de nos appétences, on se réunit en groupe de travail et après on essaie de retransmettre à l'équipe* ».

Au regard de ces témoignages, je mesure l'importance du rôle des référents au sein des unités de soins. Cette pratique managériale permet d'impliquer les professionnels paramédicaux dans les projets de service, de les responsabiliser et de favoriser le partage de leurs compétences professionnelles.

Un autre élément est révélé dans le cadre des moyens utilisés pour déployer des actions de formation interne, l'usage des pédagogies innovantes. Néanmoins, je constate une maturité différente au niveau des établissements de santé par rapport aux innovations pédagogiques et notamment à l'usage du numérique. En effet, le secteur privé se distingue par l'utilisation d'une plateforme E-learning, de la réalité virtuelle avec l'emploi de casques virtuels, et des méthodes pédagogiques actives telles que l'application kahoot.

Usage des pédagogies innovantes

CDS 5 explique qu' « *il y a aussi les formations E-learning sur une plateforme du groupe Vilvato, les casques virtuels et les kahoot* », « *les kahoot sont présentés sous forme de jeu. Ça marche bien parce qu'il y a une espèce de compétition avec un gagnant et un podium* ». **DSI** relate qu' « *aujourd'hui les outils que l'on a il faut vraiment venir les compléter par des choses plus immersive. Je pense par exemple à des vidéos pour présenter les services, à la plateforme E-learning c'est très intéressant ça vient en plus, c'est complémentaire* ». À contrario, l'usage du numérique n'est pas déployé dans les établissements de santé publique. **RFC 2** évite les formations nécessitant du matériel informatique en raison de la fracture numérique : « *on se retrouve avec des gens qui ne peuvent pas suivre la formation car ils ne possèdent pas le*

matériel ou la connexion ». **RFC 3** confirme ne pas proposer de formation E-learning : « *comme tout le monde n'a pas accès à un ordinateur au sein des services, on n'a pas diffusé d'action de formation E-learning et on n'a pas diffusé non plus d' E-learning sur le temps personnel parce que ça induisait, une mise en place de règles.* ». **CSS 2** trouve « *le E-learning plutôt bien, mais alors, ça pose la question de comment ça va être comptabilisée parce qu'ils ne vont pas pouvoir le faire pendant la journée de travail donc souvent c'est à faire chez eux. En tout cas c'est bien que ça puisse être proposé, mais ça ne pourra pas tout remplacer* ». Selon elle : « *le gain va être moins qu'en présentiel pour les échanges* ».

Ainsi, les propos recueillis démontrent des points de vue différents concernant l'usage des outils numériques. Je relève que le secteur privé impulse le développement de cette dynamique et l'exploite même comme un levier pour développer la formation auprès des salariés ce qui est novateur dans le domaine de la santé.

Simulation en santé

Je découvre également l'utilisation de la simulation en santé pour renforcer les compétences professionnels des équipes de santé au sein des unités de soins afin d'éviter la survenue d'événements indésirables.

Aussi, **CDS 1** a mis en place « *une séance de formation à l'intérieur du service sur les urgences vitales suite à un événement indésirable et au CREX qui a été fait* ». En outre, suite à des besoins identifiés, **DSI** a mis en priorité sur le plan de formation « *une formation en simulation gestion d'urgence par rapport à notre cartographie des risques, et aux événements indésirables* » Pour **RFC 1** : « *notre objectif, c'est que chaque service réalise au moins une fois la formation en simulation d'urgence dans l'équipe en in situ* ».

Dans le cadre de mes entretiens, j'observe que la formation interne est une valeur ajoutée qui n'est pas systématiquement intégrée dans le plan de formation des établissements de santé publique. En effet, cela nécessite des modalités spécifiques d'organisation et d'investissement de la part de l'encadrement dans l'objectif d'obtenir le financement. Aussi, au niveau du plan de formation institutionnel, il y a une distinction entre les formations réalisées par des organismes de formation prestataire et les formations animées par l'équipe de formateurs internes. Cette différence est liée au financement des formations.

Cependant, je constate que l'ensemble des CDS sont à l'initiative de la conception d'actions de formation proposées au sein de leur service. En effet, les CDS souhaitent répondre aux

demandes exprimées par les professionnels mais également aux besoins identifiés en lien avec l'activité du service. Il s'avère que les professionnels apprécient les thématiques abordées et les plébiscitent. Celles-ci favorisent la montée en compétence des professionnels au service du patient. De plus, les CDS tentent, par ce moyen, de pallier au manque de sessions de formations institutionnelles en proposant des séances de formation au sein même de leur service. Ainsi, les CDS ont le sentiment de répondre aux besoins de formation de leur équipe. Pour ce faire, ils sollicitent un réseau de personnes expertes telles que les médecins et les paramédicaux afin d'animer ces temps de formation. En outre, je constate un lien étroit entre les formations réalisées et la mise en œuvre de la démarche qualité dans le service. Pour ce faire, les CDS contractualisent la participation de chaque professionnel de santé en le nommant référent sur des processus en lien avec les critères de certification des établissements de santé. De plus, les CDS mettent en œuvre des CREX et des APP relevant de la formation. Aussi, les actions internes proposées dans les services augmentent significativement le volume des formations dispensées au sein des établissements de santé. Je relève également une différence de perception entre les établissements de santé concernant les innovations pédagogiques.

Par ailleurs, au regard des thématiques proposées dans les formations internes, je constate qu'elles correspondent à la définition des actions de formation selon les modalités du DPC relatif à de la formation continue, la gestion des risques et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Ce dispositif vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins pratiqués par les professionnels de santé. Toutefois, au regard des éléments récoltés auprès de 10 personnes, il s'avère que les professionnels de santé méconnaissent ce dispositif.

Développement Professionnel Continu

Pour 4 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête exploratoire, 3 CDS et 1 IDE, mentionnent que cet intitulé « *n'évoque rien du tout* ». Pour exemple, **CDS 2** sait « *qu'il y a tout un truc avec l'impression que c'est une usine à gaz et que c'est très complexe* », mais pour lui, « *c'est loin de mes préoccupations* ». **CDS 4** décrit le dispositif Compte Personnel de Formation (CPF) à la place du DPC. Selon elle, « *c'est la possibilité pour l'agent de s'orienter sur des formations qui sont pas forcément à disposition sur l'établissement ainsi que des bilans de compétences, et de la réorientation professionnelle* ».

Ainsi ce dispositif est méconnu pour ces 4 personnes. Cependant, il est assimilé pour 6 autres personnes interrogées en raison d'une communication réalisée sur ce dispositif.

CDS 3 a repéré sur le logiciel « *les formations continues qui rentre dans le DPC* ». Les IPA ont entendu parler du DPC par l'intermédiaire des infirmiers libéraux qui ont suivi la formation IPA. Ils savent que « *les infirmiers libéraux ont de l'argent via ce système-là, c'est une enveloppe qui leur est allouée pour justement accéder à la formation continue tout au long de leur carrière. Ils peuvent faire des formations mêmes en E-learning et ils se forment souvent via ce système-là* ». **CSS 2** connaît le dispositif grâce à l'intervention de la responsable pédagogique DPC de l'établissement : « *j'ai fait intervenir au sein du pôle une personne du service formation continue pour justement, expliquer aux CDS le dispositif DPC et comment elle pouvait valoriser nos formations internes au format DPC* ». Elle le met en œuvre au niveau de son pôle : « *pour moi le DPC c'est l'analyse des pratiques en plus de l'apport pédagogique* ». De plus, elle mentionne « *l'accréditation des médecins* » et elle précise « *prioriser l'achat des formations au format DPC* ». **RFC 3** fait également référence à l'accréditation des médecins en évoquant « *la possibilité de mutualisation avec les actions de formation DPC médical* ». Pour **DSI** et **RFC 2** les formations internes sont compatibles avec les modalités du dispositif DPC. **DSI** indique que « *pour valoriser l'apprentissage en interne, normalement on pourrait mettre toutes nos formations internes en DPC mais pour cela on doit être accompagné par le service des ressources humaines du groupe Vivalto* ». **RFC 2** précise qu'il « *a l'obligation de rentrer un volume de formation au format DPC. Du coup, je les achète car créer des formations DPC est très complexe. Ça prend tellement de temps, même si une politique qualité gestion des risques génère des choses comme ça* ».

Ainsi, je constate que les personnes qui connaissent le dispositif DPC ont été sensibilisées par les usagers de ce dispositif ou par les responsables de formation. De plus, ces derniers font le lien entre les formations internes inscrites dans la démarche qualité et les modalités du DPC.

En outre, ces données corroborent les résultats de l'enquête menée auprès des CDS du Finistère. 188 CDS ont répondu au questionnaire en ligne intitulée « *place de la QVT chez les cadres de santé* ». Ainsi, 109 CDS considèrent que les actions de formation interne ou externe sont des moments favorables de cohésion d'équipe. Cette donnée atteste la nécessité de déployer la formation continue afin de favoriser la QVT et la synergie au sein de l'équipe. De plus, à la question : « *connaissez-vous le dispositif de formation Développement Professionnel Continu ?* » 33 CDS répondent « *totalemment* », 122 CDS répondent « *partiellement* » et 33 CDS

répondent « *pas du tout* ». Ainsi, les résultats de l'analyse qualitative et quantitative démontrent la faible connaissance du dispositif de formation DPC. Cependant, des actions de formation en lien avec les modalités du DPC sont pourtant mises en œuvre au sein des unités de soin par les CDS, et notamment la formation continue, la gestion des risques et l'EPP.

Compte Personnel de Formation

Le CPF instauré dans le secteur privé par la loi du 5 mars 2014, a été transposé dans la fonction publique par l'ordonnance du 19 janvier 2017 relative au Compte Personnel d'Activité (CPA). Il permet au fonctionnaire d'accéder à une qualification ou de développer ses compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle.

Ce dispositif est également mal intégré du fait d'une incompréhension par rapport aux informations destinées aux entreprises du secteur privé. En outre, il y a une confusion comme le décrit **RFC 1**. Selon elle, les professionnels de santé confondent les dispositifs de formation : « *ils sont complètement perdus, tout est mélangé* ». **IDE** définit le CPF comme tel : « *pour moi c'est pour les salariés du privé pour bénéficier de formation parce que justement il n'y a pas de formation continue comme à l'hôpital* ». **CDS 5** décrit le CPF de cette manière : « *chaque salarié a un compte professionnel qui leur permet d'avoir accumulé au fil des années une somme qui correspond à une formation* ». Elle précise : « *si c'est des formations longues, diplômantes et autres, il faut d'abord avoir un accord de la direction des soins pour l'inscrire dans le plan de la formation d'établissement* ». De plus, je constate que les personnes qui connaissent le CPF, sont ceux qui ont réalisé des démarches personnelles pour l'utiliser. **CDS 1** explique : « *j'ai personnellement regardé pour moi, mais la contrainte de notre système hospitalier, c'est qu'il faut faire quand même une demande d'utilisation du compte CPF auprès du service de la formation continue et je trouve ça extrêmement lourd parce qu'il faut l'autorisation de la direction pour pouvoir l'utiliser alors que réellement ça nous appartient* ». **IPA 2** indique également : « *moi j'ai réussi à débloquer mon CPF pour la formation IPA, j'avais un portefeuille avec mes cinq années de travail qui équivalait à 1400 euros. Après ce qui est dommage, c'est que c'est limité qu'on ne peut pas faire ce que l'on veut comme formation avec le CPF* ». **CDS 3** l'évoque que « *quand les gens sont dans un projet de reconversion* ». **CSS 1** indique : « *je m'appuie sur la responsable FC pour m'aider à identifier les formations qui sont éligibles au CPF pour demander aux agents de le mobiliser et de s'inscrire par ce biais* ». Pour **RFC 2** le CPF fait partie « *du champ d'exercice du responsable FC pas du CDS car cela demande une expertise* ». Il explique que « *le CPF correspond à cent*

cinquante heures ». Il précise également : « *l'établissement ne reçoit pas d'argent de l'État donc j'ai mis en place une politique d'établissement avec une procédure* ». **RFC 3** le précise aussi : « *on a borné le projet parce qu'on n'a pas de crédit supplémentaire, ça impacte notre plan de formation directement* ». Selon elle : « *le dispositif n'est pas du tout applicable dans le public étant donné qu'on n'a pas de budget supplémentaire et que ça incombe directement sur les budgets des établissements* ». De ce fait, les instances ont « *balisé le dispositif avec des financements de formation dans le cadre de reconversion professionnelle ou de personnes de catégorie C qui seraient en difficulté* ».

La présentation de ces deux dispositifs révèle leur sous exploitation en raison d'une part de leur méconnaissance et d'autre part une implication importante dans des démarches administratives qui apparaissent conséquentes. Ainsi, le dispositif DPC apparaît nébuleux pour l'ensemble des acteurs impliqués dans le système de la formation professionnelle des établissements de santé. Celui-ci ne peut donc pas se déployer de façon optimale. À ce jour, il est porté uniquement par les RFC. De même, ceux-ci perçoivent le format du DPC comme un frein à sa mise en œuvre au sein des établissements de santé du fait de sa complexité même si les formations internes correspondent aux attendues de son format. Aussi, pour répondre aux exigences réglementaires, ils privilégient l'achat de formations DPC aux organismes prestataires agréés. Concernant le CPF, celui-ci nécessite une demande de la part du professionnel de santé et un accord de la DRH pour qu'il puisse bénéficier du crédit de son CPF. Lorsqu'elle valide le projet cela implique son financement et impacte donc le budget de la formation professionnelle de l'établissement.

Je vais maintenant développer les pratiques décrites et les outils utilisés dans le système de la formation professionnelle. Dans un premier temps, je décrirai la promotion de l'offre de formation et sa diffusion auprès des professionnels de santé. Ensuite, je m'attacherai à comprendre les démarches d'inscription pour y accéder. Puis, j'exposerai les outils employés par l'encadrement tels que le Plan de Développement des Compétences (PDC) et l'entretien professionnel.

5.1.3 Les pratiques et les outils identifiés dans le système de formation professionnelle continue

Communication de l'offre de formation

Chaque CDS a sa technique pour communiquer l'offre de formation celle-ci peut être diffusée par différents supports. D'une part, ils utilisent la forme écrite tels que les affiches, le classeur, le mailing, le site internet de l'établissement, et d'autre part ils communiquent oralement les informations lors des réunions de service et au cours des flashes info. **CDS 4** imprime « *certaines formations pour les afficher sur le panneau information mais pas toutes parce que sinon c'est pas lu* » et elle incite « *les professionnels pour qu'ils aillent regarder de temps en temps intranet pour regarder les offres de formation* ». **CDS 2** transmet « *l'info en réunion d'équipe ou lors des flashes info,* » et elle « *place les plaquettes de formation sur les panneaux d'affichage du service* » mais elle « *demande aussi aux agents de se connecter sur l'intranet de l'établissement pour aller voir le catalogue des formations continues* ». **CDS 3** prévient toujours l'agent : « *j'ai pris en compte, c'est enregistré, j'ai fait la demande, tu vas recevoir ta convocation* » et retranscrit le thème de la formation sur le planning « *ça a la vertu de rappeler à l'agent concerné qui part en formation, mais aussi aux autres, de voir qu'il y a des actions de formation qui sont honorées. Ça peut faire aussi une émulation* ».

Ainsi, je constate que les professionnels de santé ont accès à l'offre de formation. De leur propre initiative, ils peuvent visualiser l'ensemble des formations institutionnalisées en se rendant sur le site intranet de l'établissement. Je relève également différentes pratiques managériales du CDS concernant la communication de cette offre. Néanmoins, les paramédicaux maîtrisent le plan de communication véhiculé par leur CDS ainsi que les démarches pour accéder aux formations proposées par l'établissement.

Démarche pour s'inscrire en formation

Concernant les démarches pour participer à une formation souhaitée, les IDE décrivent, au cours des entretiens, les modalités pour y accéder. **IPA 2** indique que « *les formations sont mises à l'affichage dans la salle de pause* » et **IPA 1** retrouve l'offre de formation « *essentiellement via Intranet* » et précise rechercher : « *sur le site de l'université, ce qui pourrait correspondre à ce dont j'ai besoin. Après je vais proposer à ma CDS la possibilité d'y participer* ». **IDE** explique : « *si je souhaite faire une formation, je prends le classeur qui est à disposition, je regarde les dates des sessions et je vérifie que je ne suis pas en vacances* ».

*puis je mets mon nom et c'est la CDS qui va m'inscrire au niveau du service FC. Après on reçoit par courrier interne la convocation à la formation ». Elle ajoute « c'est la CDS qui gère les inscriptions auprès du service formation continue, on n'a pas de démarche à faire ». Aussi, à l'apparition des publications des formations, les paramédicaux font la demande aux CDS de les y inscrire. Par la suite, ces derniers priorisent et valident la demande de formation des agents en fonction de certains critères. **CDS 2** prend en compte « premièrement la façon de servir de l'agent. Si j'estime que sa demande est légitime au regard des manques liés à une inexpérience ». Il regarde également l'ancienneté de la demande « pour les formations très demandées, les places étant limitées ». **CDS 3** regarde : « quel investissement je vais en retirer au niveau du collectif ». De plus, **IPA 1** pense que l'accès à la formation s'effectue « au regard des départs de certaines personnes possédant les compétences ». L'accès en formation relève donc de plusieurs critères pouvant entraver le départ à la formation souhaitée par le professionnel de santé. Ainsi, le CDS prend en compte notamment l'évaluation des besoins en formation, l'ancienneté de la demande, la plus-value pour le service et la possibilité de libérer les paramédicaux pour se rendre en formation.*

Cependant, au niveau des établissements publics, je relève des variantes concernant l'organisation des inscriptions aux formations proposées au sein des hôpitaux. Dans l'établissement n°1, les CDS évalue la possibilité de détacher un membre de l'équipe pour assister à une formation puis ils l'inscrivent auprès du service formation continue de l'établissement. Celui-ci recense l'ensemble des professionnels souhaitant participer aux formations proposées. Les secrétaires réalisent l'inventaire des demandes et octroient les places en fonction de certains critères d'attribution. Cette organisation est décrite comme étant complexe par les CDS de cet établissement. **CDS 1** atteste que « c'est le service formation continue qui sélectionne et valide les départs en formation ». Elle précise « recevoir les feuilles de convocation extrêmement tard par courrier interne parfois deux jours avant la formation, ce qui est trop juste pour s'organiser au sein du service ». **CDS 4** mentionne « qu'il y a tellement de demandes sur l'ensemble de l'établissement que souvent les agents inscrits sont recusés parce qu'il y a pas suffisamment de places ». **CDS 3** informe que « certains cadres sont plus rapides pour inscrire les agents car ils vont plus vite dans leur programmation ». Elle précise également que « certaines formations sont plus prisées que d'autres » et indique ne pas savoir « quel critère de sélection prend la formation continue pour valider la demande de l'agent ». De plus, elle indique : « bidouiller les horaires de façon à pouvoir libérer l'agent et

paf il n'est pas élu parce qu'il y a trop de monde, parce que ceci, parce que cela. Du coup, ça modifie les plans donc je trouve que c'est pas facile d'emmener les personnes en formation ».

CDS 2 précise « *bloquer des horaires de formation sur les agents pour savoir, une semaine avant qu'ils n'ont pas la formation* ». Selon lui : « *ça nous pourrit la vie* ». Par contre, afin de former les membres de son équipe, il indique utiliser principalement les enveloppes déléguées au pôle : « *je suis un pro pour ça et je suis un consommateur* ».

Je remarque également que l'inscription en formation dans les deux autres établissements publics est organisée différemment afin d'optimiser les départs en formation des professionnels de santé.

RFC 2 explique que « *l'attribution des places de formation est sous la délégation du CSS, celui-ci les distribue au sein de son pôle* ». Il précise que « *c'est le cadre qui inscrit l'agent dans le logiciel informatique, c'est pas les secrétaires qui le font* ». **RFC 2** décrit le fonctionnement lors d'une annulation de la formation par un CDS : « *je propose les places aux autres CDS. J'octroie la place au premier qui s'inscrit dans le logiciel informatique ce qui veut dire que le CDS qui a annulé la formation va payer la formation du professionnel d'un autre secteur, c'est amputé sur son enveloppe budgétaire* ». Il ajoute « *qu'il y a des cadres qui sont très forts pour prendre des places en plus à zéro coût. S'ils n'ont pas eu la place de la formation, ils vont quand même noter la date dans leur agenda parce que tout le monde à la vision des calendriers et quand je fais un recensement à l'appel, quinze jours avant le début de la formation, le cadre a déjà prévu sur son planning la possibilité de remplacer le professionnel qui souhaite participer à cette formation. Il y a des fois, je fais juste le mail, dans l'heure qui suit, mon groupe est complet sur certaines formations. C'est tellement prisé que c'est complet* ».

RFC 3 confirme que « *libérer les agents est une complexité* ». Elle précise que « *tous les cadres de l'établissement ont accès au planning de formation annuelle* ». Elle ajoute « *envoyer un mail de relance avec les places disponibles des formations à venir* ».

Les personnes interrogées connaissent les démarches pour accéder aux formations souhaitées. Elles regardent leur planning avant de s'y inscrire. Néanmoins, je distingue deux types d'organisation concernant l'accès en formation au sein des établissements de santé publique. D'une part, j'observe que deux établissements publics sur trois proposent, en premier lieu, les places de formation aux CSS de pôle. Ensuite, ceux-ci attribuent les sessions de formation aux CDS au regard des besoins identifiés dans les services. De ce fait, les CDS

s'engagent à libérer les agents concernés afin de participer à la formation. Pour ce faire, ils les inscrivent directement dans le logiciel informatique. De plus, le coût de la formation relève du service, même en cas d'annulation. D'autre part, je constate un fonctionnement différent dans l'établissement n°1. Les CDS valident la demande de l'agent en fonction de la possibilité de le libérer au regard de l'activité du service. Puis, ils réalisent l'inscription au niveau du service FC de l'établissement qui confirment ou non l'accès à la formation au regard du taux de remplissage de celle-ci. Ce fonctionnement est perçu complexe par les CDS et engendre des problématiques d'accès aux formations.

Je vais maintenant présenter les différents processus et outils contribuant à la politique de la formation professionnelle continue, notamment le PDC et l'entretien annuel.

Plan de Développement des Compétences : Un outil majeur et central

Le PDC s'est substitué au plan de formation au 1 janvier 2019. Il définit les axes stratégiques de formation de l'établissement. Il est construit à partir du projet d'établissement, des orientations nationales et institutionnelles, des besoins de perfectionnement, d'évolutions ainsi que des nécessités de promotions internes recensées par l'encadrement. L'élaboration du PDC est assurée sous la responsabilité du directeur de l'établissement, après consultation des représentants du personnel. C'est un outil essentiel pour l'adaptation au travail, le maintien de l'employabilité, le développement des compétences et des qualifications. Il est le fruit d'une réflexion partagée et construite tout au long de l'année N-1. Le PDC est le support des orientations stratégiques de formation des professionnels de santé. Dans un premier temps, le CDS élabore le plan de formation de l'unité de soin notamment en fonction des demandes de formation formulées par les agents lors des entretiens annuels qui se déroulent en mai et juin de l'année N-1. Ensuite, il le transmet à son CSS et celui-ci s'appuie sur le travail de l'ensemble des CDS du pôle pour concevoir à son tour un plan de formation destiné aux professionnels de santé du pôle. Chaque CSS remet, par la suite, sa proposition au RFC. Ce dernier construit alors le PDC de l'établissement en budgétisant les formations nécessaires. L'objectif est de présenter le projet du plan de formation aux instances courant novembre-décembre de l'année N-1. En effet, le RFC est garant de son application dans le souci d'équilibrer les recettes liés à la formation.

RFC 1 relate que « *la conception du plan développement des compétences est élaboré au moment de la construction du budget global de l'établissement* ». Elle demande « à

l'encadrement de faire remonter les besoins en formation individuelle ou collective ». Elle s'appuie également « *sur les entretiens professionnels, comme autre source d'information, pour tirer des pistes suite à la récurrence des demandes individuelles* » puis elle présente à la direction et au Comité Social et Économique (CSE) le PDC en distinguant les formations non obligatoires des formations obligatoires. Elle souligne « *le long processus de validation de la formation* » en énumérant les différentes étapes « *recupérer toutes les données, chiffrer le coût de la formation, établir des devis, chercher des solutions de financement ou d'autofinancement. À partir de là, on établit notre plan développement de compétences et ensuite se lance la machine de la réalisation de la formation. Dans ce processus intervient l'encadrement pour les remontées des besoins priorisés. Parfois c'est plus ou moins bien fait, plus ou moins réaliste* ».

DSI indique « *travailler en collaboration étroite avec la responsable des ressources humaines pour l'élaboration du plan de formation* ». Elle décrit celui-ci : « *il est construit à partir d'une cartographie des risques, de nos fiches d'événements indésirables, et c'est ces éléments qui vont nous faire décider des actions de formation à inscrire dans notre plan de formation global* ». De plus, elle privilégie « *les formations collectives qui sert au plus grand nombre pour pouvoir améliorer le travail en équipe* ».

CDS 5 construit « *le plan de formation interne, à la fois, en fonction des besoins des services et des demandes et, à la fois, en fonction des ressources que j'ai* ».

RFC 3 explique que « *le plan de formation est co construit avec les CSS. Il est divisé en deux parties. La première partie est un plan de formation sur les obligations institutionnelles et les obligations nationales et la deuxième partie, validée par l'encadrement supérieur, c'est les axes de formations prioritaires au sein des pôles suite à la synthèse de recueils des souhaits transmises par les CDS et qui correspond à une enveloppe polaire* ».

CSS 2 décrit son fonctionnement : « *j'ai une enveloppe budgétaire pour la formation tous les ans. À partir de l'évaluation des besoins, je fais un plan de formation du pôle et donc je cible des formations spécifiques à des besoins qui ont été exprimées par les paramédicaux ou par les cadres de santé* ».

CSS 1 relate que « *le plan de formation polaire se construit à partir, à la fois, des priorités du pôle et, à la fois, à partir des projets de service conçus par l'encadrement. Il y a deux ou trois formations qu'on privilégie qui émerge sur le plan de formation polaire celles qui sont construites par le cadre et le médecin de l'unité et qui apportent un réinvestissement des personnes formées dans l'unité pour le bénéfice au patient* ».

CDS 3 mentionne que « *dans le plan de formation de service, il y a les priorités pour mettre en place des formations qui servent le quotidien mais il y a aussi les formations obligatoires évidemment à suivre* ».

CDS 2 précise que « *le plan de formation, c'est une demande institutionnelle, qui*

est faite tous les ans avant l'été via un tableau excel ». Il décline son fonctionnement : « *Moi je le fais de deux manières. D'une part, par rapport au projet personnel des agents. Et d'autre part, par rapport à tous les trucs institutionnels qui sont à mettre en œuvre tous les ans de manière chronique, obligatoire* ». Il trouve « *compliquer de mettre en œuvre la formation obligatoire inhérente à chaque profession sur des textes réglementaires* ». **CDS 3** précise « *élaborer son plan de formation sûrement par défaut car c'est compliqué de faire du prévisionnel* ». Selon elle : « *il faut essayer d'être un peu inventif sur ce que tu vas proposer pour obtenir le financement de ton plan de formation* ». Ces propos sont confirmés par les CSS, selon eux, l'élaboration du plan de formation par les CDS est délaissée. Ainsi **CSS 1** indique que « *le plan de formation est un peu négligé, il est fait au dernier moment, il est demandé avant l'été, avec un tableau excel à remplir et que l'on remplit pour le remplir* ». **CSS 2** ajoute que « *le plan de formation est travaillé à l'arrache par mes CDS* ». Selon elle, les CDS ne prennent pas le temps de travailler sur le plan de formation parce ce qu'ils vont prioriser d'autres missions, notamment l'absentéisme : « *dans mes services, je ne sens pas la formation prioritaire par rapport au reste* ». Elle précise que « *le plan de formation est à rendre pour le mois de juin or c'est la période des entretiens annuels et de la construction du planning d'été avec un nombre insuffisant de remplaçants, les CDS sont focalisés sur les vacances d'été. Et donc, quand ils remplissent les formations institutionnelles, c'est fait de façon très rapide* ». Elle estime qu'aujourd'hui « *il y a moins de réflexion sur le plan de formation* ». **RFC 3** confirme l'idée que « *la formation vient dans un dernier temps, quand les CDS élaborent le planning, ils se disent là j'ai un petit trou j'ai moyen d'inscrire quelqu'un* ». Elle précise que « *les CDS sont dans une logique de continuité de service quand il y a de l'absentéisme souvent c'est la formation qui saute* ». Pour éviter cet écueil, **RFC 2** anticipe une programmation prévisionnelle du plan de formation de l'établissement visible par tous les CDS dès le mois de novembre afin de les aider à se projeter : « *je réalise le calendrier au mois de novembre en positionnant 80% des actions institutionnelles* ». Il précise « *qu'à ce moment-là on est dans le prévisionnel, on a zéro journée de congé des professionnels* ». Pour lui, le premier rôle du CDS : « *c'est posé les journées de formation continue avant de poser les vacances des professionnels de santé* ».

Au travers de ces propos, je mesure la difficulté pour les CDS de concevoir le PDC du service en raison de son aspect prévisionnel et évolutif. L'activité du service étant en mouvance

permanente, les CDS priorisent la gestion des arrêts de travail des agents au détriment des formations.

Néanmoins, le recensement des besoins de formation est réalisé au cours de l'entretien professionnel annuel. Au regard des éléments recueillis, je mesure l'importance de cette rencontre formalisée et de l'échange constructif qui en résulte.

Entretien professionnel annuel : outil indispensable pour l'élaboration du PDC

Il est identifié par l'ensemble des personnes interrogées comme un moment d'échange entre le CDS et le professionnel ainsi qu'un temps pour évaluer les compétences et les besoins en formation.

IPA 2 dit : « *mes compétences sont évaluées lors de l'entretien annuel, c'est un moment où on peut échanger avec la CDS. Et puis, c'est utile parce que là aussi, on parle de nos projets, de nos envies de formations* ». **IDE** ajoute que « *l'entretien annuel est un échange autour de la trame institutionnelle remise avant la rencontre par la CDS pour en prendre connaissance* ». **CDS 2** indique « *évaluer les compétences essentiellement au fil de l'eau et lors de l'entretien d'évaluation* ». Pour lui l'entretien « *oblige la rencontre formelle à un moment donné dans l'année, c'est un prétexte pour la rencontre* ». **CDS 3** évalue au cours de l'entretien annuel « *la motivation et l'engagement des agents sur la mission qui leur sont données* ». Elle leur remet avant l'entretien « *la grille d'évaluation pour voir sur quels critères ils vont être évalués* ». **CDS 4** utilise la grille de compétences « *pour objectiver son observation du terrain* » et elle qualifie l'entretien comme « *un temps d'échange* ». **CDS 5** s'appuie également sur la grille de compétences pour « *discuter avec le salarié des compétences, de l'organisation, des soins* ». Selon elle, l'entretien « *est un moment d'échange pour réaliser un bilan et fixer des objectifs pour l'année suivante* ». Pour **CSS 1**, la grille d'évaluation annuelle est « *un outil très objectif. Elle permet de faire un recensement, d'établir parfois un diagnostic et d'en déduire des axes de correction par la formation* ».

Je relève, au regard des propos recueillis, les différentes étapes du PDC d'un établissement de santé, à savoir sa conception, son élaboration et sa mise en œuvre ainsi que la nécessité de mener rigoureusement l'entretien professionnel. Aussi, pour réaliser le PDC, le RFC tient compte des formations obligatoires relatives à l'exercice professionnel et des souhaits de formations individuelles et collectives recueillis par l'encadrement. Le PDC institutionnel est un outil de pilotage de la formation professionnelle qui traduit la politique de formation de

l'établissement. J'identifie également la difficulté pour les CDS de concevoir le PDC, celui-ci étant prévisionnel et évolutif. Concernant, l'entretien professionnel annuel obligatoire, il vise désormais à évaluer la valeur professionnelle de l'agent en fonction de différents critères. Ceux-ci portent sur les résultats professionnels obtenus, la réalisation des objectifs, les compétences et connaissances professionnelles, la manière de servir et les qualités relationnelles de l'agent. Il est suivi de l'entretien de formation qui permet au CDS d'identifier les éventuels besoins de formation et d'évolution professionnelle de l'agent. C'est un véritable temps de dialogue qui offre la possibilité au CDS d'explicitier les dispositifs relatives à la formation professionnelle tels que le CPF, la VAE, les études promotionnelles mais aussi et surtout de permettre aux professionnels de santé d'exposer ses souhaits de formation et ses perspectives d'évolution professionnelle. Le CDS s'appuie sur son observation de terrain, la fiche de poste et la grille d'évaluation des compétences pour conduire l'entretien professionnel. Au terme de celui-ci, il rédige un compte-rendu précisant les objectifs fixés pour l'année à venir. L'entretien professionnel annuel est un moment privilégié d'écoute et d'échanges, véritable outil managérial au service du CDS et du professionnel de santé.

Dans ce dernier point d'analyse, je clarifierai d'abord, le rôle, les attentes et les relations entre les différents acteurs hospitaliers impliqués dans le système de la formation professionnelle continue des établissements de santé. Puis, j'exposerai les leviers et les limites de ce système identifiés dans le cadre de ce travail de recherche sous forme d'un tableau.

5.1.4 Le rôle, les attentes et les relations entre les différents acteurs hospitaliers impliqués dans le système de la formation professionnelle continue des établissements de santé

Les CDS interrogés décrivent la dimension pédagogique de la fonction d'encadrement comme un accompagnement afin d'aider les membres de l'équipe à évoluer.

CDS 1 explique : « mon rôle, je trouve qu'il est déjà de repérer les compétences existantes et après de promouvoir celles que l'agent pourrait acquérir, mon rôle en fait, c'est vraiment d'accompagner ». **CDS 3** s'appuie « sur les ressources naturelles, et les compétences des uns et des autres ». Puis, stratégiquement, elle met « d'abord en exergue les compétences puis les

incompétences avérées qui sont un autre sujet avec des rapports sur la manière de servir». Pour elle : « *il faut d'abord tirer vers le haut pour pouvoir aborder les choses qui sont moins bien* ». Elle s'appuie également « *sur la satisfaction du patient, pour faire le retour aux équipes, pour les motiver, et apporter la reconnaissance du travail effectué* ». Pour **CDS 4** son rôle est « *de faire aussi des rappels sur les bonnes pratiques* ». Ces données relatives aux missions du CDS correspondent aux attentes des IDE en matière de management des compétences. Pour **IPA 1** : « *le cadre de santé prend soin de son équipe. Il accompagne, observe, connaît la sensibilité des soignants qui compose l'équipe, il les oriente vers des projets en fonction de leurs compétences* ». Selon elle : « *le cadre est moteur parce qu'il porte vraiment le projet du service* ». **IDE** décrit l'accompagnement de la CDS : « *selon nos capacités elle nous pousse à évoluer professionnellement ou suivre des DU spécifiques* ». En outre, la notion de satisfaction apparaît lorsque l'encadrement est interrogé sur leur management des compétences. **CDS 5** dit : « *je suis contente, quand le salarié arrive au projet final, d'arriver à satisfaire leur demande* ». **CDS 2** exprime : « *je suis assez fière de ce que j'ai pu faire de ce côté-là* » en évoquant l'accompagnement effectué auprès d'un AS en reprise d'étude. Pour **DSI**, le rôle du manager c'est : « *d'accompagner ton collaborateur à progresser et à évoluer et le laisser partir dans un autre service de l'établissement où il va s'épanouir, pour moi c'est la récompense du manager* ». Pour l'aider dans le management des compétences, les CDS s'appuient sur le médecin du service pour animer des formations internes et participer aux flashs info et aux réunions de service. **CDS 3** mentionne : « *j'ai de la chance d'avoir un médecin très partie prenante* ». **CDS 2** précise « *avoir développé un co-management avec le médecin du service* ». Il se cale une réunion toutes les semaines « *pour passer en revue les situations des patients complexes mais aussi pour traiter les situations d'équipe* ». De plus, ils attendent un soutien et de la réactivité de la part du CSS et du RFC. Aussi, les CDS souhaitent des rencontres avec le CSS et le RFC afin d'échanger sur l'élaboration du plan de formation. **CDS 2** explique « *qu'avant il y avait une rencontre avec la responsable de formation continue qui était ressource pour trouver des organismes de formation* ». **CDS 5** précise que « *ça manque aussi de centrage* ». Elle aimerait « *que l'on réalise une réunion avec le responsable sur le plan de formation, les besoins, les difficultés rencontrées* ». Pour eux, le RFC est la personne qui peut aider à accompagner dans la conception du plan de formation. Selon **CDS 3**, le RFC est « *une ressource pour trouver des formations* ». Je constate également que les CSS ont des exigences vis-à-vis des CDS. **CSS 1** souhaite que les CDS « *co-construisent le plan de formation avec le médecin et l'équipe* ». De plus, il veut que les CDS soient « *force de proposition et pro actif* »

dans l'élaboration de celui-ci. **CSS 2** sollicite de « *prioriser les demandes et d'avoir plus de rigueur dans la conception du plan de formation* ». Pour les CSS le RFC représente « *une personne en appui pour accompagner les projets des professionnels* ». **CSS 1** souhaite « *une régularité dans les rencontres* » et **CSS 2** désire une aide « *pour la recherche de la formation ad hoc qui correspond aux besoins de formation du pôle* ». De même, les RFC demandent à rencontrer, au minimum trois fois par an, les CSS. **RFC 3** explique « *rencontrer les CSS trois fois par an lors des commissions de formation : mars, juin et octobre* ». Elle ajoute également « *voir les CDS à leur demande* ». De plus, elle sollicite les CSS « *dans la recherche des organismes de formation et la réalisation des cahiers de charges* ». Elle demande aussi aux CSS « *de diffuser les offres de formation et de transmettre les demandes de besoin de formation par ordre de priorité afin d'élaborer le plan de développement des compétences* ».

Je constate que les attentes des acteurs hospitaliers concernant l'organisation de la formation se rejoignent. D'une part, les IDE apprécient l'accompagnement des CDS dans le développement de leurs compétences. D'autre part, les CDS font part de leur satisfaction de voir les projets professionnels des agents aboutir. Ensuite, j'observe que la formation est un levier pour le binôme, CDS et médecin, pour impulser le projet de service. Je note aussi que le CSS attend du CDS qu'il se montre rigoureux dans l'élaboration et le suivi du PDC. L'encadrement exprime la nécessité de se rencontrer trimestriellement dans l'objectif d'évaluer l'évolution du PDC. En outre, le RFC est reconnu par l'ensemble des professionnels de santé comme une personne ressource car elle est experte dans son champ de compétence.

5.1.5 Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé

Pour synthétiser tous les résultats obtenus dans le cadre de cette étude, je propose de les illustrer dans ce tableau.

Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé	
LEVIERS	LIMITES
Il existe une complémentarité des dispositifs des formations qui participe au développement des compétences	Le CDS ne propose pas systématiquement de bilan individuel à l'agent ayant suivi une formation
Le CDS développe des actions de formation au sein du service	Il existe peu de restitutions de formation formalisées auprès de l'équipe
La formation interne mobilise un réseau de personnes expertes à travers les référents et une équipe de formateurs internes	Le livret « passeport formation » est sous exploité
La formation interne est axée sur la démarche qualité. Les actions entreprises sont fréquentes et tracées sur le tableau reporting PAQSS	Le CDS a le sentiment d'élaborer le PDC par défaut
La formation est un outil managérial qui permet au CDS de reconnaître l'investissement du professionnel de santé dans son travail	Les formations internes et les formations obligatoires sont régulièrement programmées sur le temps personnel des agents
L'offre de formation et la démarche d'inscription sont intégrées par l'ensemble des professionnels de santé	Il n'existe pas suffisamment de sessions de formation pour permettre à tous les agents d'assister aux formations obligatoires
L'ensemble des acteurs hospitaliers sont impliqués dans le système de formation	La formation interne n'est pas intégrée dans le PDC
Les entretiens de formation sont une opportunité pour construire le projet de formation	Aucun budget n'est spécifiquement alloué pour la mise en œuvre du CPF
Les formations favorisent la cohésion d'équipe et par conséquent la qualité de vie au travail (enquête quantitative)	Les formations sont validées au regard du bénéfice pour le service sans prendre en compte les souhaits de développement personnel de l'agent
La formation permet l'accès aux études promotionnelles et participe à la promotion sociale	Le financement et l'accès à la formation dépendent du secteur d'activité du professionnel de santé (libéral, public, privé)
L'encadrement des établissements de santé publique s'appuie sur l'organisation polaire pour proposer des formations	Il existe un cloisonnement entre les différents métiers et les secteurs d'activités ce qui engendre peu de formations pluriprofessionnelles

Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé	
LEVIERS	LIMITES
L'inscription aux cours en ligne (MOOC) est une opportunité pour développer les compétences professionnelles	L'ensemble des professionnels de santé méconnaissent les dispositifs de formations existants (non intégration des évolutions réglementaires concernant la formation professionnelle)
Les salariés du CHP bénéficient d'une plateforme E-learning ainsi que des pédagogies innovantes telles que la réalité virtuelle ou la simulation en santé	Les difficultés d'organisation interne freinent le départ en formation
Les formations internes renforcent la coopération du binôme CDS/médecin du service	Les CDS priorisent les congés des agents au détriment de l'inscription aux formations continues
Le RFC est une personne ressource pour accompagner les agents dans la construction des parcours professionnels	Certains RFC mettent en avant la fracture numérique et les difficultés d'accès aux outils informatiques ce qui entravent le développement des formations E-learning
Les formations internes augmentent significativement le volume horaire des formations continues de l'établissement	La construction du PDC est décentrée de la démarche GPEC
Il existe un DPC spécifiquement conçu pour les médecins.	La lourdeur administrative est un frein pour déployer le DPC
	Il existe deux plans de formation distincts, celui des professions médicales géré par la direction des affaires médicales et celui des paramédicaux suivis par le service RH
	La complexité du système de formation, la multiplicité des dispositifs et la variété des financements sont des obstacles à l'accès à la formation

Tableau 2: Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé

Au terme de cette analyse, je constate de nombreuses forces et opportunités mais également la présence importante de freins et limites sur lesquelles il est important d'agir pour améliorer l'efficacité du système de la formation professionnelle continue des établissements de santé. De plus, je mesure le rôle essentiel de celle-ci notamment en faveur des ressources humaines tant sur le plan individuel que collectif. En effet, je perçois d'une part des enjeux individuels au profit des professionnels de santé comme l'enrichissement des pratiques et des compétences, le développement professionnel et personnel, la prévention des risques professionnels, la mobilité et enfin l'employabilité. D'autre part, je constate l'impact de la formation continue sur les

enjeux collectifs tels que la QVT, l'attractivité des métiers, la fidélisation des professionnels et l'évolution des métiers.

Aussi, les résultats obtenus dans ce travail de recherche permettent de mieux comprendre le système de formation professionnelle des établissements de santé. Néanmoins, ces résultats dépendent du cadre précis dans lequel les données empiriques ont été recueillies, ils ne peuvent pas être généralisés.

Il s'agit dans la prochaine partie de discuter et de confronter le cadre conceptuel aux résultats obtenus dans le cadre de l'étude empirique menée afin de confirmer ou non les hypothèses émises au départ de ce travail de recherche.

6 La discussion et la confrontation des hypothèses

Hypothèse 1 : la formation professionnelle continue est un outil managérial pour le CDS

L'analyse de ce travail de recherche valide cette hypothèse. En effet, au vu des résultats obtenus, je constate que la formation professionnelle continue est un outil managérial d'une part, pour la gestion des ressources humaines et d'autre part, pour le développement personnel et professionnel.

Ainsi, la formation professionnelle continue est considérée par les CDS interrogés comme un outil stratégique pour maintenir, développer les compétences professionnelles et accompagner l'équipe dans la réalisation de son travail au quotidien. Le souci du CDS est d'optimiser l'efficacité des soins. Selon eux, la formation professionnelle permet de garantir l'employabilité au poste de travail notamment grâce aux formations obligatoires institutionnelles. De plus, celles-ci permettent de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives de l'équipe. Elles offrent également l'opportunité d'une évolution de carrière en se spécialisant ou en changeant de métier. Ainsi, les CDS perçoivent la formation continue comme une manière d'entretenir et d'ajuster les connaissances et les pratiques professionnelles au service du patient. Aussi, il paraît essentiel pour le CDS de réaliser une cartographie de son équipe par le biais d'observations et de rencontres régulières afin d'obtenir une bonne connaissance des membres de l'équipe. Le CDS est donc amené à identifier les potentiels des professionnels, à conseiller et à accompagner les projets professionnels mais également à valoriser le développement des compétences. Il s'agit de repérer la compétence, de

l'évaluer, et de la faire évoluer. Le CDS porte également une attention particulière en proposant un suivi personnalisé au regard des objectifs et attentes de chaque professionnel. Il co-construit les parcours professionnels des agents en les rendant acteurs dans leur développement professionnel. Il reste un interlocuteur privilégié pour accompagner et favoriser l'émergence des potentiels de chacun. Cela requiert une posture pédagogique spécifique, nécessitant des qualités relationnelles, d'écoute et de disponibilité, ainsi qu'un sens de l'organisation développé afin d'optimiser cet accompagnement. Il met ainsi en place une organisation de travail efficace et porteuse de sens en développant des relations constructives.

Pour le CDS, la formation continue est également un levier managérial pour valoriser le travail effectué par les professionnels. En effet, le CDS offre l'accès à la formation souhaitée par l'agent afin de valoriser sa contribution personnelle et collective au sein du service. De ce fait, c'est une forme de reconnaissance employée par le CDS pour encourager l'implication de l'agent dans ses missions. Aussi, il semble nécessaire d'apporter un éclairage théorique sur la notion de reconnaissance au travail. Selon Brun (2008), la reconnaissance est « *à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail, elle peut être financière ou « symbolique* » ». Aussi, dans le secteur des soins, le CDS ne peut pas offrir de reconnaissance pécuniaire aux professionnels. Il est donc judicieux de leur proposer d'autres alternatives pour les reconnaître professionnellement et personnellement. L'auteur définit ainsi la reconnaissance de quatre manières différentes. D'abord, il évoque la reconnaissance existentielle qui s'intéresse particulièrement aux relations envers les personnes ou l'équipe. Le CDS accorde de l'attention à chaque membre de l'équipe et reconnaît ainsi leur rôle au sein de l'organisation du service. Il s'agit pour le CDS d'apporter des attentions authentiques et sincères comme prendre le temps de saluer, remercier ou écouter chaque membre de l'équipe afin de leur témoigner son soutien. Puis, l'auteur souligne la reconnaissance de la pratique au travail qui correspond à la mise en valeur des professionnels à travers la réalisation des activités professionnelles en s'appuyant sur les compétences ou les qualités professionnelles mobilisées. Cette reconnaissance est centrée sur le travail en lui-même et non sur la personne. Aussi, le CDS évalue les aptitudes des membres de l'équipe pour confier des missions en lien avec leurs aptitudes et compétences notamment en les nommant référent dans un domaine d'activité. Ensuite, Jean-Pierre Brun mentionne la reconnaissance de l'investissement au travail qui « *porte sur l'implication des employés, les risques qu'ils prennent pour mener à bien leur tâche, l'énergie déployée dans des conditions quelques fois*

difficiles ». Il est ainsi important pour le CDS de reconnaître chaque effort fourni par les professionnels en les gratifiant pour leur témoigner son intérêt sur la gestion des situations professionnelles. Cela implique une présence du CDS sur le terrain pour évaluer les activités réalisées et leurs efficacités. Enfin, il explicite la reconnaissance des résultats. Selon lui, le CDS doit s'attacher à féliciter les professionnels lorsqu'ils atteignent les objectifs escomptés. Il est donc indispensable de valoriser la contribution des agents pour renforcer leur implication au sein de l'équipe au service du patient. À travers ces données, il est essentiel pour le CDS de mettre en œuvre, dans son management, les différentes formes de reconnaissance évoquées. En effet, les professionnels de santé apprécient ces marques d'attention qui permettent de « *construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être* » (Brun, 2008). Aussi, accéder à la formation, contractualiser les missions du référent, confier l'animation d'une formation interne, encourager lors de progrès sont des leviers pour répondre à la reconnaissance de l'investissement au travail et au maintien de l'engagement des professionnels de santé dans leur activité. Pour ce faire, il est essentiel pour le CDS de porter de l'intérêt au soignant et au travail qu'il réalise. Il s'agit également de donner du sens aux actions, d'être congruent, bienveillant et à l'écoute, d'instaurer un climat de confiance. Cela nécessite des qualités personnelles en termes de respect et d'authenticité au-delà de ses compétences professionnelles. Ainsi, au sein de l'équipe dont il a la responsabilité, le CDS valorise les professionnels de santé, en reconnaissant l'importance du rôle de chaque membre de l'équipe, du travail effectué, tout en veillant à l'efficacité et la qualité des activités de soins.

Hypothèse 2 : le CDS met en œuvre un environnement de travail propice aux apprentissages

Lors de l'étude empirique, je constate que les CDS sont amenés, en collaboration avec un réseau de personnes expertes, à concevoir des formations internes pour répondre aux besoins identifiés dans leur service mais également pour pallier au déficit des places proposées en formations institutionnelles. Cet acte managérial offre la possibilité d'accompagner les professionnels dans l'atteinte de leurs objectifs et de les soutenir en cas de difficultés. De plus, les formations internes proposées par le binôme, CDS et médecin du service, permettent de communiquer sur leur vision et de donner du sens aux actions entreprises ce qui favorise l'adhésion et la mobilisation des professionnels. Les formations internes sont perçues comme utiles par les soignants car elles offrent l'opportunité de résoudre des problèmes concrets du quotidien. Ces

actions de formation sont majoritairement liées à la démarche qualité et au développement de la réflexivité afin d'améliorer et de sécuriser les pratiques professionnelles. Au regard des propos recueillis, j'identifie que les CDS conçoivent des formations internes correspondant aux différentes typologies d'action de formation définies par l'ANDPC. En effet, en fonction des besoins identifiés, le CDS peut proposer trois types d'actions au regard des objectifs visés. D'une part une action de formation qui concerne l'approfondissement des connaissances. D'autre part, une action de gestion des risques qui vise à identifier, prévenir, prioriser et réparer des risques relatifs aux activités professionnelles. Et enfin, une action d'EPP qui permet d'évaluer et d'améliorer la pratique professionnelle. Celle-ci conduit à une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle menée. Il s'avère que ces temps de formation sont très appréciés par les professionnels de santé car ils permettent de prendre du recul, de questionner et donner du sens aux situations de soins rencontrées. Toutefois, ceux-ci ressentent également le besoin de participer à des formations institutionnelles pour comparer et confronter les pratiques professionnelles et les conditions de travail avec leurs homologues exerçant dans d'autres services ou établissements de santé. Par ailleurs, certains agents s'inscrivent sur du temps personnel à des formations en ligne et des conférences non intégrées au plan de formation de l'établissement. Il s'agit donc pour le CDS de prendre en compte ces éléments pour favoriser le développement des compétences professionnelles. Aussi, il est essentiel de proposer une complémentarité dans l'offre de formation pour satisfaire les demandes des professionnels. Il est également important pour le CDS de diversifier les modes d'apprentissages, de prendre en compte les acquis et les axes de progression de ces derniers. Pour ce faire, dans une logique de développement des compétences professionnelles, certains CDS utilisent des outils pédagogiques numériques tels que l'accès à une plateforme de formation E-learning et l'emploi de casques virtuels dans le but de favoriser le processus d'apprentissage des soignants. Ces nouvelles modalités permettent d'éliminer les contraintes de lieu et de temps. Le professionnel peut ainsi, apprendre à son rythme et de chez lui. Néanmoins, cela nécessite un changement de paradigme autant pour les professionnels dans la manière d'appréhender l'action de formation que pour les responsables des établissements de santé dans leur représentation des outils numériques.

Une autre donnée est apparue lors de l'étude empirique. En effet, les résultats révèlent l'importance des moments de réflexion collectifs tels que les transmissions et les réunions de service pour favoriser les échanges et la confrontation d'idées. Ces activités s'inscrivent dans l'approche socioconstructivisme. Celles-ci produisent la confrontation avec les autres membres

du groupe engendrant un conflit socio-cognitif qui conduit le professionnel à faire évoluer sa pensée. G. Le Boterf (2018) évoque le « *savoir apprendre* », qui est pour lui une compétence collective, et qui consiste à apprendre « *avec les autres et par les autres* ». Cette approche permet le développement d'une réflexivité sur les connaissances et les pratiques professionnelles. Pour Perrenoud (2003), les compétences « *se transmettent encore moins, elles se construisent au gré d'une expérience et d'une réflexion sur l'expérience* ». En ce sens, l'environnement de travail mis en œuvre par le CDS favorise l'acquisition de compétences et de réflexivité. En effet, il transforme les situations professionnelles rencontrées par les soignants en opportunités pédagogiques. Aussi, dans le cadre de ses missions, le CDS est amené à mobiliser la dimension pédagogique de la fonction d'encadrement en s'appuyant sur le modèle théorique 10/20/70 qui illustre l'impact réel des différents modes d'apprentissage dans le travail. Celui-ci se construit à partir de trois logiques complémentaires. Ainsi, selon ce modèle, 10% de l'apprentissage se déroule grâce à l'apport d'informations et notamment au cours des formations traditionnelles et des conférences. Puis, 20% de l'apprentissage se fait en échangeant avec des pairs, au cours de la pratique quotidienne d'où l'importance des interactions entre les membres d'une même équipe afin d'acquérir de nouvelles aptitudes par le biais des partages d'expérience. Et enfin, 70% se fait de manière informelle, par le travail au quotidien et l'accomplissement de nouvelles activités. Le rôle du CDS est alors d'accompagner la formalisation des savoirs, des expériences et des enseignements pour faciliter la montée des compétences collectives et individuelles des professionnels.

L'étude empirique a démontré également le besoin de partager les acquis de formation au sein de l'équipe par la mise en œuvre de restitutions lors de temps informels. Ces moments sont propices au développement de la réflexivité des soignants. Il est donc essentiel de les préserver. Néanmoins, c'est une activité non induite par le CDS. Pourtant, il s'avère qu'une formation est d'autant plus efficace si elle fait l'objet d'un suivi. En effet, les entretiens révèlent que cela reste une pratique minoritaire. Les contraintes d'organisation, le manque de temps expliquent en partie les difficultés d'appropriation de la dimension pédagogique dans le management des compétences du CDS. Néanmoins, pour optimiser le transfert des apprentissages, il s'agit pour le CDS de formaliser davantage la restitution de la formation suivie. Pour ce faire, celui-ci pourrait utiliser la méthode intitulée « 505 », qui consiste, au départ en formation, à consacrer un entretien de 5 minutes avec le professionnel pour fixer des objectifs et 5 minutes à son retour pour mettre en place un plan de suivi de la formation. Enfin, dans une logique d'appropriation

des compétences, le CDS proposerait au professionnel d'appliquer ce qu'il a appris en formation. Par cette pratique managériale, le CDS pourrait ainsi évaluer le réinvestissement possible dans les pratiques individuelles et/ou collectives et mesurer également les effets sur l'organisation de travail. De plus, cette posture professionnelle du CDS offre la possibilité d'accorder une attention spécifique aux soignants ayant bénéficié d'une formation. C'est également une opportunité de reconnaître les compétences professionnelles acquises pendant la formation.

Il ressort de l'étude empirique un autre résultat saillant : la nomination de référents au sein du service. Il s'agit pour le CDS d'être sensible et attentif aux capacités et appétences des professionnels afin de contractualiser, lorsque cela est envisagé, leur rôle et leurs missions de référent dans le service. Pour ce faire, il sollicite la participation des référents dans la transmission des connaissances et pratiques en lien avec leur domaine d'expertise aux membres de l'équipe. Cette pratique managériale courante et généralisée a pour objectif d'impliquer les professionnels dans les projets de service, de renforcer leurs compétences professionnelles et de les responsabiliser.

Ainsi, au regard de ces données, je constate que le CDS propose un environnement de travail propice aux apprentissages, mais perfectible. De ce fait, la deuxième hypothèse est partiellement validée.

Hypothèse 3 : le CDS maîtrise les dispositifs et les outils de la formation professionnelle

Les recherches empiriques, à travers les entretiens menés auprès des CDS, démontrent que ceux-ci ne maîtrisent pas totalement les dispositifs et les outils de la formation professionnelle. Une des explications est l'évolution du cadre réglementaire de la formation professionnelle continue avec l'apparition d'une expertise accrue et de nombreux acronymes. Les CDS considèrent le système de formation comme complexe. Aussi, ils s'appuient sur le RFC de l'établissement pour les conseiller et les éclairer sur les différents dispositifs afin de proposer un accompagnement adapté aux membres de l'équipe. Ils le perçoivent comme une personne ressource pour les aider à conduire le management des compétences notamment par la mobilisation des dispositifs de formation adéquats au regard des demandes émises par les soignants. Toutefois, les CDS identifient parfaitement les dispositifs intégrés dans le plan de formation de l'établissement (formations obligatoires et formations institutionnelles). Par

contre, il apparaît qu'ils les distinguent des actions de formation mises en œuvre dans leur unité de soins. Cette différence semblerait liée au financement des formations. Je constate également que les formations internes correspondent à la définition des actions de formation selon les modalités du DPC. Les recenser et les enregistrer dans le système du DPC permettraient d'une part, d'obtenir l'indemnisation forfaitaire de l'ANDPC qui équivaut à 33,76 euros de l'heure de formation, par professionnel et d'autre part, de valoriser le parcours DPC en situation collective de travail pour les paramédicaux concernés. Dans le contexte de certification professionnelle périodique à venir, les formations au format DPC est un réel enjeu à intégrer dans les plans de formation des établissements de santé. Au regard des données recueillies, dans l'analyse qualitative et quantitative, je relève que les CDS ont globalement une faible connaissance du DPC pourtant règlementé depuis 2013. Celui-ci est inscrit dans le Code de la santé publique alors que la FPTLV est inscrite dans le Code du travail. Aussi, le DPC s'adresse directement au professionnel de santé qui doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC alors que la FPTLV relève de la responsabilité de l'employeur pour permettre notamment aux professionnels de s'adapter à son poste de travail. La mise en œuvre du DPC au sein des établissements de santé est laborieuse en raison de sa configuration centrée sur l'inscription d'une démarche individuelle du professionnel de santé. En effet, à l'origine, la conception du dispositif DPC a été conçue pour s'adapter aux besoins de formation des professionnels libéraux avec une approche et un fonctionnement individuel. Dans les faits, chaque personne doit s'inscrire personnellement aux formations proposées sur la plateforme de l'ANDPC pour démontrer le maintien de ses compétences. Or, le système de formation continue des établissements de santé ne permet pas cette prise d'initiative des paramédicaux. Il s'avère que l'organisation de la formation professionnelle continue priorise le collectif et l'interdisciplinarité. De plus, les RFC ne sont pas incités à recenser les actions qui relèveraient du DPC. Au vu de la lourdeur des formalités administratives, ils n'encouragent pas le déploiement du DPC même si les actions d'EPP et de la gestion des risques sont fréquentes au sein des services. Ils considèrent le coût d'investissement par rapport aux bénéfices trop important. Aussi, dans un souci de répondre aux obligations réglementaires, ils préfèrent acheter les formations aux organismes prestataires labélisés ODPC que devenir organisme DPC. De ce fait, le dispositif DPC est donc peu adapté à l'exercice hospitalier. Aussi, les CDS méconnaissent la procédure de reconnaissance des actions de DPC. Ils ne peuvent donc pas valoriser les actions entreprises au sein de leur unité de soins dans le cadre de la démarche qualité telles que les CREX, RMM et EPP dans le système de reconnaissance du DPC alors

même qu'il s'agit d'une composante essentielle du DPC. De plus, dans les établissements de santé, actuellement ce système est construit de manière cloisonnée avec d'un côté le DPC médical suivi par la Direction des Affaires Médicales (DAM) et le DPC du Personnel Non Médical (PNM) géré par le service des Ressources Humaines. Il est essentiel de centraliser la gouvernance du DPC pour optimiser son déploiement et son efficacité. En effet, les médecins sont dans l'obligation d'actualiser et de renforcer leurs connaissances et leurs compétences dans le cadre de la démarche d'accréditation définie par la HAS. Un des leviers serait de recenser les actions de formation intégrées dans le DPC médical afin de les mutualiser au DPC des paramédicaux participants aux situations collectives de travail.

Un autre élément significatif est dévoilé dans l'étude empirique, l'élaboration du PDC par les CDS. Ceux-ci sont amenés à élaborer le plan de formation de leur unité dans le cadre du management des compétences. Ils y intègrent le recensement des formations obligatoires, les formations prioritaires pour le service et les demandes individuelles des professionnels. C'est un outil managérial qu'ils mobilisent pour recenser les souhaits des professionnels, planifier les formations retenues et s'assurer de leur suivi. Cependant, je relève que les CSS aimeraient que les CDS se montrent plus rigoureux dans la conception du PDC. Ils attendent de ces derniers qu'ils soient proactifs et force de proposition. Selon les CSS, le PDC doit être co-construit avec les équipes et le médecin du service. Mais dans les faits, celui-ci est construit par défaut en raison d'une difficulté pour les CDS de se projeter dans sa conception au regard de son aspect prévisionnel et évolutif. De plus, ils sont contraints, à partir d'un outil informatique imposé, un tableau excel, d'élaborer le PDC au cours des mois de mai et juin, au même moment que les entretiens annuels et la construction du planning d'été. C'est donc, pour les CDS, une période intense pour programmer les formations à venir. C'est une activité subie, peu investie, car non prioritaire au vu des autres missions telles que la gestion de l'absentéisme. Celle-ci est omniprésente dans l'activité quotidienne du CDS pour assurer la continuité des soins. De plus, le PDC est construit par l'addition de demandes et de validations des différents niveaux hiérarchiques ce qui engendre une faible mise en lien entre son élaboration et la GPMC.

Pour construire le plan de formation du service, le CDS mobilise un autre outil stratégique managérial : l'entretien de formation qui est associé à l'entretien professionnel. Il permet d'identifier avec l'agent ses besoins en termes de développement ou perfectionnement des compétences, de réaliser le suivi des formations obligatoires, d'évoquer le projet professionnel. C'est un moment privilégié pour échanger sur les situations de travail, réaliser un bilan de

l'année écoulée et se projeter en contractualisant des objectifs pour l'année à venir. Le CDS adopte une posture pédagogique, il encourage et accompagne les professionnels à être acteurs de leur parcours professionnel. L'entretien professionnel offre également la possibilité au CDS d'apprendre à mieux connaître les membres de son équipe, personnellement et professionnellement. Il participe à la démarche GPMC de l'établissement. En conduisant l'entretien, le CDS contribue à l'identification des besoins, la gestion et l'évaluation des compétences des membres de son équipe. Ce diagnostic consiste en une gestion anticipative et préventive des ressources humaines. Cette rencontre préparée et formalisée, par l'évaluateur et l'évalué, vise à analyser en commun le bilan des actions menées pendant l'année écoulée et à fixer les objectifs prioritaires pour l'année à venir. C'est l'opportunité pour le CDS d'apprécier l'investissement des agents au vu de la qualité du service rendu et de maintenir l'engagement des professionnels de santé dans leur activité. L'entretien professionnel annuel est également un outil de manifestation de la reconnaissance vis-à-vis d'un soignant avec la valorisation de son potentiel et l'appui à sa progression et sa promotion professionnelle.

Le passeport formation est un autre outil de gestion des compétences mis à disposition des professionnels de santé mais celui-ci est sous exploité comme le confirme les résultats du travail de recherche. En effet, les CDS indiquent qu'ils n'exploitent plus ce document car les agents oublieraient parfois de le renseigner ou le perdaient. Les soignants utilisent donc le CV pour valoriser le suivi des formations continues et leur parcours professionnel en l'absence d'autre support. Pourtant, dans le cadre de la mise en œuvre de la FPTLV dans la FPH (décret du 21 août 2008), un passeport formation a été mis en place pour les agents des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics. Aussi, l'ANFH met à disposition, sur son site, un livret pour permettre aux professionnels de santé d'y inscrire ses connaissances, compétences, aptitudes et acquis professionnels. Dans ce contexte, le rapport IGAS ¹¹ sur la formation continue dans la FPH (2021) propose d'optimiser l'accompagnement des professionnels tout au long de leur carrière. Pour ce faire, ce rapport préconise de créer un document numérique, intitulé parcours individuel de développement des compétences, accessible sur un système informatisé qui remplacerait le passeport formation. Ce document formaliserait la trajectoire de formation et de promotion de chaque agent. De plus, cette plateforme informatique permettrait aux professionnels de visualiser des informations sur le financement et l'accès aux différents

¹¹<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-047r.pdf>

dispositifs de formation proposés. Ce système informatique peut contenir également des formations en ligne type MOOC et une foire aux questions à destination des conseillers en évolution professionnelle. Enfin, comme pour le secteur privé, le rapport IGAS propose de créer un bilan sur le parcours individuel de développement des compétences de l'agent tous les six ans dans le cadre de l'entretien annuel de formation. Ce bilan a pour objectifs d'identifier les actions entreprises et de se projeter dans les projets professionnels.

L'ensemble de ces propos vient valider partiellement cette troisième hypothèse.

Hypothèse 4 (H4) : le CDS coopère avec les différents acteurs pour promouvoir la formation professionnelle

Cette hypothèse est validée au regard de l'enquête empirique qui démontre la nécessité pour le CDS de coopérer avec l'ensemble des acteurs hospitaliers impliqués dans le système de la formation pour favoriser le management des compétences.

Les résultats du travail de recherche révèlent, ainsi, le rôle central du CDS dans la mise en œuvre de la formation professionnelle continue. En effet, il est garant du maintien et du développement des compétences professionnelles des membres de son équipe afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Pour ce faire, il instaure des relations entre différents acteurs. Ainsi, il s'entoure de personnes ressources tels que le médecin et les référents du service, il sollicite également un réseau de professionnels experts, pour animer les formations internes conçues par ses soins. Il est un acteur clé pour la motivation et l'implication des professionnels de santé qu'il encadre et accompagne dans cette démarche. Il est à noter que la formation est un véritable levier dans le renforcement du binôme constitué par le chef de service et le CDS afin d'optimiser la gestion du service. Comme stipulé dans le rapport Claris, publié en 2021, ce binôme doit être « *équilibré et opérationnel* ». Celui-ci doit véhiculer une vision partagée et une ligne conductrice aux membres de l'équipe. De plus, le CDS est amené à collaborer régulièrement avec les autres CDS de l'établissement plus spécifiquement lors des rencontres instaurées par le CSS du pôle. Ils échangent notamment sur les difficultés rencontrées dans le cadre de la conduite du management des compétences. Aussi, ils s'appuient sur le CSS pour les conseiller et les guider dans cette mission. Les CDS sollicitent également le RFC de l'établissement pour les soutenir dans l'accompagnement des projets professionnels des agents. Aussi, le CDS est le maillon central de l'équipe pluriprofessionnelle : administrative,

paramédicale et médicale. Son positionnement au sein d'une équipe polaire lui permet de coopérer avec ses pairs. Le Boterf (2018) précise que « *la compétence collective n'est pas une juxtaposition ou une addition de compétences individuelles, mais la résultante de la coopération entre des professionnels compétents* ». Philippe Bernoux, sociologue et directeur de recherche au CNRS apporte un éclairage sur la notion de coopération. Aussi, selon lui (2014) « *il faut savoir coopérer, pouvoir coopérer et vouloir coopérer* ». Ainsi, savoir coopérer, c'est lorsque le CDS crée un environnement favorable. Pouvoir coopérer, c'est la mise en œuvre des moyens et d'un contexte approprié par le CDS. Enfin, vouloir coopérer, c'est mobiliser les ressources de son environnement, proche ou à distance pour entrer en action. La coopération avec l'ensemble des acteurs est nécessaire pour le maintien et le développement des compétences représentant un enjeu majeur dans la qualité de la prise en soin du patient. Il s'agit donc pour le CDS de coordonner, communiquer et fédérer l'équipe dans une dynamique positive ayant pour finalité la performance du service.

Cette discussion m'amène à réfléchir à des actions possibles sur mon futur poste de CDS. En effet, ce travail de recherche m'a permis d'enrichir et d'approfondir mes connaissances en lien avec le système de formation professionnelle continue au sein des établissements de santé. Aussi, je vais m'appuyer sur l'identification des leviers et des limites repérés pour présenter ma projection professionnelle en qualité de CDS formateur. Au 1 juillet 2022, j'intègre effectivement, l'équipe pédagogique de la formation continue de l'IFPS du CHU de Brest avec deux missions. D'une part, 0.5% ETP rattaché au service DRH pour le déploiement du dispositif DPC du CHU et des établissements du GHT du Finistère. D'autre part, 0.5% ETP pour développer l'offre de formation continue de l'IFPS.

7 Ma projection professionnelle :

Pour présenter ma projection professionnelle, je vais m'appuyer sur mon expérience de faisant fonction cadre de santé formateur et les résultats de mon travail de recherche. En effet, cette étude m'a permis de mettre en exergue trois données saillantes. Tout d'abord, il est nécessaire de développer les compétences professionnelles des soignants. Puis, il s'agit de rendre visible et de valoriser toutes les actions de formations internes portées par les CDS. Ensuite, il serait

judicieux de renforcer la coopération entre les différents acteurs afin d'optimiser les dispositifs de formation existants et de promouvoir l'offre de formation.

Je vais, dans un premier temps, expliciter mes missions en qualité de cadre de santé formateur et responsable pédagogique du DPC puis, décliner un plan d'action. Ensuite, je présenterai les modalités d'évaluation des actions menées.

Ma fonction de CDS formateur est une activité de coordination auprès du public accueilli, de l'institut et des partenaires de la formation. Mes expériences professionnelles ainsi que mes formations m'ont offert la possibilité de renforcer mon sens des responsabilités et de l'organisation. Aujourd'hui, cela me permet d'accompagner avec bienveillance et dynamisme les personnes en formation pour développer leurs postures réflexives et leurs compétences professionnelles. Mes missions consistent à planifier, coordonner, communiquer et évaluer l'activité pédagogique, ainsi qu'à concevoir, organiser, animer et commercialiser une offre d'ingénierie de formation adaptée à un territoire d'activité. J'ai toujours été attachée à transmettre les valeurs soignantes qui m'animent et à partager mes connaissances afin d'améliorer les soins dispensés aux patients. D'autre part, je m'attache particulièrement à concevoir des formations en lien avec l'interprofessionnalité, le bien-être et la QVT ainsi que la sécurisation des soins afin de répondre aux besoins de formation des professionnels de santé. Au cours des formations, je propose aux participants l'utilisation d'un plan d'action personnel afin de retranscrire les questionnements et les acquis de formation. Cet outil offre la possibilité de formaliser par écrit l'évolution du positionnement professionnel et de visualiser la progression dans le parcours de formation. Au regard des résultats obtenus, je constate qu'il peut servir de support au retour de formation lors des échanges avec le CDS. De plus, au terme de la formation il me semble nécessaire de sensibiliser les participants à l'ouverture des comptes de formation et d'octroyer du temps pour leur création.

L'évaluation est au cœur de la dynamique du processus d'apprentissage. Elle fait partie intégrante du dispositif de formation. L'évaluation se situe à plusieurs niveaux et à différents temps de la formation. Elle répond aux exigences de la certification Qualiopi. En effet, dans le cadre du dispositif qualité, il est demandé de coordonner et de garantir les bonnes pratiques. Ainsi, l'adhésion à la démarche d'amélioration continue du dispositif de formation par tous les acteurs impliqués dans ce système aide à formaliser et à valoriser les pratiques pédagogiques entreprises. Pour ce faire, je m'appuie sur le modèle de Kirkpatrick (Annexe 9) qui comprend quatre niveaux. Le premier niveau consiste en l'appréciation du degré de satisfaction des

participants à l'issue de la formation. Le deuxième niveau évalue l'apprentissage effectif des connaissances, compétences ou attitudes nouvelles au cours de la formation. Le troisième niveau évalue le transfert des acquis de la formation à l'environnement professionnel. Le quatrième niveau s'intéresse aux impacts de la formation sur les résultats de l'établissement.

D'autre part, pour conserver ma culture scientifique, je prévois de poursuivre mes implications dans les séminaires de recherche du M2 Formation Formateur Adulte ainsi que dans la Cellule de Recherche en Pédagogie et en Soins de l'IFPS et continuer de participer au Réseau de Recherche et Formation Professionnelle Brestois. De plus, je souhaite être partie prenante dans l'universitarisation par l'existence de passerelles entre les formations en santé en proposant mon expertise.

Par ailleurs, mon objectif est de renforcer le partenariat entre les structures de soins et les instituts de formation. Décloisonner permettrait de renforcer les compétences professionnelles en lien avec les connaissances théoriques et scientifiques. Il s'agit donc, d'instaurer une véritable coopération entre le lieu de la production des soins et le lieu d'acquisition des savoirs en accompagnant les professionnels de santé à passer davantage dans une logique réflexive qu'applicative. Pour ce faire, j'envisage de m'investir dans les différents projets et groupes de travail de l'établissement afin de renforcer les liens entre unités de soins et l'institut de formation. De plus, ma participation aux réunions animées par la direction des soins me permettra de me tenir informée des projets institutionnels et de maintenir un lien avec les équipes hospitalières.

Aussi, mes missions transversales en qualité de responsable pédagogique du DPC m'offriront la possibilité d'assurer le rôle de traductrice des dispositifs de formation proposés au sein des établissements auprès de l'équipe d'encadrement. En effet, au regard des résultats obtenus, il est essentiel d'explicitier, à l'ensemble des acteurs hospitaliers impliqués dans le système de formation, l'existence et le fonctionnement des différents dispositifs de formation professionnelle. De plus, il est important d'inscrire au PDC de l'établissement les actions de formations internes éligibles au DPC afin de les comptabiliser mais également pour valoriser le management des compétences du CDS. Un travail de collaboration avec celui-ci est primordial. En effet, ce travail de recherche m'a fait prendre conscience de la nécessité d'accompagner les CDS des unités de soins dans les différentes étapes de la démarche pédagogique d'une action de formation afin de promouvoir le développement de la formation professionnelle continue.

Je souhaite donc établir et entretenir une relation de proximité avec les équipes d'encadrement pour identifier leurs besoins et leurs attentes en termes de formations.

Aussi, pour le développement et la structuration du DPC hospitalier, il me paraît pertinent dans un premier temps, de recenser et de valoriser en DPC les formations déjà existantes afin de reconnaître la qualité des formations dispensées en intra. Ceci donnera l'opportunité à de nombreux professionnels de l'établissement d'être à jour dans leurs obligations de DPC. Il pourrait être intéressant parallèlement de sensibiliser les professionnels à ce suivi de DPC par la création d'un compte sur le site de l'ANDPC. Il serait également judicieux de les informer sur la certification des professionnels, déployée à partir de 2023. De plus, je souhaiterais identifier les actions de formation à développer et accompagner les CDS dans l'élaboration des documents à rédiger pour attester des modalités des actions de formations entreprises au sein du service. Le CHU étant également l'établissement support du GHT, ces formations pourraient être proposées au sein des établissements de santé du GHT voire à d'autres établissements privés et médico-social ainsi qu'aux professionnels libéraux.

7.1 Définir un plan d'action

Mon expérience et ce travail de recherche m'ont permis d'établir un plan d'action en utilisant la méthode SMART. En effet, ce plan d'action comporte des actions Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes dans un Temps imparti. Pour plus de clarté, je présente, sous forme de tableau, le plan d'action de ma prise de fonction.

Plan d'action de la prise de fonction				
Actions spécifiques	Moyens	Objectifs atteignables	Prévisionnel Temps imparti	Indicateurs
Prendre rendez-vous avec le cadre supérieur et le directeur de l'IFPS	- Projet de l'IFPS - Fiche de poste	- Prendre connaissance des projets en cours - Connaître les attentes sur les missions du poste - Prendre connaissance de l'organisation	Si possible avant la prise de poste ou première quinzaine	-Atteinte des objectifs fixés à court, moyen et long terme

Plan d'action de la prise de fonction				
Actions spécifiques	Moyens	Objectifs atteignables	Prévisionnel Temps imparti	Indicateurs
Prendre rendez-vous avec l'équipe pédagogique de la formation continue (formateurs et secrétaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de service formation continue - Présentation planification formations 2022/2023 - Réunion de service hebdomadaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Échanger sur les attentes mutuelles - Prendre connaissance des projets en cours - Échanger sur le fonctionnement, l'organisation et la communication - Établir ensemble les axes de travail 	Si possible avant la prise de poste ou première quinzaine	-Atteinte des objectifs fixés à court, moyen et long terme
Prendre rendez-vous avec le responsable de la formation continue CHU et la secrétaire responsable de la gestion administrative du DPC	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de poste - Projet établissement du CHU de Brest 	<ul style="list-style-type: none"> - Échanger sur le fonctionnement, l'organisation et la communication - Prendre connaissance des projets en cours - Échanger sur les attentes vis-à-vis de la mission 	Si possible avant prise de poste ou première quinzaine	-Atteinte des objectifs fixés à court, moyen et long terme
Prendre connaissance et analyser les modes et outils de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Supports (catalogue, site internet, temps de réunion, agendas partagés, outils informatiques) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre la communication au niveau de l'équipe pédagogique, du réseau professionnel (intervenants) et de l'équipe service formation continue - Analyser si celle-ci est efficiente 	Durant les deux premiers mois	-Atteinte des objectifs fixés à court, moyen et long terme
Analyser la culture qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Les processus et les outils qualité - Compte rendu certification Qualiopi - Échanges avec les référents qualités de l'IFPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître l'implication des équipes pédagogique et administrative dans la démarche qualité 	Dans les deux premiers mois	-Rapport d'activités juin 2022

Plan d'action de la prise de fonction				
Actions spécifiques	Moyens	Objectifs atteignables	Prévisionnel Temps imparti	Indicateurs
	- Veille professionnelle			
Rencontrer les directions (DAM, DRH et DSI, direction qualité) en binôme avec la RFC	- Projet de l'établissement - Rapport IGAS concernant la formation professionnelle dans FPH - Certification	- Renforcer la stratégie globale concernant le DPC au sein du CHU - Fédérer l'ensemble des directions autour d'un projet commun par un accompagnement structuré et coordonné - Mise en œuvre d'un comité stratégique DPC	Dans les 3 à 6 mois	-Nombre de partenaires rencontrés -La création d'un comité stratégique DPC
Rencontrer l'équipe d'encadrement en binôme avec la RFC	- Réunion d'encadrement polaire - Tableau PAQSS des CDS	- Communiquer et présenter les missions du responsable pédagogique DPC auprès de l'encadrement et des médecins de l'établissement - Identifier la cartographie des formations existantes en termes de formations cognitives d'EPP et de gestion des risques proposées au sein des pôles du CHU - Reconnaître la qualité des formations dispensées en intra - Identifier en fonction des	Dans les 3 à 9 mois	-Nombre de réunions d'encadrement -Nombre d'accompagnements pédagogiques auprès des CDS -Nombre de formations identifiées éligibles au format DPC -Nombre de nouvelles formations enregistrées sur le site ANDPC -Nombre de professionnels ayant suivi une formation DPC

Plan d'action de la prise de fonction				
Actions spécifiques	Moyens	Objectifs atteignables	Prévisionnel Temps imparti	Indicateurs
		besoins les actions de formation à développer au format DPC - Accompagner la réalisation des actions de formation au sein des pôles (aide pédagogique, méthodologique, administratif) - Valoriser les formations déjà existantes en les enregistrant au format DPC sur le site de l'ANDPC - Garantir l'offre de DPC pour permettre aux professionnels de santé de valider leur obligation		
Communiquer et présenter les missions du responsable pédagogique DPC	- Newsletter de l'établissement - Réunion d'encadrement institutionnelle - Commissions et instances institutionnelles (CME + CSIRMT)	- Renforcer la visibilité - Informer des enjeux du DPC auprès des membres de toutes les instances institutionnelles et des équipes d'encadrement - Échanger sur la mise en œuvre du DPC au sein de l'établissement et du GHT	Dans les neuf premiers mois	-Nombre de partenaires rencontrés
Réaliser un constat de départ et	- L'observation du terrain et de l'organisation	- Dresser un état des lieux (cartographie)	Dans les six premiers mois	-Plan d'action élaboré à court,

Plan d'action de la prise de fonction				
Actions spécifiques	Moyens	Objectifs atteignables	Prévisionnel Temps imparti	Indicateurs
effectuer un rapport d'étonnement		<ul style="list-style-type: none"> - Voir si des écarts émergent entre cet état des lieux et les objectifs fixés - Proposer un plan d'action pour amélioration si écarts repérés 		moyen et long terme

Tableau 3: Plan d'action de la prise de poste

7.2 Évaluer les actions entreprises

Les indicateurs du plan d'action pour la prise de fonction m'offrent la possibilité de mesurer l'implication de l'équipe d'encadrement et de constater le déploiement du dispositif de formation DPC. De plus, Le rapport d'étonnement permet de dresser une cartographie des formations DPC au niveau de l'établissement et d'identifier les axes de développement à poursuivre. Par ailleurs, au terme de l'année scolaire, il est demandé de réaliser également un rapport d'activité de service. Celui-ci est transmis aux tutelles, il permet d'obtenir une rétrospection des formations dispensées, d'identifier l'atteinte des objectifs fixés et de repérer les axes d'amélioration. Aussi, pour l'établir, chaque semestre, j'élabore des bilans financiers et pédagogiques, notamment afin de veiller à un équilibre entre les recettes et les dépenses liées aux actions de formation continue.

Conclusion

Au terme de cette année de formation, le travail de recherche, les rencontres avec les professionnels de santé, les interventions proposées par l'université et l'IFCS et le suivi de deux MOOC en lien avec l'objet d'étude m'ont permis d'acquérir des connaissances, une mise à distance ainsi qu'une analyse de ma pratique professionnelle.

Par ailleurs, mon implication dans le travail de recherche de l'axe 2, « la place du cadre de santé dans la démarche opérationnelle de la QVT », m'a donné la possibilité d'expérimenter une collaboration entre enseignants chercheurs universitaires et ECDS ainsi que l'appropriation d'une méthode de recherche quantitative. La formation cadre de santé m'a également donné l'opportunité d'acquérir une double expertise. Les compétences managériales sont venues renforcer mes compétences pédagogiques.

Par cette recherche et mes stages, je constate que management et pédagogie sont étroitement liés. En effet, il y a une dimension pédagogique prégnante dans la fonction d'encadrement qui participe à la montée en compétences des soignants. Aussi, je mesure le rôle central du CDS, il est le vecteur essentiel, dans le développement et le maintien des compétences des professionnels de santé. De plus, ce travail de recherche m'a offert l'opportunité de mieux appréhender le système de la formation professionnelle continue des établissements de santé. Ainsi, j'ai identifié les leviers pour favoriser le déploiement de la formation professionnelle et plus spécifiquement le dispositif DPC. Je perçois également la nécessité de renforcer le partenariat avec l'équipe d'encadrement de l'établissement pour favoriser l'efficacité de la formation professionnelle et la montée en compétences des soignants. J'ai constaté que ceux-ci ont l'opportunité de participer à des formations professionnelles. Néanmoins, l'enjeu aujourd'hui est d'évaluer le transfert des acquis de formation au profit du patient, premier bénéficiaire du développement des compétences professionnelles. Aussi, l'une des difficultés de ce mémoire de recherche était d'analyser et d'exploiter la richesse des données recueillies dans un temps imparti.

Ce travail de recherche a conforté mon engagement auprès des professionnels de santé en qualité de CDS formateur : prendre soin d'eux pour prendre soin des patients. Pour moi, soigner un patient, former un apprenant ou manager une équipe, c'est se centrer sur l'accompagnement de la personne

Références

➤ Ouvrages

- Barabel, M., & Meier, O. (2015). *Manageor*. Dunod..
- Barbot, J.-M. (2021). *Le management et la gestion RH à l'hôpital : Quelles évolutions après la loi de transformation de la fonction publique?* Bordeaux: LEH Édition.
- Bernoux, P. (2014). *Sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Média Diffusion.
- Boucenna, S., Charlier, E., Perréard-Vité, A., & Wittorski, R. (2018). *L'accompagnement et l'analyse des pratiques professionnelles : des vecteurs de professionnalisation*. Toulouse: Octares Éditions.
- Brun, J. P. (2008). *Management d'équipe : 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail*. Editions Eyrolles.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.
- Carré, P. (2020). *Pourquoi et comment les adultes apprennent : De la formation à l'apprenance*. Dunod.
- Dejours, C (2015). *Le Choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Paris : Bayard.
- Dejoux, C. (2013). *Gestion des compétences et GPEC-2ème édition*. Dunod.
- Dietrich, A. (2018). *Management des compétences*. Vuibert.
- Dietrich, A., Gilbert, P., Pigeyre, F., & Aubret, &. (2010). *Management des compétences: enjeux, modèles et perspectives*. Dunod.
- Jonnaert. (2009). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Éditions de Boeck université.
- Kolb. (2014). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Le Boterf , G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Eyrolles, 5ème édition.

- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Ed d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*. Paris : Ed d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: Agir et réussir avec compétences, les réponses à 100 questions*. Éditions Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en œuvre la compétence: Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Éditions Eyrolles.
- Meier, O. (2009). *Dico du manager*. Dunod.
- Mintzberg. (2006). *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. ESF Editeur.
- Schön. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Senge. (1990). *The Fifth Discipline*. New York .
- Sennett, R. (2014). *Ensemble: Pour une éthique de la coopération*. Albin Michel.
- Tardif. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière éducation.
- Wittorski, R. (2006). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'harmattan.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'harmattan.
- Zarifian. (2004). *Le modèle de la compétence*. Paris: Éditions Liaisons.
- Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Éditions Liaisons.

Zeitler, A. (2011). *Les apprentissages interprétatifs. Interprétation en action et construction de l'expérience*. L'Harmattan.

➤ Articles

Beauvais, M. (2008). *Accompagner, c'est juger*. Éducation permanente (175).

Boutinet, J. (2007). *Penser l'accompagnement adulte : ruptures, transitions, rebonds*. Presses universitaires de France.

Carré, P. (2014). *L'apprenance: une autre culture de la formation*. Presses universitaires de France.

Frimouse, S., & Peretti, J.-M. (2018). *L'apprenance au service de la performance*. Caen: EMS Éditions management et société.

Jouquan, J. (2003). *A quoi s'engage -t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage?* Revue Pédagogie Médicale volume 4 (3).

Havard, C. & Krohmer, C (2008). *Création et articulation des règles dans le cadre d'un management des compétences*. Revue de gestion des ressources humaines (70).

Lagadec, A. (2011). *La réforme des études d'infirmier : compétences, socioconstructivisme et pratique réflexive*. Soins cadre (78).

Le Boterf, G. (2000). *La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite*. Personnel, (412).

Le Boterf, G. (2005). *Gestion des compétences Définition, nécessité, faisabilité*. Gestions hospitalières (451).

Le Boterf, G. (2011). *Apprendre à agir et intèrargir en professionnel compétent et responsable*. Revue éducation permanente (188).

Leplat, J. (2000). *Compétences individuelles, compétences collectives*. Psychologie du Travail et des Organisations.(6).

Martin, L. (2020). *Dossier la formation continue*. Soins Cadres (120).

Orluk, C. (2014). *Cadre de santé, manager des compétences professionnelles*. Soins Cadres (90).

Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). *La didactique professionnelle*. Revue française de pédagogie. Recherches en éducation, (154).

Paul, M. (2009). *Autour du mot : Accompagnement*. Recherche et formation, (62).

Perrenoud, P. (2003). *Qu'est-ce qu'apprendre?* Enfances Psy, (4).

Vial, M. (2005). *Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser*. Soins cadres (53).

Vial, M. (2007). *L'accompagnement professionnel : une pratique spécifique*. Article issu d'une conférence pour Ariane Sud Entreprendre.

Wittorski, R. (1998). *De la fabrication des compétences*. éducation permanente (135).

Wittorski, R. (2008). *La professionnalisation*. Savoirs (17).

➤ Rapports

- Haute Autorité de Santé (2022). *Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements*.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3328851/fr/lettre-ouverte-du-college-de-la-has-a-tous-ceux-qui-oeuvrent-pour-la-qualite-des-soins-et-des-accompagnements

- Ministère des Solidarités et de la Santé (2021). *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la formation continue dans la Fonction Publique Hospitalière*.

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-047r.pdf>

- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). *Rapport de la mission Claris*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). *Séjour de la santé les conclusions*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

- Ministère des Solidarités et de la Santé (2018). *Ma Santé 2022*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

- L'agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (2017). *Apprendre à manager le travail. Livre blanc des initiatives en formation initiale et continue*.

<https://www.anact.fr/livre-blanc-pour-apprendre-manager-le-travail>

- Ministère de la transformation et de la fonction publique (2017). *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique.*

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-de-lencadrante-et-de-lencadrant-dans-la-fonction-publique>

➤ Lois

- Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000687666/>

- Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000613810/>

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

- Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028683576/>

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

- Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037367660/>

- Loi n°2019-828 du 6 août 2019 dite de « transformation de la fonction publique »

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038889182/>

- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019354799/2022-02-24/>

- Décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière

[Décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière.](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041991080/)

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041991080/>

- Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000738028/>

- Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043814566>

➤ Sources internet

- Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

<https://www.anfh.fr>

- Agence National du Développement Professionnel Continu

<https://www.agencedpc.fr/>

- Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

<https://www.anact.fr/>

➤ MOOC

- Professionnaliser en formation réalisé en décembre 2021

<https://lms.fun-mooc.fr/courses/course-v1:unirouen+145001+session02/info>



FRANCE
UNIVERSITÉ
NUMÉRIQUE



ATTESTATION DE SUIVI AVEC SUCCÈS

paistel
a suivi avec succès le MOOC*

Professionnaliser en formation
proposé par Université de Rouen Normandie
et diffusé sur la plate-forme FUN
Le 10/01/2022

Enseignants

Michèle Lemeunier-Lespagnol
Chargée d'enseignement, URN

Béatrice Savarieau
Maître de conférences, URN

Mélanie Tocqueville
Directrice de Recherche, IPERIA l'Institut

Richard Wittorski
Professeur des universités, URN

<https://www.fun-mooc.fr>

* MOOC : cours en ligne
La présente attestation n'est pas un diplôme et ne confère pas de crédits (ECTS).
Elle n'atteste pas que le participant était inscrit à l'Université de Rouen Normandie.
L'identité du participant n'a pas été vérifiée.

- Former et développer les compétences : Innovation et pilotage réalisé en décembre 2021

<https://lms.fun-mooc.fr/courses/course-v1:unicaen+48001+session06/info>



FRANCE
UNIVERSITÉ
NUMÉRIQUE



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



Normandie Université

ATTESTATION DE SUIVI AVEC SUCCÈS

paistel
a suivi avec succès le MOOC*

Former et développer les compétences :
Innovation et Pilotage
proposé par Université de Caen
et diffusé sur la plate-forme FUN
Le 04/01/2022

Enseignants
Aline Scouarnec
Professeur IAE Caen

<https://www.fun-mooc.fr>

* MOOC : cours en ligne
La présente attestation n'est pas un diplôme et ne confère pas de crédits (ECTS).
Elle n'atteste pas que le participant était inscrit à l'Université de Caen.
L'identité du participant n'a pas été vérifiée.

La liste des tableaux

Tableau 1: Talon sociologique des professionnels interviewés	32
Tableau 2: Les leviers et les limites du système de la formation professionnelle continue dans les établissements de santé	68
Tableau 3: Plan d'action de la prise de poste.....	86

Sommaire des annexes

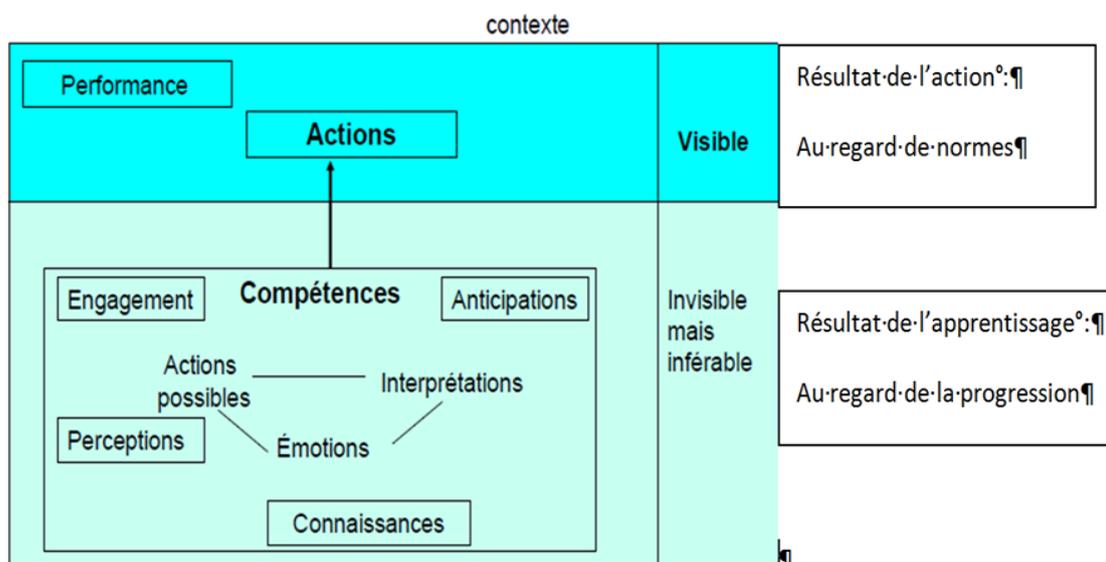
ANNEXE 1 : LES TYPES D' ACTIONS DÉFINIES PAR LE DÉCRET DU 21 AOÛT 2008 RELATIF À LA FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE.....	I
ANNEXE 2 : LA COMPÉTENCE PERMET LA PERFORMANCE	II
ANNEXE 3 : ÊTRE COMPÉTENT : LE CURSEUR D'UNE DÉFINITION.....	III
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES CADRES DE SANTÉ.....	IV
ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES CADRES SUPÉRIEUR DE SANTÉ.....	VI
ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES RESPONSABLES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE.....	VIII
ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES INFIRMIERS	X
ANNEXE 8 : ENTRETIEN AVEC CDS 5	XII
ANNEXE 9 : MODÈLE DE KIRKPATRICK.....	XXV

Annexe 1 : Les types d'actions définies par le décret du 21 Août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Type 1	Formation professionnelle initiale préparant les personnes sans qualification professionnelle à l'emploi auquel elles accèdent
Type 2	Actions visant le développement des connaissances et de la compétence
Type 3	Actions de préparation aux examens et concours et autres procédures de promotion interne
Type 4	Études promotionnelles
Type 5	Actions de conversion favorisant l'accès à une nouvelle qualification ou à d'autres activités
Type 6	Congé de formation professionnelle
Type 7	Bilan de compétences
Type 8	Préparation à la validation des acquis de l'expérience

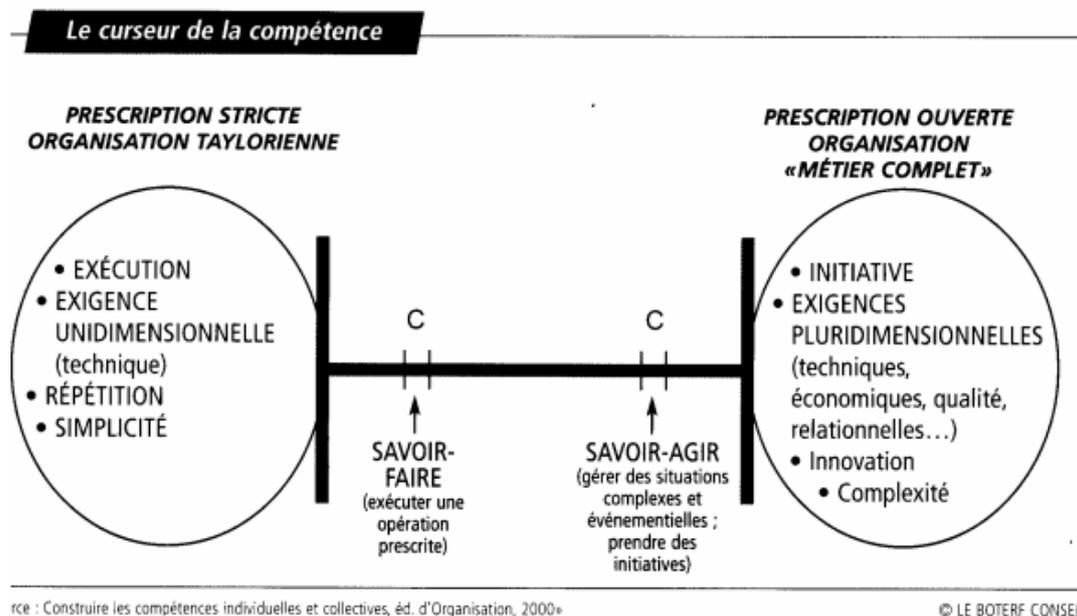
Annexe 2 : La compétence permet la performance

La compétence permet la performance



Source : André Zeitler

Annexe 3 : Être compétent : le curseur d'une définition



Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des cadres de santé

Guide d'entretien à destination des cadres de santé

Je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, j'effectue une étude sur « la formation au sein d'un établissement de santé ». Je vous remercie de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour m'aider à approfondir ma réflexion.

Cet entretien est entièrement anonyme.

Acceptez-vous que j'enregistre l'entretien ?

1- Pouvez-vous me préciser votre fonction et me préciser les grandes lignes de votre parcours professionnel?

- Sexe, âge
- Filière d'origine ? Année de diplôme ? Année de diplôme cadre de santé ?
- Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ?
- Ancienneté dans le service actuel ? dans l'établissement ?

2- Pouvez-vous me présenter votre service et les membres qui composent l'équipe ?

3- Quelles sont vos missions ?

- D'un point de vue fonction de formation ?

4- Quel est votre rôle dans le management des compétences des professionnels que vous encadrez ?

- Pouvez-vous me décrire votre management en termes de développement des compétences des membres de votre équipe ?
- Quelles sont les actions que vous mettez en place pour encourager les membres de votre équipe à progresser ?
- Comment favorisez-vous la coopération au sein de votre unité ?

5- Pouvez-vous me présenter l'organisation de la formation dans votre établissement?

6- Les professionnels de vos services ont-ils accès à des :

- Formations externalisées
- Formations institutionnelles
- Formations internes au pôle
- Formations internes au service

- Quelles sont les formations obligatoires de votre établissement ?
7- Faites-vous une différence entre ces différentes actions de formation ?
- Si oui, pouvez-vous préciser ?
8- Comment recensez-vous les besoins en formation de votre équipe ?
- Quels sont les critères de priorisation ? les vôtres ? ceux de votre établissement ?
9- Comment élaborez-vous votre plan de formation ? Quelles sont les formations inscrites sur le plan de formation ?
- 10- Comment procédez-vous pour évaluer et assurer le suivi des compétences des professionnels que vous encadrez ?**
- Le faites-vous de façon formelle ? informelle ?
- À quelle fréquence ?
- Quels outils utilisez-vous ?
11- Quelle est votre marge de manœuvre pour développer les compétences individuelles et collectives de votre équipe ?
- 12- Avez-vous rencontrées des dysfonctionnements ?**
- 13- Mettez-vous en œuvre des formations internes au sein de votre unité ?**
- 14- Comment encouragez-vous la réflexivité au sein de votre unité ?**
- Organisez-vous des APP Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui anime ? qui participe ?
- Organisez-vous des CREX Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui anime ? qui participe ?
15- Au retour de formation des agents, organisez-vous un temps de communication pour partager le contenu de la formation ?
- 16- Animez-vous des interventions au sein des instituts de formations ?**
- 17- Quelles sont les formations auxquelles vous avez participé depuis l'obtention de votre diplôme de cadre de santé ?**
- 18- Qu'attendez-vous du responsable de la formation continue de l'établissement ?**
- 19- Connaissez-vous le dispositif de développement professionnel Continu (DPC) ?**
- 20- Avez-vous déjà entendu parler du CPF compte personnel de formation ?**
- 21- Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique**

Je vous remercie pour votre disponibilité

Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des cadres supérieur de santé

<p>Guide d'entretien à destination des cadres supérieur de santé</p>
<p>Je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, j'effectue une étude sur « la formation au sein d'un établissement de santé ». Je vous remercie de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour m'aider à approfondir ma réflexion.</p> <p style="text-align: center;">Cet entretien est entièrement anonyme.</p> <p style="text-align: center;">Acceptez-vous que j'enregistre l'entretien ?</p>

1. Pouvez-vous me préciser votre fonction et me préciser les grandes lignes de votre parcours professionnel?

- Sexe, âge
- Filière d'origine ? Année de diplôme ? Année de diplôme cadre de santé ?
- Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ?
- Année évolution grade CSS ?
- Ancienneté dans le pôle actuel ? dans l'établissement ?

2. Quelles sont vos missions ?

- D'un point de vue fonction de formation ?

3. Qu'est-ce que manager les compétences, selon vous?

- Quel est votre rôle dans le management des professionnels que vous encadrez ?

4. Pouvez-vous me présenter l'organisation de la formation dans votre établissement?

5. Quels sont les types de formation que vous connaissez ?

6. Les professionnels de vos services ont-ils accès à des :

- Formations externalisées
- Formations institutionnelles
- Formations internes au pôle
- Formations internes au service
- Quelles sont les formations obligatoires de votre établissement ?

- 7. Faites-vous une différence entre ces différentes actions de formation ?**
 - Si oui, pouvez-vous préciser ?

 - 8. Comment recensez-vous les besoins en formation de votre pôle ?**

 - 9. Comment élaborez-vous votre plan de formation ? Quelles sont les formations inscrites sur le plan de formation ?**

 - 10. Comment procédez-vous pour évaluer et assurer le suivi des compétences des CDS que vous encadrez ?**
 - Le faites-vous de façon formelle ? informelle ?
 - À quelle fréquence ?
 - Quels outils utilisez-vous ?

 - 11. Quelle est votre marge de manœuvre pour développer les compétences individuelles et collectives de vos équipes ?**

 - 12. Avez-vous rencontrées des dysfonctionnements ?**

 - 13. Qu'attendez-vous du responsable de la formation continue de l'établissement ?**

 - 14. Connaissez-vous le dispositif de développement professionnel Continu (DPC)?**

 - 15. Avez-vous déjà entendu parler du CPF compte personnel de formation ?**

 - 16. Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique**
-

Je vous remercie pour votre disponibilité

Annexe 6 : Guide d'entretien à destination des responsables de la formation professionnelle continue

Guide d'entretien à destination des responsables de la formation professionnelle continue

Je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, j'effectue une étude sur « la formation au sein d'un établissement de santé ». Je vous remercie de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour m'aider à approfondir ma réflexion.

Cet entretien est entièrement anonyme.

Acceptez-vous que j'enregistre l'entretien ?

1. Pouvez-vous me préciser votre fonction et me préciser les grandes lignes de votre parcours professionnel?

- Sexe, âge
- Filière d'origine ? Année de diplôme ?
- Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ?
- Ancienneté dans le service actuel ? dans l'établissement ?

2. Quelles sont vos missions ?

3. Qu'est-ce que manager les compétences, selon vous?

4. Pouvez-vous me présenter l'organisation de la formation dans votre établissement?

5. Quels sont vos moyens?

6. Quelles sont les types d'actions de formation que vous proposez ? :

- Formations externalisées
- Formations institutionnelles
- Formations internes au pôle
- Formations internes au service
- Quelles sont les formations obligatoires de votre établissement ?

7. Faites-vous une différence entre ces différentes actions de formation ?

- Si oui, pouvez-vous préciser ?

8. Comment recensez-vous les besoins en formation des équipes ?

- Quels sont les critères de priorisation ? les vôtres ? ceux de votre établissement ?

9. Comment élaborez-vous votre plan de formation ? Quelles sont les formations inscrites sur le plan de formation ?**10. Comment procédez-vous pour évaluer et assurer le suivi des compétences des agents de l'établissement?**

- À quelle fréquence ?
- Quels outils utilisez-vous ?

11. Avez-vous rencontrées des dysfonctionnements dans le cadre de vos missions ?**12. Quels leviers utilisez-vous pour déployer les actions de formation au niveau de l'établissement****13. Qu'attendez-vous du CDS et du CSS de l'établissement ?****14. Organisez-vous des rencontres avec les CSS et les CDS de votre établissement ?****15. Quelle place occupe le dispositif de Développement Professionnel Continu dans votre établissement?**

- Avez-vous connaissance des APP et des CREX réalisées au sein des unités de soins ? si oui sont-ils identifiés DPC ?

16. Comment gérez-vous le Compte Personnel de Formation ?**17. Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique**

Je vous remercie pour votre disponibilité

Annexe 7 : Guide d'entretien à destination des infirmiers

Guide d'entretien à destination des infirmiers

Je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, j'effectue une étude sur «la formation au sein d'un établissement de santé ». Je vous remercie de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour m'aider à approfondir ma réflexion.

Cet entretien est entièrement anonyme.

Acceptez-vous que j'enregistre l'entretien ?

- 1- Pouvez-vous me préciser votre fonction et me préciser les grandes lignes de votre parcours professionnel?**
 - Sexe, âge
 - Année de diplôme ?
 - Dans quel(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ?
 - Ancienneté dans le service actuel ? dans l'établissement ?
- 2- Quelles sont les actions que le CDS met en place pour vous encourager à progresser ?**
- 3- Êtes-vous référent dans votre service ?**
 - Si oui, avez-vous suivi une formation ?
- 4- Quelles sont les types de formation que vous connaissez?**
- 5- Avez-vous accès à des actions de formations :**
 - externalisées
 - institutionnelles
 - internes au pôle, au service
 - quelles sont les formations obligatoires de votre établissement ?
- 6- Faites-vous une différence entre ces différentes actions de formation ?**
 - Si oui, pouvez-vous préciser ?
- 7- Avez-vous une appétence pour vous former ?**
 - Si oui, quelles sont vos motivations à suivre des formations?
 - Si non, pourquoi ?
- 8- Pouvez-vous me présenter vos démarches pour obtenir une formation ?**
- 9- Comment sont recensés vos besoins en formation ?**

- Votre CDS émet-il des suggestions ou est-ce vous qui formulez vos souhaits ?
 - Connaissez-vous les critères d'attribution des formations ?
- 10- Avez-vous rencontrés des freins pour accéder aux formations souhaitées ?**
- Si oui, lesquels
 - Si non, pourquoi selon vous ?
- 11- Quelles sont les formations auxquelles vous avez participé ? (les principales)**
- Réalisez-vous un suivi de formation ? le rappel des formations obligatoires : à votre initiative ? à l'initiative du CDS ?
- 12- Au retour de formation, avez-vous eu l'occasion de partager le contenu de la formation ?**
- 13- Avez-vous suivi une formation hors circuit de la formation continue de votre établissement ?**
- 14- Pensez-vous que tout soit mis en œuvre pour optimiser le développement de la compétence collective au sein de votre unité ?**
- 15- Quels sont les outils qui vous permettent de donner du sens à votre pratique ?**
Comment remettez-vous en question votre pratique ?
- 16- Participez-vous à des APP/CREX au sein de votre unité ?**
- 17- Comment sont évaluées vos compétences ?**
- Par qui ? À quelle fréquence ? de façon formelle ? informelle ?
 - Quels sont les outils utilisés ?
- 18- Quelles sont vos attentes par rapport au développement de vos compétences ? selon vous, quel est le rôle du CDS dans ce domaine?**
- 19- Avez-vous déjà entendu parler du Développement Professionnel Continu, le DPC ?**
- 20- Connaissez-vous le compte personnel de formation CPF?**
- 21- Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique ?**

Je vous remercie pour votre disponibilité.

Annexe 8 : Entretien avec CDS 5

M: Peux-tu me préciser ta fonction et me préciser les grandes lignes de ton parcours professionnel?

Résumé du talon sociologique : 50 ans, CDS depuis 2015, IDE en 1994, puéricultrice en 1995, exerce en qualité d'infirmière puéricultrice jusqu'en 2002, puis faisant fonction CDS jusqu'en 2014. À la sortie de l'école, intègre pour un an le service soins palliatifs, puis de 2016 à ce jour exerce au sein du service oncologie/médecine.

M : D'accord OK très bien, peux-tu me présenter ton service et les membres qui composent l'équipe ?

CDS 5 : Le service comprend 31 lits et l'équipe est composée de, je dois être à 7 AS de jour et 3 de nuit, 9 IDE de jour et 5 de nuits.

M : Quelles sont tes missions d'un point de vue fonction de formation ?

CDS 5 : La formation ouais, alors formation ça dépend lesquelles, il y a formation du personnel, formation des étudiants parce que l'on fait les 2 en fait dans les services, donc formation professionnelle du coup on a quand même les entretiens professionnels tous les 2 ans, ou on fait le point avec les salariés et puis après formation bah on a les plans de formation donc individuel, chaque salarié s'inscrit sur le plan de formation qui est à l'affichage donc nous on met les affichages dans les offices pour qu'il puisse s'inscrire et puis formation globale de services ou de pôle. Donc ça, c'est nous qui faisons la recherche pour savoir quelle formation sera intéressante pour le service, donc voilà, et après les formations pour les étudiants bah du coup, l'encadrement des étudiants et puis le suivi de l'étudiant avec les équipes, faire les points, faire le bilan de mi stage, faire les bilans de fin de stage et puis résoudre toutes les difficultés qu'il peut y avoir en cours de route. Voilà, en gros en grandes lignes.

M : Quel est ton rôle dans le management des compétences des professionnels que tu encadres ?

CDS 5 : Alors le bah alors normalement on devrait le faire, on ne le fait pas suffisamment, c'est à dire que logiquement on devrait aussi avoir une évaluation de tous les remplaçants CDD qui sont là depuis quand même quelques temps pour faire des entretiens de compétences.

On le fait pas parce que faute de temps, parce qu'il y a trop de turn-over, mais en fait on devrait le faire pour tous les salariés donc je le fais un tout petit peu. Il y a quelques années, quand on

avait un peu plus de temps, je voyais les CDD qui étaient en longue durée donc tu vois ceux par exemple qui sont là depuis plus de 6 mois, on les voyait sur une grille d'entretien, et puis on faisait un point où ils en étaient, qu'est-ce qu'il leur restait à acquérir et tout ça donc là il y a des grilles, je te les montrerai parce que je ne l'ai pas encore montré. Des grilles que j'avais préparées pour l'oncologie, la médecine et les soins palliatifs, donc j'ai une grille spécifique pour les soins palliatifs que j'avais essayé de travailler, vraiment pour être au plus près des compétences vraiment soins palliatifs qu'on demande. Euh Parce qu'on avait eu des soucis avec certains soignants et que du coup je l'avais un peu plus travaillé, voilà. Mais après sur les compétences, bah évidemment on les fait dans les entretiens annuels puisqu'on a cette obligation-là, donc en fait à chaque entretien annuel on rediscute avec le salarié des compétences, de l'organisation, des soins. Euh tout ce qui est relationnel etcetera, c'est un moment d'échange, plus, c'est ce que je te disais, plus un moment d'échange qu'un moment de vraiment de flicage ou tu vois mais c'est un échange en disant voilà, toi tu te perçois comment sur tes compétences, et nous comment on te perçoit de l'extérieur. Donc voilà, et puis on met des objectifs pour l'année suivante. Et puis bah l'année suivante, on refait un suivi des objectifs de l'année précédente, et voir l'évolution du salarié. Après ce que je trouve intéressant, dans les compétences, c'est aussi de par rapport au projet professionnel, donc ça rejoint la formation, c'est d'arriver à voir aussi qu'elles sont les demandes aussi des salariés sur l'évolution du changement de service ou le changement de compétence. Parce que l'on a des fois qui te disent bah par exemple, je me plais plu dans tel service, est ce que je peux passer de jours ? Est-ce que je pourrais aller dans un autre service ? Voilà donc tu vois ça c'est intéressant de pouvoir enfin on est content quand on arrive au projet final du salarié d'arriver à suivre la demande, leur demande quand tu les suis depuis un an ou deux ans. Quand je pense par exemple là à Marion, que tu as vu, qui ne se plaît plus du tout en médecine, tu vois, on essaie de se dire, elle se plaît sur de l'Hôpital de jour donc j'essaye de faire en sorte que dès que quelqu'un d'HDJ est absent, elle passe sur ce poste là parce que je sais que ça lui fait du bien sûr ce genre de poste, donc c'est aussi ça le suivi individuel, alors on y arrive pas à tous les coups, il y a des soignants, on n'a pas les moyens de les faire changer.

M : Je voudrais revenir sur les objectifs, comment tu contractualises les objectifs à atteindre au cours de l'entretien avec les professionnels ?

CDS 5 : Alors il y a là actuellement, il y a un objectif que je mets quasiment en systématique, c'est leur implication dans la certification parce que voilà, ça fait partie de l'objectif de

l'établissement et donc aussi du salarié, donc du coup ils ont systématiquement un objectif de participer à un groupe de travail en lien avec la certification au niveau des processus et après l'autre objectif, il se construit au cours de l'entretien, je le fais jamais à l'avance, c'est très rare, il y en a certains que je sais à l'avance, mais c'est très rare. Par contre au cours de l'entretien comme on échange sur leurs compétences et sur les difficultés, etcetera, je construis cet objectif par rapport à ça. Par exemple, au cours de l'entretien, voilà on parle des transmissions ciblées et puis le professionnel me dit, ben moi, les transmissions, j'en fais pas beaucoup, je suis pas très à l'aise, voilà l'objectif il va se construire évidemment sur ça et donc après on met alors si on a possibilité de mettre et bien par exemple des formations pour qu'il atteigne ses objectifs ou alors, ou alors bah qu'il essaye de faire le plus possible de transmissions, qu'il discute avec les collègues, enfin voilà quoi. On essaye de mettre les outils qu'on peut avoir, on n'en a pas toujours, mais on essaye d'en trouver.

M : Peux-tu me décrire ton management en termes de développement des compétences des membres de ton équipe ?

CDS 5 : Je ne crois pas avoir un management précis, même si je pense que c'est plutôt dans le participatif, c'est vraiment dans l'échange. Moi je, euh au niveau en tout cas des compétences, je viens pas en disant ben il faut que ça soit ça ou ça tu vois, j'ai pas quelque chose de préétabli donc je ne suis pas dans un management strict directif voilà. Je pense que c'est plus de l'échange et de la participation de chacun. Après, je pense qu'on fait un peu un management mixte de tout ça. Moi, je ne crois pas au management pur et dur que d'un seul style quoi, tu vois. Je pense qu'on fait un peu un tout parce que l'on n'a aussi des obligations, je veux dire l'entretien, l'entretien des compétences, c'est un entretien annuel qui est obligatoire. On sait très bien qu'il y a des fois où tu fais l'entretien ou tu te dis que ça va être compliqué, que le soignant n'a pas par exemple de projet. Ça j'en ai un qui arrive à l'entretien en disant Bah moi je viens travailler, puis c'est tout, ça s'arrête là. C'est beaucoup plus compliqué et là du coup tu es plus dans un management un peu incitatif en disant bah ça serait bien peut-être que tu te perfectionnes là-dessus quoi, tu vois. Et puis après t'as quelqu'un qui arrive avec un projet qui est en construction et là du coup tu vas essayer de suivre et de te dire bah là je vais l'aider, je vais l'accompagner et là du coup on est dans du management participatif, tu vois donc je pense qu'il y a un petit, un petit mélange, voilà de tout ça.

M : Peux-tu me présenter l'organisation de la formation dans ton établissement?

CDS 5 : Alors bah, en fait il y a 2 circuits parce qu'en fait on a un circuit pour les formations externes et un circuit pour les formations internes. Les formations externes, en fait, on a un plan de formation tous les ans donc on a une demande du service RH qui est déposée dans les services où les soignants peuvent se positionner sur les formations qui les intéressent, ils s'inscrivent et après nous on fait retour au niveau du service RH. Après, il y a du coup débriefing au niveau de la direction pour déterminer quelles sont les formations choisies au plan et après on est censé avoir un retour de ce qui a été validé. Après, sur les formations en interne, c'est plus par service ou par pôle où on détermine des formations qui nous intéresseraient avec sollicitation des médecins salariés comme animateur et on met un plan de formation interne où les salariés peuvent s'inscrire en interne directement quoi. Voilà et nous le but en tant que cadre c'est de relever les gens qui viennent, d'animer tout ça quoi.

M : Ouais, c'est les formations d'une heure, c'est ça que tu évoques ?

CDS 5 : Oui alors après c'est en fonction des médecins salariés, des infirmiers spécialisés, la psychologue. C'est tous les salariés qui peuvent intervenir sur la formation avec des missions ou des thèmes particuliers, on les invite à présenter les sujets.

M : Et donc la formation externalisée c'est plus de la formation diplômante ?

CDS 5 : Non, par exemple, dans les formations qu'on a demandées là pour les soins palliatifs, il y a des choses, des participations aux journées de soins palliatifs. Voilà, c'est une journée et il y a 2 ou 3 salariés qui pourront y aller, quoi. Donc ce n'est pas forcément des formations diplômantes.

M : Hum, d'accord donc tu as les formations externalisées, les formations pôlaires, les formations internes aux services. Il y a aussi les formations E-learning ?

CDS 5 : Oui, le E-learning on fait, alors le E-learning c'est ouvert que certaines périodes de l'année, donc on l'a fait l'année dernière et pendant le confinement COVID, euh parce que justement on ne pouvait plus faire de formations en présentiel et donc pour que les gens puissent se former, on a proposé du coup le e-learning. Et en fait, des thèmes qui sont ouverts et qui sont validés par Vivalto et par la direction. Euh, et puis voilà donc ça donnait, je sais plus chez les infirmières, il devait y avoir huit modules qu'on pouvait valider et les aides-soignants cinq modules, quelque chose comme ça. Et, en fait, pour que les gens aussi participent un peu plus à ce genre de formation, ils ont quand même eu, euh quand ils avaient fait tous les, tous les thèmes de e-learning, ils récupéraient des heures, euh des heures s'ils le faisaient à la maison

par exemple, ils ont récupéré 7h de récupération, quelque chose comme ça, donc il y avait un petit, une petite carotte au bout quoi.

M : Est-ce que tu sais s'il y en a qui ont fait sur leur temps de travail ?

CDS 5 : Oui, il y en a qui l'ont fait sur leur temps de travail, par exemple ceux de nuit, je sais que certains agents se connectait, sur la journée, très peu.

M : En journée tu penses que c'est lié à quoi ?

CDS 5 : Bah, au manque de temps, il faut pouvoir se poser

M : Interruption tâches ?

CDS 5 : Voilà, c'est ça et c'est plus compliqué de se concentrer sur quelque chose d'autre.

M : Il y aussi les casques virtuels ?

CDS 5 : Ouais, tout à fait. Alors les casques virtuels on le fait depuis assez peu de temps donc ce n'est pas encore complètement généralisé si tu veux, mais on le fait sur la chambre des erreurs par exemple, on l'a fait sur la journée de la sécurité patient. Et voilà, Il y a quelques soignants qui l'ont fait mais pas beaucoup parce que c'est fait en journée, il faut quand même quelqu'un qui les accompagne et donc ça prend du temps.

M : Et qui c'est qui les accompagnent ?

CDS 5 : C'est l'assistante qualité, qui les accompagne pendant la séance et tout ça, donc voilà.

M : Ok ça dure combien de temps ?

CDS 5 : Ben ça dure au moins vingt bonnes minutes, quoi. Le temps de s'installer, d'expliquer le fonctionnement du casque, de faire les pré-tests et les machins, ça prend, il faut compter une bonne demi-heure quoi. Donc tu ne peux pas le faire n'importe quand dans la journée, les soignants peuvent pas forcément se libérer sur ce temps-là, donc y a du avoir je pense sur la dernière fois peut être deux, trois soignants qui l'ont fait.

M : Ouais, d'accord, est ce que tu fais une distinction entre ces différentes actions de formation ?

CDS 5 : Non en fait, c'est enfin je veux dire, on sait qu'on a ces outils là pour faire de la formation donc on les utilise. Et kahoot aussi qu'on a fait quand même pendant la semaine de la sécurité et qui marche très bien, et ça c'est plus sous forme de jeu donc c'est quelque chose

aussi qui marche bien donc en fait on passe de l'un à l'autre en fonction du moment. Le e-learning c'était très bien pendant le confinement, euh ça va peut-être moins bien marcher maintenant qu'on peut refaire des formations en présentiel quoi

M : Ouais, ok en fait, elles sont complémentaires, tu dirais, ces différentes formations ?

CDS 5 : Oui, ça s'adapte plus à un moment donné, dans le contexte quoi. Et les kahoot marchent bien parce qu'il y a une espèce de compétition puisque c'est sous forme de jeu avec un gagnant avec un podium et tout ça. Donc ça, ça marche bien. Ça dure pas longtemps, tu vois, tu comptes vingt minutes à peu près pour faire le kahoot donc ça va vite.

M : Donc c'est un peu ludique

CDS 5 : C'est ludique. Ouais complètement ouais ouais mais après moi je ne fais pas de différence entre tout ça, le tout c'est que ça fonctionne et qu'on ait le temps de leur faire faire quoi.

M : Ouais, c'est ça qui manque, c'est un peu le dysfonctionnement que tu relèves ?

CDS 5 : Ouais, moi je trouve que c'est ça. C'est à dire que, en fait pouvoir se poser dans la journée avec trois, quatre soignants, c'est quand même extrêmement compliqué et puis on ne touche pas l'équipe de nuit, l'équipe de nuit, c'est toujours compliqué parce qu'elles sont à distance, parce qu'ils viennent pas sur leur jour de repos à la clinique pour ce genre de choses, donc pour mobiliser les équipes sur ces systèmes là c'est compliqué. Le e-learning peut fonctionner mieux sans doute, mais ça les oblige à faire de leur domicile. On voit bien que les gens veulent, veulent plus prendre du temps pour revenir sur les formations de moins en moins. Même les formations en interne, c'est pas simple de les faire venir pour une heure de formation. Après ce qui est dans les difficultés c'est qu'on n'a pas forcément le retour de ce qui a été validé ou ce qui a été refusé au niveau des formations, donc ça on a besoin de pouvoir aussi retranscrire au salarié, bah qu'est-ce qui a été validé dans les formations ou pas. Parce que eux ils ont fait une demande individuelle ou collective, et si il n'y a pas de retour ben évidemment, les gens se disent, bah y'a rien quoi. Donc, ça je sais que j'ai évoqué ça avec la directrice des soins et la DRSH car en fait les formations qui sont obligatoires comme incendie, PRAPS donc tout ce qui est manutention euh, bah les salariés ont l'impression qu'en fait il n'y a que ces formations-là qui finalement sont validés et reviennent tout le temps, et les gens adhèrent de moins en moins puisque voilà parce qu'ils se disent, bah moi ce que j'ai demandé ça revient pas, voilà, même s'il y avait un retour négatif, il faut qu'on l'ai et on l'a pas. C'est un peu embêtant quand même.

M : Comment recenses-tu les besoins en formation de ton équipe ?

CDS 5 : Alors, bah souvent, c'est de la discussion, soit c'est parce que c'est des choses que j'ai repérées sur l'année en me disant, là il manque, je sais pas, je vais dire par exemple, l'accompagnement des familles, c'est un sujet qui est récurrent où on voit bien que c'est pas toujours simple pour les équipes d'accompagner les accompagnants et du coup c'est un sujet que tu mets facilement en formation. Après souvent, je fais un tour du service en demandant à chacun, est-ce qu'il y a une formation qui pourrait vous intéresser, par exemple souvent chez les aides-soignants c'est tout ce qui est massage, toucher-massage, des choses comme ça, bah ça, on le met pour l'ensemble de l'équipe. Mais c'est en discutant avec eux.

M : Ouais d'accord, et justement comment tu élabores ton plan de formation ?

CDS 5 : Euh, bah là, le plan de formation que j'ai fait qui était en interne puisqu'on avait pas possibilité de le faire en externe pendant les deux années COVID, euh du coup moi je savais qu'il y avait des besoins en interne en discutant avec l'équipe des choses qui pouvaient manquer. Du coup, je l'ai construit par rapport aussi aux remarques que j'avais eu, à ce que j'avais entendu et aux compétences que j'avais. C'est à dire que là, on a par exemple un médecin qui est spécialisé douleur, évidemment je vais la solliciter pour un sujet douleur. On a des médecins soins palliatifs, je les sollicite pour aborder les sujets soins palliatifs, la psychologue, bah pareil, l'infirmier en pratique avancée évidemment sur de l'onco gériatrie ou de l'oncologie enfin voilà. Donc je fais à la fois en fonction des besoins des services et des demandes et à la fois en fonction des ressources que j'ai. C'est comme ça qu'on construit et puis après, bah ça prend du temps parce qu'il faut solliciter les intervenants, voir à quel moment, à quel moment on peut caler dans l'année pour que ça colle avec leur disponibilité. Après, il faut faire du coup des invitations que j'affiche dans tous les services. Et après, il faut au moment de la formation rappeler les gens qui sont inscrits, réserver la salle, réserver des repas si il y a besoin enfin voilà.

M : Ouais et le repas justement c'est quoi l'intention d'offrir le repas ?

CDS 5 : Euh alors non, en fait c'est pas dans cette intention-là, c'est que en fait matériellement au niveau du temps de formation, on le met sur les horaires de midi parce que c'est le moment où on sait que les gens vont pouvoir se libérer. Euh, c'est le seul moment en fait, où les gens on sait qu'ils vont pouvoir venir, c'est quand ils sont sur le temps de travail entre l'heure de midi où il mange, euh ou alors ils vont venir de l'extérieur sur cet horaire là mais finalement c'est là qu'on a le plus de monde. Donc, on le met sur cet horaire là et on leur dit qu'on prévoit le repas.

Voilà comme ça c'est, c'est plus facile mais ce n'est pas dans le sens, on vous offre le repas. Finalement, c'est le seul créneau où on a plus de monde, on peut solliciter le plus de monde possible. On c'est que les horaires de fin d'après-midi, les gens viennent pas, il y a les sorties d'école, le début d'après-midi, les gens de nuit ne viennent pas parce qu'ils sont entre deux nuits ou ils dorment et la matinée ils sont dans les soins donc ce n'est même pas la peine donc il ne reste plus grand chose.

M : Est-ce que tu as le sentiment suite à la crise COVID justement que tu as renforcé tes formations internes par rapport aux autres formations ?

CDS 5 : Clairement oui, parce que je pense que en effet le fait de ne pas avoir de retour des demandes de formation, je pense que la direction, elle a l'impression qu'ils ont validé plein de chose. Sauf que nous, on n'a pas le retour et en fait le problème c'est que les salariés n'ont pas le retour non plus. Ils savent juste qu'il y a un tel qui a eu un début, voilà ça s'arrête là donc ils ont vraiment ce besoin d'avoir des formations, d'avoir des retours et d'avoir l'impression que l'on entend leur demande de formation sur des sujets qui les intéressent, pas que sur des sujets obligatoires et du coup en fait le but de mettre ce plan de formation en interne, c'était de dire, bah on a entendu vos demandes et on vous met des choses en place. C'était vraiment par rapport à ça. C'est vrai qu'on l'a annulé en 2019 parce qu'il y a eu le COVID et qu'on pouvait plus se réunir. Et j'ai refait le même plan pour cette année en disant, je veux que ça se mette en place parce qu'on voit que c'est important, ils en ont besoin. Alors après, il reste tous les autres choses, le e-learning, je pense que c'est quelque chose qui peut bien remarcher mais il faut relancer. Sa demande du travail de relance à chaque fois, ça demande de l'information, de la communication pour leur dire, on replace du e-learning, allez y connectez-vous, ce n'est pas long, ça prend pas beaucoup de temps, ça va vous apprendre des choses. Enfin voilà, en fait le cadre, il a ce boulot-là, à faire tout le temps d'information et de jour et de nuit alors c'est toujours le plus compliqué mais après, on essaie de le faire pendant les points flash ou par mail pour faire remonter les informations à l'équipe de nuit.

M : Et ton plan de formation externe du coup, comment tu l'élabores ?

CDS 5 : C'est les formations obligatoires, c'est pas moi qui les gère, c'est la responsable des formations qui est du côté RH qui en fait s'occupe de convoquer les soignants et de faire ce plan là.

M : D'accord, ok. Et par contre tu es mise au courant à quel moment que tes professionnels partent en formation externe ?

CDS 5 : Eh bah, au fil de l'eau, au fil de l'eau, puisque je n'ai pas le plan de formation global qui a été validé. Donc en fait, ça arrive quand ça quand les dates se rapprochent, que le professionnel me prévient de sa participation à une formation. Juliette, par exemple, qui est infirmière en hôpital de jour, je l'ai su trois jours avant qu'elle parte en formation, quoi. Donc oui c'est pas très simple, c'est pas très simple et ça fluidifie pas du tout le circuit de la formation. En fait, c'est euh en face qui regarde les plannings par exemple pour la formation incendie, ils vont regarder le planning d'un tel un tel bah, lui il finit à 15h30, ils vont le mettre à 15h45 pour la formation incendie pour pas que ça aille sur le temps de travail. Mais nous on n'intervient pas du tout dans les obligatoires. Après on met l'affichage par exemple pour la formation PRAPS là du coup c'est la manutention. Elles nous mettent un créneau en disant voilà et on a des créneaux de formation donc il y a un affichage que nous on met dans les services, dès que le service RH nous l'imprime, on les met dans les services et les gens s'inscrivent ou non. Et nous, on fait l'information pour dire il y a ces formations-là inscrivez-vous

M : Comment tu évalues et assure le suivi des compétences des professionnels ? Est-ce que tu as un outil spécifique ?

CDS 5 : Alors j'ai des grilles de compétences qu'on a construit, nous en interne c'est à dire que c'est des grilles que l'on a récupéré je ne sais plus où et voilà ou il y a toutes les compétences par spécificité c'est à dire par l'oncologie, la médecine, la chimio etcetera mais ça a besoin d'être retravailler, ça c'est vraiment un outil en interne qu'on utilise, qui n'est pas généralisé, qui n'est pas formalisé, qualité enfin tu vois donc on a tout ce travail là à faire, il faudrait qu'on puisse le travailler sur les remplaçants.

M : Au retour de formation des agents, organises-tu un temps de communication pour partager le contenu de la formation ?

CDS 5 : Alors euh, ils le partagent, je pense plutôt entre eux, il y a pas de formalisation de retour de formation. Euh, ça c'est vrai qu'on pourrait aussi y travailler mais voilà, on fait pas d'abord parce qu'il faut trouver du temps pour pouvoir se poser ensemble et rediscuter tout ça et on n'a pas beaucoup, euh après, des fois dans les Flash Info que je fais de temps en temps avec les équipes, dès fois il y a des retours de formation mais il n'y a pas de choses formalisées.

M : Est-ce que pour toi les CREX c'est du temps de formation ?

CDS 5 : Euh « pff » non, je le considère pas comme du temps de formation, parce qu'ils obtiennent des informations des fois sur la structure, le fonctionnement mais dire que c'est de la formation, en tout cas les salariés ne prennent pas du tout pour de la formation, ça c'est une certitude.

M : **Ils le prennent comment selon toi?**

CDS 5 : Euh, plus de participer à, de participer au fonctionnement de l'établissement, tu vois, et d'essayer de voir les problématiques qu'il peut y avoir aussi dans d'autres services voilà, mais en tout cas dans leur tête, c'est pas c'est pas du tout de la formation.

M : **OK ouais, comment tu fais pour encourager la réflexivité au sein de l'équipe ?**

CDS 5 : Ah ouais, ça, c'est compliqué. Ça c'est compliqué. Euh, en fait j'avais essayé de mettre des analyses de pratiques, tu vois, pour qu'il y a justement cette réflexivité. Euh, c'est extrêmement compliqué parce que bon d'abord, il faut trouver du temps pour réunir les gens, donc ça c'est un point, après euh on s'aperçoit, en fait les gens sont très critiques dans ce qui se passe dans les établissements. Ils sont critiques sur les moyens qu'on leur donne, sur le manque de personnel, sur tout ce qu'on veut par contre, dès qu'on commence à leur demander de réfléchir sur eux, leur travail quotidien, comment il l'analyse, comment ils voient leur pratique, c'est très dur de les faire, de les faire réfléchir sur ça. J'en ai fait, j'ai dû faire deux séances ou trois séances et bah j'ai ramé, j'ai ramé ça était très très dur. En fait à chaque fois dans les propos, on avait pris une situation, on était parti d'une situation réelle qu'avait rencontrée une remplaçante aide-soignante et qui s'interrogeait de sa réaction et du coup, j'avais demandé aux autres comment eux auraient pu réagir. Alors ils l'ont fait, mais il a fallu que je recentre tout le long de la réunion parce que systématiquement ça partait sur euh oui mais de toute façon, comme on n'a pas les moyens, on ne peut pas faire si on ne peut pas faire ça, enfin voilà. Donc voilà, c'est compliqué. Et puis les staffs qu'on voudrait mettre en place, pluri professionnelle où c'est quand même aussi une analyse des pratiques aussi sur leur travail quotidien. Bah on voit que ça reste très médicalisé, c'est-à-dire qu'ils posent des questions au médecin, pourquoi on fait pas ça ? Mais c'est pas sûr eux, ni les questionnements en lien avec l'éthique. C'est pareil, c'est pas quelque chose sur lequel on arrive beaucoup à travailler pourtant on a un comité éthique et on avait commencé à travailler là-dessus et les gens se posent pas vraiment les questions. En fait, c'est un peu automatique et c'est toujours y a toujours quelqu'un qui fait pas et du coup ils peuvent pas faire quoi et voilà. Voilà donc ouais, c'est pas facile de mobiliser les équipes.

M : Depuis que tu es cadre de santé, tu as suivi des formations ?

CDS 5 : Oui oui oui j'en ai fait bah j'en ai fait pas mal ouais, euh sur le management, j'en ai fait quelques-unes, j'ai dû faire sur la communication, sur résolution de problèmes là dernièrement, j'ai fait sur des MOOC donc chez moi sur Internet là, j'ai fait des formations sur les soins palliatifs justement

M : Mais c'est toi qui as fait la démarche ?

CDS 5 : Ouais, j'ai fait la démarche mais parce que ça m'intéressait et puis je voulais aussi progresser un peu sur tout ce qui était soins palliatifs voilà. Et donc ouais, j'ai eu mon certificat MOOC, donc voilà, c'était quand même sur pas mal d'heure, ça demandait, il y avait plein d'items et du coup tu fais chaque sujet au fur à mesure donc voilà

M : Et qui c'est qui t'a parlé des MOOC ?

CDS 5 : Euh, bah j'avais dû voir ça sur Internet, tu sais, quand on a commencé à parler de e-learning, j'avais été regardé un petit peu ce qui existait et euh j'avais trouvé du coup, je m'étais inscrit sur voilà sur Fun Mooc là et j'ai trouvé qu'il y avait des sujets qui étaient hyper intéressants. Alors ça demande un peu de boulot parce qu'il faut y aller en dehors du temps de travail, mais je trouvais ça bien. Donc j'en avais parlé aux salariés en disant, écoutez, si vous avez des sujets qui vous intéressent, allez-y. Il y a eu un MOOC l'année dernière sur l'onco gériatrie, et il y a certains salariés qui ont été, tu vois Juliette par exemple elle l'a fait avant d'aller sur le poste d'HDJ

M : D'accord, ouais, c'est important pour toi de continuer à te former ?

CDS 5 : Ah bah oui bah oui, y a quand même beaucoup de sujets sur lequel il faut se former. Enfin moi clairement, tu vois par exemple tout ce qui est oncologie, j'en suis qu'au début, moi je ne connais pas grand-chose à l'oncologie au final donc il faut continuer à se former, les soins palliatifs aussi. Euh, le management, bah je dirais qu'il faut, même si on fait l'école des cadres, il faut renouveler tout le temps-là. Là tu vois, la résolution de problèmes, c'est quelque chose que j'avais fait pendant l'école des cadres mais il y a 7 ans quoi. Donc tu te dis bah oui, il faut nous, voilà, nous remettre dans le bain et puis nous amener à travailler sur nos pratiques aussi, on est pareil que les salariés, finalement ça nous fait rebasculer en disant ah, en fait de telle façon, c'est peut-être pas la bonne façon, il faut peut-être revoir les choses, donc ouais ouais il faut se former tout le temps mais on a quand même maintenant des outils en dehors de la formation professionnelle. On a le CPF par exemple, CPF ça j'en parle beaucoup aux salariés

pendant l'entretien professionnel en leur disant que leur CPF il peut aussi leur apporter des formations et il suffit d'aller regarder ce qui peut les intéresser en dehors du temps de travail, en dehors des formations proposées par l'établissement, quoi.

M : Est-ce que tu peux m'en parler davantage du CPF ?

CDS 5 : Ouais bah voilà en fait donc du coup ils ont chacun, chaque salarié a un compte professionnel qui leur permet d'avoir, d'accumuler au fil des années, une somme qui correspond, qui peut correspondre à une formation et du coup, en fait, dans le CPF ils ont tout un item où il y a des formations qui sont proposées, avec des tarifs évidemment qui correspondent et en fait si un salarié est intéressé par une formation ça peut être soit en dehors du temps de travail, il peut tout à fait se dire j'ai envie de faire une formation, je sais pas qu'est-ce que ça pourrait être, accueil du patient, je dis n'importe quoi ça rentre dans le cadre du CPF. Il peut tout à fait s'inscrire sans en parler à l'employeur et se former à l'accueil du patient par exemple. Si ça rentre dans les tarifs qui l'a acquis. Par contre, après il y a des formations où on est obligé d'en parler à l'employeur si c'est des formations longues, diplômantes et autres, il faut d'abord avoir un accord de direction, donc en général les salariés nous en parle parce que pendant les entretiens professionnels, il nous en parle ou en dehors et on les fait se retourner vers le service RH et de la direction des soins pour qu'il puisse exposer leur projet, voir si ça peut rentrer dans le cadre d'un plan de formation d'établissement, quoi.

M : Lors de l'entretien, les professionnels connaissent cette possibilité de se former ?

CDS 5 : Alors certains pas du tout, certains ne savaient pas les droits à l'accès. Pareil on leur dit qu'ils ont droit à un conseiller d'orientation, non à un conseiller professionnel, euh qu'il suffit d'appeler en fait pour avoir un rendez-vous avec un conseiller qui peut du coup les orienter aussi sur un projet professionnel. Euh, et donc voilà, après là les salariés maintenant ça fait trois, quatre ans qu'on leur en parle, donc il commence quand même à connaître mais il y en a certains qui n'ont quand même pas ouvert leur CPF et y en a d'autres qui vont régulièrement. Moi j'en ai eu en entretien qui m'ont dit bah j'ai fait ma prépa par exemple de telle formation avec mon CPF donc on sait qu'il y en a qui l'utilisent

M : Qu'est-ce que tu attends de la RFC de l'établissement ?

CDS 5 : Euh bah, c'est ce que je t'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire d'avoir un retour des domaines qui ont été sélectionnés et ça je pense qu'il va falloir formaliser pour que nous on puisse aussi faire ce retour-là aux salariés. Euh, après je pense que ça manque aussi de centrage, c'est à dire

que l'on se pose pas avec le responsable pour dire bah voilà, on fait une réunion sur le plan de formation, les besoins, les difficultés rencontrées, je pense que ça serait bien à un moment donné, comme on fait une réunion RH pour faire le point sur les remplaçants par exemple, bah tu vois un peu ce style-là, je pense.

M : Est-ce que tu animes des interventions au sein des instituts de formation ?

CDS 5 : Oui alors je le fais-moi, mais y a pas que moi en fait, c'est ça qui est intéressant aussi, c'est que par exemple il y a des besoins, bah tu vois comme l'autre jour ce que l'on a fait, on a été dans une école d'Ambulancier, euh pour intervenir sur la présentation des soins palliatifs. Et en fait, j'avais dit que ça m'intéressait, donc j'ai été mais j'ai emmené une aide-soignante des soins palliatifs parce que je trouve que ça c'est intéressant de le faire mais c'est aussi d'investir les gens et leur montrer aussi et que ce qu'ils font au quotidien. Et puis ça les valorise dans leur quotidien. Donc oui, après de temps en temps je vais faire des mémoires.

M : Quelles sont tes intentions ?

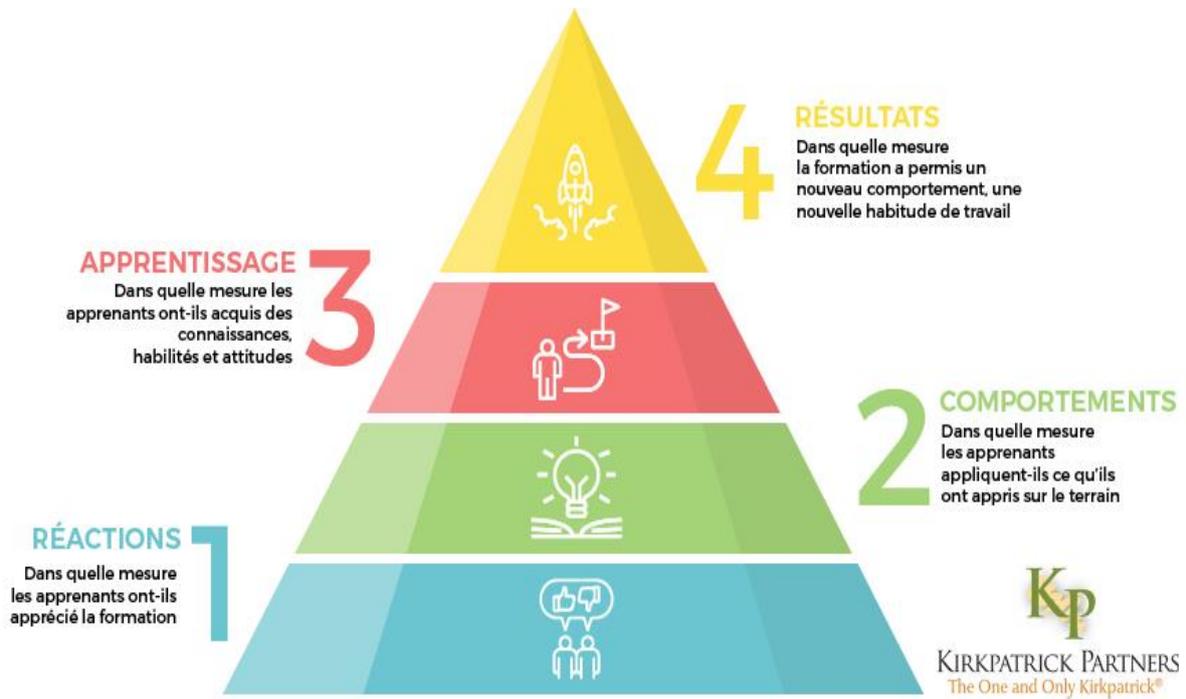
CDS 5 : En fait, pour les soins palliatifs, je souhaitais présenter, qu'est-ce que c'est qu'une unité de soins palliatifs, qu'il existe un service à la clinique Pasteur et que voilà, c'était aussi ça.

Et puis aussi personnellement, pour retransmettre des choses, euh, parce que je trouve que pour des étudiants par exemple, qui vont être des futurs professionnels, c'est quand même intéressant qu'ils aient aussi le retour terrain quoi, tu vois. Et après j'aime bien aussi ce côté-là d'échange.

M : Est-ce que tu connais le Développement Professionnel Continu, le dispositif DPC ?

CDS 5 : Ouais alors ça me parle mais loin, de loin, j'irai pas te détailler la chose, non enfin je te dirai pas ce qu'il y a dessous du tout, du tout. J'en ai entendu parler mais c'est tout, ça s'arrête là.

Annexe 9 : Modèle de Kirkpatrick



**Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Institut de Formation des Cadres de Santé
Université de Bretagne Occidentale**

Mémoire réalisé pour l'obtention du Diplôme d'État de Cadre de Santé et du Master 2
mention Administration Économique et Sociale, parcours Management et Formation en Santé
Abstract

Titre du mémoire :

**Accompagner le développement des compétences professionnelles :
une dimension pédagogique de la fonction d'encadrement du cadre de santé**

Auteur : Mélanie DUMAS, étudiante cadre de santé

Directeur de Mémoire : Madame Michelle Hentic-Giliberto

Guidance de Mémoire : Monsieur Le Roy

Nombre de pages : 87

Résumé : En s'appuyant sur de nombreuses réformes, la formation professionnelle continue évolue perpétuellement pour répondre aux enjeux du système de santé, aux attentes des patients et aux besoins des professionnels. Celle-ci est considérée comme un des leviers du management pour permettre la montée des compétences, la qualité de vie au travail et la reconnaissance des soignants. Elle donne également l'opportunité aux établissements de santé d'accroître leurs performances. Cette étude vise à recueillir les représentations des différents acteurs hospitaliers impliqués dans la formation professionnelle continue et de réaliser une cartographie des stratégies managériales mobilisées afin d'identifier la place qu'occupe cette dernière dans les organisations de soins et ainsi contribuer à son efficacité. La mise en relation entre le cadre conceptuel et les propos recueillis lors des entretiens ont permis d'apporter un éclairage pour répondre à la question de recherche suivante : en quoi le management du cadre de santé influence-t-il le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels de santé ?

Ce travail de recherche a donné l'opportunité d'identifier les freins et les leviers quant au déploiement, de la formation professionnelle continue et du dispositif de Développement Professionnel Continu. L'analyse a mis en évidence des résultats saillants concernant la fonction pédagogique du cadre de santé dans la montée en compétences des soignants. Il est un vecteur essentiel, dans le développement et le maintien des compétences professionnelles. Il entretient la coopération entre les différents acteurs afin d'optimiser les dispositifs de formation existants et de promouvoir l'offre de formation.

Mots clés : Cadre de santé, Accompagnement, Compétences, Socioconstructivisme, Apprenance, Management des compétences, Formation, DPC.