



HAL
open science

Ingénierie de formation des adultes et optimisation des pratiques de formation continue en milieu public hospitalier : recherche qualitative pour un service de physiothérapie en Suisse romande

Paul Vermot

► To cite this version:

Paul Vermot. Ingénierie de formation des adultes et optimisation des pratiques de formation continue en milieu public hospitalier : recherche qualitative pour un service de physiothérapie en Suisse romande. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03781461

HAL Id: dumas-03781461

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03781461>

Submitted on 20 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.

**Ingénierie de formation des adultes et
optimisation des pratiques de formation
continue en milieu public hospitalier**

Recherche qualitative pour un service de physiothérapie
en Suisse romande.

Mémoire de Master 2 en Sciences Humaines et Sociales,
mention sciences de l'éducation et de la formation des adultes

- Parcours ingénierie de formation –

Paul Vermot

Sous la direction de Marie-Christine Vermelle,
Maître de conférences en sociologie.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de mémoire et de Master, Marie-Christine Vermelle, pour son soutien inconditionnel, ses relectures complètes et toujours pertinentes, sans lesquels je n'aurais pu compléter ce travail et développer autant mes compétences.

Je remercie chaque personne rencontrée ou interrogée de m'avoir fait confiance et accordé le temps nécessaire à ma recherche.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis et celles et ceux qui ont participé de près ou de loin, à la réussite de ce mémoire.



Carte de la Suisse présentant la partie romande en couleur

NB : Dans un souci de maintien de discrétion professionnelle, certains éléments, dont le nom du lieu de stage et des personnes rencontrées, sont rendus anonymes dans cette version de publication.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Sommaire | 3 |
| Conflits d'intérêts..... | 7 |
| I. Introduction..... | 8 |
| II. Contexte d'intervention : de l'analyse du contexte professionnelle à la définition d'une mission d'ingénierie en formation..... | 8 |
| a. Place de la formation dans l'organisation : | 9 |
| b. La mission | 10 |
| 1. L'analyse de la mission | 10 |
| a. L'environnement externe..... | 11 |
| b. L'environnement interne du contexte professionnel | 14 |
| c. Mécanismes de coordinations : | 14 |
| d. Analyse stratégique et flux organisationnels :..... | 15 |
| e. La stratégie de l'entreprise en matière de montée en compétences professionnelles..... | 16 |
| i. La politique d'ingénierie de formation..... | 16 |
| ii. La démarche qualité du service de formation..... | 17 |
| iii. Les ressources littéraires..... | 18 |
| iv. Les formations internes formelles | 18 |
| v. Les formations internes informelles | 19 |
| vi. Les formations externes..... | 19 |
| f. Les performances visées par le contexte professionnel..... | 19 |
| g. Les projets du contexte professionnel | 20 |
| h. Les besoins des individus..... | 20 |
| 2. Les concepts théoriques..... | 22 |
| a. L'analyse des besoins..... | 22 |
| b. La notion de compétence : singulier et pluriel | 23 |
| 3. Projet initial | 24 |
| 4. Problématique..... | 25 |
| III. Méthodologie de recueil de données | 27 |
| 1. Type de recueil de données | 27 |
| 2. Populations et modalités de planification d'entretien..... | 27 |
| a. Les cadres | 27 |
| b. Les cliniciens :..... | 28 |
| c. Les physiothérapeutes : | 28 |
| d. Le service de formation..... | 28 |
| e. Le service de documentation | 28 |

| | | |
|------|---|----|
| 3. | Échantillonnage qualitatif..... | 29 |
| 4. | Critères d'inclusion et d'exclusion..... | 29 |
| 5. | Préparation des entretiens..... | 29 |
| a. | Création des grilles (accessibles en annexes)..... | 29 |
| b. | Grille cadre..... | 30 |
| c. | Grille clinicien..... | 30 |
| d. | Grille physiothérapeute..... | 31 |
| e. | Services de formation et de documentation..... | 31 |
| 6. | Outils utilisés..... | 32 |
| 7. | Anonymisation..... | 32 |
| IV. | Résultats..... | 33 |
| 1. | Caractéristiques des échantillons..... | 33 |
| a. | Cadres..... | 33 |
| b. | Cliniciens..... | 33 |
| c. | Physiothérapeutes..... | 33 |
| i. | Identité de genre..... | 33 |
| ii. | Site principal d'activité..... | 34 |
| iii. | Domaine principal d'activité..... | 34 |
| iv. | Ancienneté..... | 34 |
| 2. | Caractéristiques de retranscription automatique..... | 35 |
| 3. | Contenu des entretiens par population..... | 35 |
| a. | Cadres..... | 35 |
| i. | La représentation de la notion de formation..... | 35 |
| ii. | L'identification des modes et actions de formation dans le milieu..... | 36 |
| iii. | L'expérience de gestion de la formation pour les collaborateurs..... | 38 |
| iv. | Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites..... | 40 |
| b. | Cliniciens..... | 41 |
| i. | La représentation de la notion de formation..... | 41 |
| ii. | L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu... .. | 42 |
| iii. | L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel..... | 43 |
| iv. | La place et le rôle du clinicien dans le processus actuel de formation..... | 45 |
| v. | Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités d'amélioration et limites..... | 46 |
| c. | Physiothérapeutes..... | 48 |
| i. | La représentation de la notion de formation..... | 49 |
| ii. | L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu... .. | 50 |
| iii. | Le processus d'identification du besoin de formation, de recherche et de choix d'une formation..... | 51 |
| iv. | L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel..... | 53 |

| | | |
|------|---|----|
| d. | Le service de formation..... | 58 |
| i. | Présentation du service..... | 58 |
| ii. | Objectifs institutionnels en matière de formation..... | 59 |
| iii. | Fonctionnement et aspects financiers du service,..... | 60 |
| iv. | Fonctionnement et collaboration avec le service de physio, | 61 |
| v. | Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites. | 62 |
| e. | Service de documentation..... | 64 |
| i. | Missions du service | 64 |
| ii. | Offres spécifiques aux physiothérapeutes, | 64 |
| iii. | Collaboration actuelle avec les physiothérapeutes | 65 |
| iv. | Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites | 65 |
| V. | Interprétation et discussion..... | 66 |
| 1. | Méthodologie : | 66 |
| 2. | Résultats des entretiens et des observations : | 67 |
| a. | Une culture de la formation hétérogène | 67 |
| b. | Un paternalisme managérial..... | 69 |
| c. | La place des cliniciens..... | 71 |
| VI. | Une stratégie de réingénierie en 4 axes de développement : Coordination, Valorisation, Communication, Conception..... | 72 |
| 1. | La coordination : | 72 |
| a. | Les cliniciens..... | 72 |
| b. | Plan de formation pluriannuel | 73 |
| c. | Le service des finances..... | 73 |
| d. | Créer un poste de référent formation pour le service de physiothérapie | 74 |
| 2. | Valorisation | 74 |
| a. | Le parcours individuel de formation | 74 |
| b. | Les compétences des collaborateurs..... | 75 |
| c. | Les services du service de documentation..... | 77 |
| d. | Les formations internes | 78 |
| i. | Les retours de formation..... | 78 |
| ii. | La création d'une section physio au catalogue..... | 79 |
| iii. | Labellisation éduqua et certification par points Physioswiss | 79 |
| 3. | Communication | 80 |
| a. | Le plan de formation bisannuel | 80 |
| b. | Le processus de demande de formation..... | 81 |
| c. | Les propositions de formation de la part des cadres..... | 81 |
| 5. | Conception..... | 82 |
| a. | Référentiels d'activité et de compétences par filière..... | 82 |

| | |
|---|----|
| b. GROUFIE- Guide des ressources et outils de formation interne et externe..... | 82 |
| c. GARF - Guide d'aide à la recherche de formation..... | 82 |
| d. GRACI - Guide rapide d'aide à la conception d'une intervention | 83 |
| e. CFE - Catalogue de formation externe..... | 83 |
| VII. Conclusion | 83 |
| Références et bibliographie | 85 |

Table des Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Organisation hiérarchique de la structure étudiée..... | 9 |
| Figure 2: Définition des formats d'apprentissage tout au long de la vie | 13 |
| Figure 3: Organisation actuelle de demande de formation..... | 15 |
| Figure 4: Les cinq champs de l'ingénierie de la formation (inspiré de (Fortin, 1998))..... | 17 |
| Figure 5: Profil de jeu de "Nini le grand maitre" avec présentation de ses forces et faiblesses..... | 75 |
| Figure 6: Capture d'écran Excel indiquant les modalités de mise en forme conditionnelles | 76 |
| Figure 7: Capture d'écran Excel présentant le recensement des compétences de niveau maîtrise des physios..... | 77 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1: Caractéristiques des sujets cadres interrogés..... | 35 |
| Tableau 2: Caractéristiques des sujets cliniciens interrogés..... | 41 |
| Tableau 3: Caractéristiques des sujets physiothérapeutes interrogés | 49 |

Conflits d'intérêts

Avant de commencer cet écrit, nous tenons à livrer nos conflits d'intérêts liés à la situation de stage. Ils sont de deux ordres : la posture institutionnelle et la vision professionnelle. En effet, pour la première nous nous situons avec un double profil de stagiaire en sciences de l'éducation et de physiothérapeute diplômé. Toute analyse réflexive que constitue notre démarche ne saurait se détacher des interactions sociales que nous entretenons avec nos consœurs et confrères, dont certains avec des statuts hiérarchiques plus élevés. La posture de stagiaire auprès des acteurs et ingénieurs du dispositif de formation a nécessité, une communication et une transparence sans relâche permettant la meilleure identification et légitimité possible. Comme toute démarche d'analyse et de probable invitation au changement, notre participation au master et à son stage a su questionner à de nombreux égards. Certains protagonistes demandaient même à se servir de notre travail pour une revalorisation de ce qui est accordé à notre profession. Nous tenterons donc de maintenir une posture d'analyse objective et tournée sur le professionnalisme de l'ingénieur de formation.

Notre vision professionnelle est basée sur un courant de pratiques nommées EBP- *Evidence Based Practice*, ou pratiques basées sur la littérature scientifique. Cette démarche promeut l'actualisation régulière des connaissances scientifiques des professionnels de santé, pour adapter leurs soins selon les besoins des patients et leur expérience individuelle. Il serait tentant de croire que les membres de la population que nous étudierons partagent tous cette vision, mais la réalité en est tout autre. D'aucuns voient en l'actualisation des connaissances scientifiques, une remise en question culpabilisante de leur pratique. Aussi, certains auront plus tendance à chercher des formations qui renforcent leurs croyances, plutôt que des formations qui les remettraient en question.

Ces deux points font état d'un contexte de terrain qui rentrera en compte dans l'analyse du milieu et du dispositif de formation continue que nous allons étudier.

Par ailleurs, concernant la rédaction de ce document, la forme féminine est incluse. Pour simplifier la lecture, nous avons choisi de ne pas féminiser les termes et expressions. Néanmoins, « Masculiniser sans plus de précision est un acte de sexisme ordinaire » (Pinsault et al., 2014), auquel nous ne souscrivons pas.

I. Introduction

Notre démarche se place dans le contexte d'un système de santé qui recherche l'amélioration constante, notamment par le développement de démarches qualités. En outre, les notions de performance et de pertinence sont aussi invoquées, par exemple pour délivrer « le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient » (Michel, 2019). C'est cette maxime qui nous a fait remettre en question notre fonctionnement professionnel. Comment délivrer un tel soin ? Comment devenir le « bon soignant » ? La formation continue pourrait-elle nous le permettre ?

Diplômés d'État en Masso-kinésithérapie en France, nous avons suivi l'opportunité de nous expatrier en suisse, voilà deux années. Accédant à la reconnaissance de diplôme pour le titre de physiothérapeute, nous nous sommes pleinement investis dans cette nouvelle fonction. Nous nous sommes alors interrogés sur la manière d'améliorer les pratiques en matière de formation continue en milieu hospitalier. En effet, nous portons un intérêt très particulier sur ce thème depuis de nombreuses années, et nous avons l'impression, par les échanges avec des collègues de différents hôpitaux, que les pratiques actuelles étaient assez hétérogènes, présentant parfois des dysfonctionnements. Nous avons ainsi entrepris le cursus de M2 d'ingénierie de formation des adultes (M2IFA) de l'université de Lille, pour offrir nos services de conseils à une institution et peut-être produire des savoirs pour nous rapprocher un peu plus du « bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient », grâce à une démarche qualité de la formation des professionnels.

Nous présenterons donc dans une première partie notre contexte d'intervention et notre mission initiale, à la suite de laquelle nous analyserons la demande pour formuler notre problématique. Dans une seconde partie, nous traiterons de notre démarche, que nous analyserons dans une partie suivante, avant de présenter les propositions de réingénierie.

II. Contexte d'intervention : de l'analyse du contexte professionnelle à la définition d'une mission d'ingénierie en formation

Le terrain de stage de notre M2IFA a été un hôpital public de Suisse romande. L'organisation regroupe divers sites géographiques, plusieurs de soins aigus, plusieurs de rééducation et même de soins palliatifs. Il embauche plusieurs milliers de collaborateurs. C'est un établissement public de soins, soumis aux conventions collectives de travail (CCT) du canton auquel il est rattaché.

Notre action se portera sur un service spécifique, celui de la physiothérapie. Ce métier est l'équivalent de la kinésithérapie en France. Comme nous pouvons l'observer sur l'organigramme, le service appartient au département des soins et se situe sous la responsabilité de la direction des soins. Il est dirigé par un chef de service qui est entouré de plusieurs adjoints. La comparaison est possible avec un

système cadre supérieur et cadres de proximité. Chacun de ces derniers est responsable d'une équipe d'au moins une vingtaine de collaborateurs physiothérapeutes.

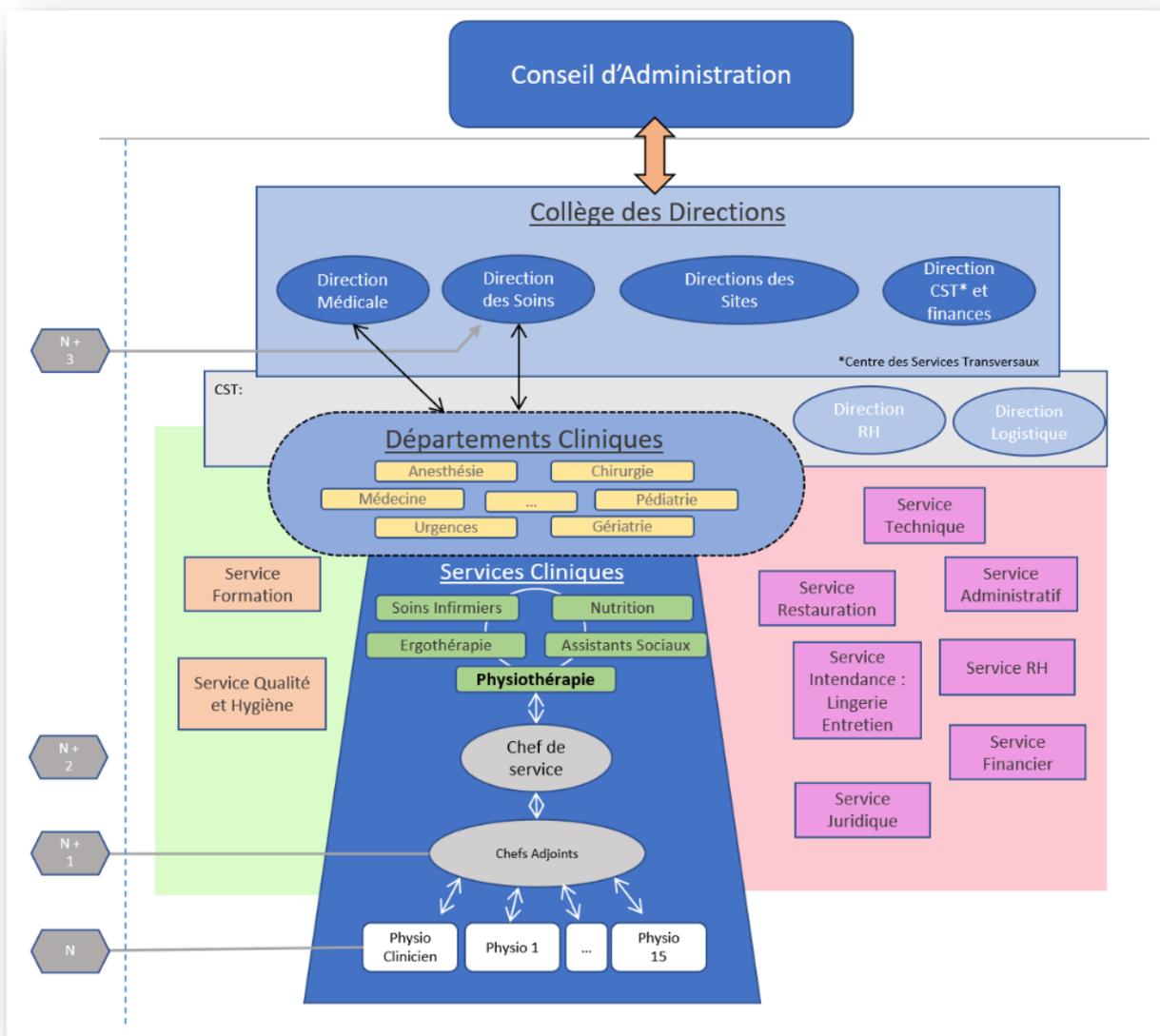


Figure 1: Organisation hiérarchique de la structure étudiée

a. Place de la formation dans l'organisation :

Le service de formation est interne à l'entreprise et se situe dans les missions du département RH - Ressources Humaines. Il gère la formation de tout le personnel de la structure. Il propose une offre de formation interne, par la réalisation de formations par des experts ou référents institutionnels. Un catalogue de formation interne est donc réalisé chaque année et comporte plus d'une centaine de propositions, animées par un pool d'une soixantaine d'intervenants. Par ailleurs, le service est responsable de l'offre de formation externe ou de la validation des demandes de formations externes par les collaborateurs.

b. La mission

La mission s'est construite à partir de notre demande de stage auprès de cette institution. Les modalités et objectifs ont été définis d'un commun accord entre la direction du service de formation, le chef de service de la physiothérapie et nous-mêmes.

Les missions qui nous ont initialement été confiées avaient pour objectifs la création d'une ingénierie de formation pour le service de physiothérapie. Concrètement, le but était de mettre en place un plan de formation pluriannuel pour le service, sur une durée de 3 à 5 ans. Ce plan aurait été décliné par filière propre au champ de la physiothérapie, au regard de l'intégration de la nouvelle structure tarifaire nationale : ST-Reha. Cette dernière impose par exemple un temps minimum de thérapie qu'un patient doit recevoir en fonction de son diagnostic principal. Un système d'allocation de forfait financier est attribué, en partie si le temps et le nombre de séances de thérapies sont atteints.

Par ailleurs, le but secondaire était de cadrer les compétences nécessaires par filière en vue d'analyser le besoin de formation des collaborateurs et de pouvoir justifier les validations de demandes de formation. Pour répondre à ces missions, nous devons donc construire une démarche d'analyse de l'existant. Celle-ci devait porter sur l'offre actuelle de formation continue (catalogues, colloques...) et des ressources disponibles (tutorat, littératures...). Il était attendu que nous prononcions des préconisations pour améliorer la formation continue interne des physiothérapeutes, autant dans le développement de leurs compétences que la capitalisation des savoirs du service. Notre intervention ne possédait pas de rôle décisionnaire, ce dernier revenant *de facto* au chef de service.

1. L'analyse de la mission

À travers cette partie, nous nous placerons dans une posture d'ingénieur de formation présentant une analyse réflexive. Nous décrirons les différents éléments que nous avons analysés pour produire notre problématique. Notre démarche de recherche viendra *a posteriori* de l'analyse de la mission, et nous permettra de comparer notre démarche intellectuelle théorique et basée sur des entretiens superficiels avec les différents acteurs, avec les résultats obtenus par une méthode d'entretiens semi-directifs.

Notre rôle pendant le stage est décrit comme un soutien stratégique à la création d'une ingénierie de formation continue pour un département dit « pilote », celui de la physiothérapie. Nous intervenons sous la double tutelle, du cadre supérieur du service de physiothérapie, en collaboration avec la direction du service de formation.

La mission d'ingénierie débute donc par l'analyse du besoin que Meignant décrit comme « réalité induite par des facteurs émanant de six sources ». Ces six sources sont: l'environnement interne, l'environnement externe, la stratégie d'entreprise, l'axe performance, l'axe projets, l'axe parcours

(Meignant, 2015). Nous utiliserons donc ces éléments pour décrire notre contexte d'actions dans les points suivants.

a. L'environnement externe

Dans le système de santé suisse, les tâches et les responsabilités sont réparties entre la Confédération, les cantons et les communes, selon le principe du fédéralisme. Les principales directives en matière de santé sont inscrites dans la Constitution fédérale. Celles-ci servent de base à plus de 20 lois et à de nombreuses ordonnances qui régissent les questions de santé et relèvent de la compétence de l'OFSP (Office de la Santé Publique, 2021). Cinq domaines législatifs déclinent les références du secteur de la santé :

- La législation Santé Humaine, sur les dispositifs et techniques médicaux spéciaux ;
- La législation Assurances, rappelons que la suisse à un système de santé privé ;
- La législation Professions de santé, répartie en 3 volets : médical, psychologie, santé ;
- La législation Évaluation et recherche, pour donner le cadre des expérimentations ;
- La législation Droit des patients.

Concernant notre champ d'intervention, nous retiendrons d'abord la législation du droit des malades pour son droit d'être au consentement libre et éclairé : « le patient doit avoir été bien informé par le professionnel de la santé. Celui-ci est tenu de lui fournir une information suffisante et adéquate » (art. 23 de la Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)). Ce qui nous semble pertinent est notamment la mention de « bien informé ». Elle est particulièrement ambiguë. Relève-t-elle de la bonne transmission de l'information ou bien de sa qualité ? Dans une démarche d'amélioration continue des soins, nous interpréterons selon la seconde hypothèse.

Par ailleurs, nous nous intéressons plus particulièrement à la législation des professions de santé. Les dispositions relatives aux physiothérapeutes se trouvent dans :

- La loi fédérale sur les professions de la santé – LPSan
- L'Ordonnance relative aux compétences spécifiques aux professions de la santé selon la LPSan.

La loi fédérale LPSan définit principalement les compétences générales, sociales et personnelles attendues des professionnels. Nous pouvons y trouver une responsabilisation personnelle forte des professionnels notamment dans leur poursuite de formation : « être capables d'appliquer de nouvelles connaissances scientifiques dans l'exercice de leur profession, de mener une réflexion permanente sur leurs aptitudes et leurs capacités et de les mettre à jour tout au long de leur vie; » (art 3.b LPSan). Elle souligne également la nécessité d'une culture scientifique médicale : « être familiarisées avec les méthodes de la recherche dans le domaine de la santé et avec la pratique fondée sur des preuves scientifiques et être capables de participer à des projets de recherche; » (art 3.i LPSan). Les pratiques

basées sur les preuves que nous abordions en introduction sont inscrites dans la loi suisse. Concernant les autres compétences, nous retiendrons l'aspect de l'auto-évaluation : « reconnaître leurs propres forces et faiblesses et respecter les limites de leur activité; » (art 4.b LPSan).

L'ordonnance sur les compétences spécifiques ne vient qu'appuyer les notions de pratiques factuelles dans les articles 3.f et 3.h : « Les physiothérapeutes sont capables d'effectuer les interventions physiothérapeutiques en se fondant sur les connaissances scientifiques actuelles, de vérifier leur efficacité au moyen de standards de qualité et d'apporter des améliorations si nécessaires. » Et « Ils contribuent à ce que les connaissances ayant une grande force probante scientifique soient mises en œuvre dans la pratique. »

Relevant de l'environnement externe, il nous semble important de mieux comprendre la réalité du contexte médical. En effet, on estimait en 2005 que 50% des connaissances dans le monde médical devenaient obsolètes en 7 ans. De nos jours, cette durée doit probablement être diminuée. Parallèlement à ce phénomène, on estime que la quantité totale des connaissances dans le domaine médical doublait environ tous les 3,5 ans en 2010 contre tous les 10 ans dans les années 1990, avec une projection à 72 jours en 2020 (Densen, 2011). Ces chiffres sont édifiants. Ils soulignent l'urgence de mettre en place des processus d'actualisation des connaissances performants pour *in fine* permettre une traduction au moins aussi rapide de la théorie à la pratique.

Par ailleurs, il est intéressant d'aborder le cadre légal de la formation continue en suisse. Une distinction est faite entre les différentes formes de formation et permet de se référer à des législations spécifiques pour chacune. La loi définit les termes relatifs à la poursuite de formation¹ tels que :

- la formation continue (formation non formelle): la formation structurée en dehors de la formation formelle;
- la formation formelle : la formation réglementée par l'État qui:
 - est dispensée dans le cadre de la scolarité obligatoire,
 - débouche sur l'obtention des diplômes et grades suivants:
 - Diplôme du degré secondaire II, diplôme de la formation professionnelle supérieure ou grade académique,
 - Diplôme constituant la condition à l'exercice d'une activité professionnelle réglementée par l'État;
- la formation structurée : formation dispensée notamment dans des cours organisés, basés sur des programmes d'enseignement et une relation enseignant-apprenant définie ;

¹ Loi fédérale sur la formation continue - LFCo art 3a, 3b, 3c, 3d

- formation informelle : compétences acquises en dehors de la formation structurée.

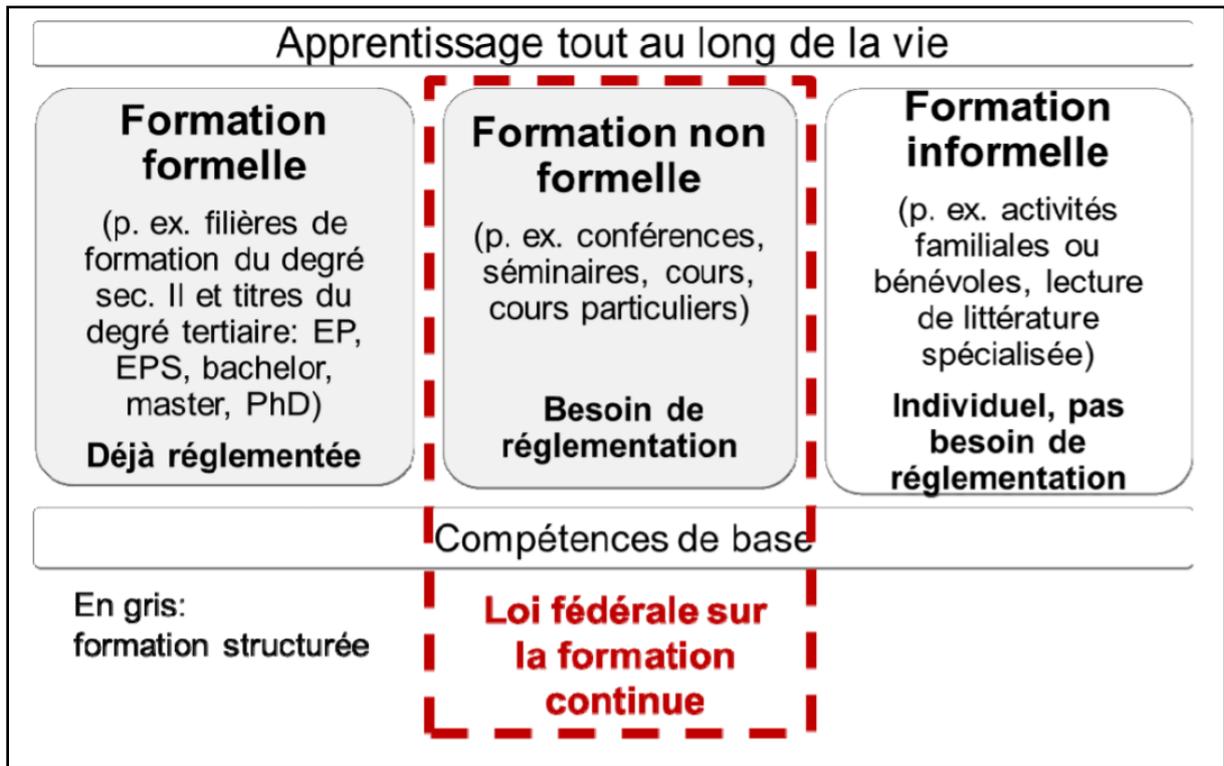


Figure 2: Définition des formats d'apprentissage tout au long de la vie

Par ailleurs, la loi précise la responsabilité² en matière de formation continue telle que « la formation continue relève de la responsabilité individuelle » et que les « les employeurs, tant publics que privés, favorisent la formation continue de leurs collaborateurs ». D'une part l'individu est responsable de sa formation, mais son employeur doit aussi lui en permettre l'accès.

En outre, ce sont « Les prestataires de formation continue [qui] sont responsables de l'assurance et du développement de la qualité », garantis dans les domaines³ :

- Informations relatives aux offres,
- Qualification des formateurs,
- Programmes d'enseignement,
- Procédures de qualification.

² Loi fédérale sur la formation continue - LFCo art 5.1 et 5.2

³ Loi fédérale sur la formation continue - LFCo art 7.3 a,b,c,d

Tous ces éléments inscrivent donc l'individu comme acteur de sa formation tout au long de sa vie, que son employeur doit en partie favoriser. Le service de formation a donc une double responsabilité en qualité d'employeur et aussi de prestataire de formation continue.

b. L'environnement interne du contexte professionnel

Nous emploierons les théories organisationnelles de Mintzberg pour décrire l'environnement interne ci-après (Mintzberg, 1979). L'hôpital étudié est donc un établissement public gouverné par un conseil d'administration dont les administrateurs viennent du monde médical, législatif, économique. Ils jouent un rôle dans les décisions d'orientation de l'institution, mais se réfèrent au collège des directeurs pour leur application.

L'organisation est donc clairement professionnelle : tournée vers le métier ; avec au sein du collège, une direction médicale et une direction des soins qui seront responsables du centre opérationnel représenté par les soignants. En complément on retrouve les directions de sites et des services transversaux. On note une hiérarchie formelle dont la construction va dépendre des métiers. Elle est basée sur l'expertise professionnelle et la compétence pour les soins et sur la fonction et le diplôme pour les non-soignants. Les directeurs médicaux et des soins sont légitimes d'abord par leur identité de métier. Il en est de même pour les chefs de département et leurs adjoints qui forment la ligne hiérarchique.

Le modèle s'inscrit donc dans une bureaucratie professionnelle. On observe une départementalisation des disciplines avec des hiérarchies formelles parallèles, et donc des centralisations des pouvoirs selon le métier de l'opérateur. Le supérieur hiérarchique le plus haut du physiothérapeute (N+3) est par exemple la personne directrice des soins. Chaque directeur va défendre les intérêts propres de son corps professionnel au service des patients.

Le centre opérationnel comporte une catégorie de professionnels déjà spécialisés, avec ici un système d'actualisation scientifique par des mandats de professionnels nommés « cliniciens ». Sans être dans la technostructure, ils portent des missions d'amélioration des pratiques au sein de chaque service. Ce type de mandat n'apporte pas d'élévation hiérarchique formelle et est présent dans chaque discipline de soin. Actuellement leur rôle n'est pas clair vis-à-vis des processus décisionnels. Ils ont du temps consacré à l'actualisation scientifique, mais le transfert de leur travail et l'utilisation de leur expertise ne sont pas définis institutionnellement. Leur implication est empirique et personne-dépendante.

c. Mécanismes de coordinations :

Le principal est celui de la standardisation des qualifications, imposé par l'activité de l'organisation. Les postes sont définis par la qualification professionnelle et permettent l'identification et la répartition des tâches en fonction des compétences et des activités des opérateurs. Cependant il n'existe pas de

document décrivant objectivement les compétences métier. Ce sont les pratiques et la répartition empirique des tâches qui priment sur l'organisation du travail.

Le chef de service de physiothérapie et ses adjoints-chefs de sites vont jouer un rôle dans l'organisation et le fonctionnement de la discipline en réponse aux objectifs généraux des directions. La supervision directe prend son sens dans l'organisation et la validation institutionnelle des pratiques, des équipes, des objectifs et orientations d'un service.

d. Analyse stratégique et flux organisationnels :

Le centre opérationnel possède le pouvoir central de l'institution. C'est le soignant qui agit sur le patient dans le cadre défini par son métier. Il a donc un large pouvoir décentralisé. Celui-ci est marqué par la grande autonomie de décision des professionnels. Le physiothérapeute exerce dans un cadre de forte demande et dont l'activité ne peut pas avoir de supervision directe continue.

Le pouvoir du centre organisationnel ne permettra pas seul, la pérennité de son fonctionnement. Le système d'autorité formelle par des pairs vient répondre à cette nécessité. La direction des soins a le plus haut niveau hiérarchique, au même niveau que la direction médicale.

Ainsi, on note un environnement interne complexe, basé sur un système hiérarchique, tourné sur les métiers de soins. Nous pouvons observer un pouvoir décisionnaire qui s'accroît avec le niveau hiérarchique. Dans notre situation, représentée sur le schéma ci-dessous, le physiothérapeute fait une demande de formation à ses supérieurs hiérarchiques N+1 et N+2. Ils analysent la demande et font un premier tri dans les demandes du service. Ils rencontrent par la suite le service de formation pour faire le point et valider définitivement les demandes annuelles. En cas de demande coûteuse en temps et en argent, la consultation de la directrice des soins peut être nécessaire.

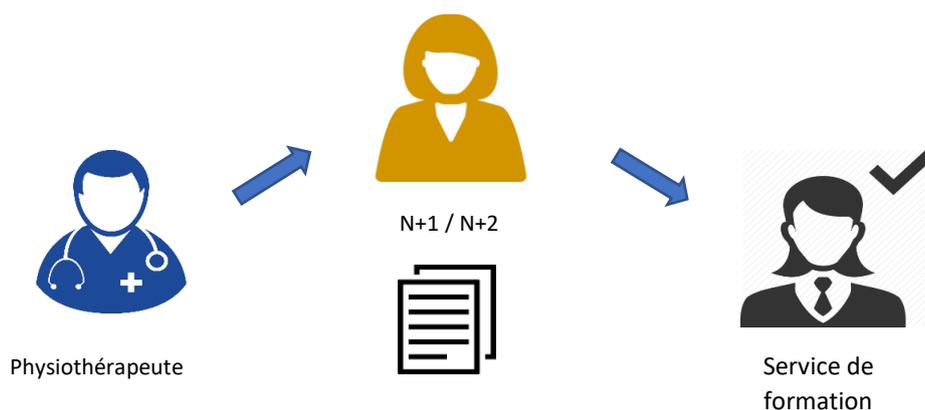


Figure 3: Organisation actuelle de demande de formation

Nous pouvons donc observer une stratégie de type ascendante ou *bottom-up*. Elle part de l'expression des demandes identifiées sur le terrain et remonte vers le service de la formation via les cadres. Selon nous, ce système est biaisé sur plusieurs points. D'abord, il n'est pas optimal concernant les critères de jugement de ce qui est valide ou non scientifiquement. Le cadre n'a pas pour mission l'actualisation scientifique. Par ailleurs, il n'a pas non plus la meilleure connaissance de l'offre de la formation disponible sur le sujet demandé. Un autre biais réside dans le fait que la demande de formation ne se fait pas sur l'analyse objective des compétences du collaborateur. La demande concerne-t-elle vraiment une priorité d'acquisition de compétences du collaborateur par rapport à son activité ?

Dans ce processus, une opportunité de rencontre entre le collaborateur et son cadre existe lors des entretiens individuels, et pourrait déboucher par exemple sur un plan de formation (Ferrary, 2014). À l'heure actuelle. Les domaines abordés lors de cette rencontre sont :

- L'intégration de valeurs institutionnelles,
- La maîtrise de compétences personnelles, professionnelles et relationnelles,
- La mise en place d'objectifs annuels et/ou l'évaluation de ceux précédents,
- Le développement personnel du collaborateur.

La structure de l'entretien nous paraît tout à fait pertinente à priori. Cependant, l'évaluation des compétences n'est actuellement pas tournée sur l'activité, mais sur la posture professionnelle. Cette démarche est biaisée, car ces outils ne sont finalement pas adaptés à l'analyse complète de l'activité. De plus, sous l'intitulé d'un même métier, les pratiques vont changer complètement selon le secteur, la filière de soins : domaine cardiologique, pneumologique, pédiatrique, gériatrique. De plus, il n'existe pas de référentiel de compétences au sein de l'institution. Nous estimons que cet élément est manquant dans le fonctionnement actuel et pourrait apporter un bénéfice à l'analyse du besoin de formation. Aussi, dans la création de notre recherche et de nos questionnaires, nous devons aborder le sujet de l'analyse de l'activité.

e. La stratégie de l'entreprise en matière de montée en compétences professionnelles

Parmi les actions de développement des compétences rencontrées dans l'établissement, on peut retenir : la politique d'ingénierie de formation, les formations internes formelles et informelles, les formations externes et les ressources littéraires. Les propositions sont nombreuses. Nous allons désormais les étudier plus en détail.

i. *La politique d'ingénierie de formation*

Le but de la démarche de la formation continue interne est de faciliter le développement optimal des performances médico-soignantes et non médico-soignantes (la qualité des prestations directes ou

indirectes aux patients), tant du point de vue métier que du point de vue interpersonnel ou collaboratif (la qualité de la satisfaction au travail des collaborateurs).

Directement inspiré par les trois champs de l'ingénierie de la formation de Sylvie Fortin, le concept d'ingénierie de la formation continue est basé sur la création du dispositif interne nommé « la qualité des prestations directes ou indirectes aux patients ». Ce dispositif est un processus en boucle itérative qui permet de commencer un chemin d'apprentissage se basant sur les besoins de la pratique, puis continue avec le dispositif « la qualité de la formation pour les apprenants », et se termine par l'accompagnement des transferts avec la fin du premier dispositif (la qualité des prestations directes ou indirectes aux patients).

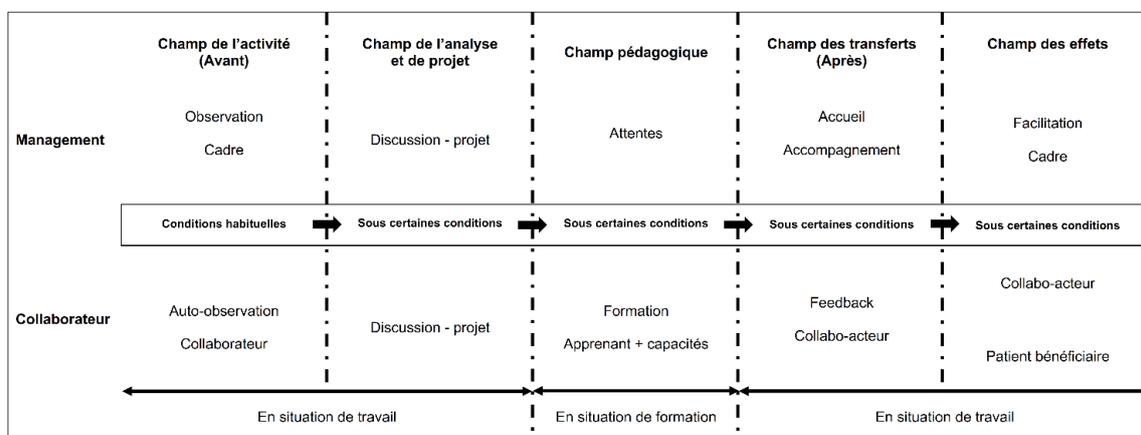


Figure 4: Les cinq champs de l'ingénierie de la formation (inspiré de (Fortin, 1998))

ii. La démarche qualité du service de formation

Nous pouvons identifier les quatre principales étapes de l'amélioration continue des pratiques : l'observation, les projets d'amélioration, les actions d'amélioration et les transferts.

Notre intervention se jouera dans le cadre délimité en violet, notamment en soutien stratégique de l'observation et du cadrage des projets d'amélioration, passant par l'ingénierie (Enlart, 2008) des compétences (Le Boterf, 2018).

Le processus débute par l'observation du savoir agir en situation (Le Boterf, 2018). Les collaborateurs et les cadres observent les pratiques professionnelles et distinguent l'attendu de l'observé pour déterminer l'écart éventuel. Le constat de ce dernier détermine le besoin de développement en termes de compétence versus de formation. Par un feedback, les cadres et les collaborateurs s'entendant avec un processus réflexif (Kolb, 1984, et Piaget, 1977) pour définir les objectifs d'apprentissage et le moyen le plus pertinent, pour satisfaire le besoin.

Ce système est en cours d'implantation. Aussi, les dispositifs d'observation sont à construire. Notre action consistera donc à la création d'outils de support logistique de cette étape.

iii. *Les ressources littéraires*

Un service de documentation est internalisé dans l'hôpital. Il assure la gestion de l'offre de la littérature papier et informatique acquise. Les investissements sont coordonnés en accord avec le service développement qui gère notamment son budget. Actuellement, le service de physiothérapie bénéficie principalement de la littérature numérique. En effet, les documents papier ne sont plus actualisés. Aussi, l'accès informatique est disponible pour les articles de revues médicales emblématiques. Les quelques références spécifiques disponibles sur les métiers de la rééducation sont des revues à faible validité scientifique. La liste des abonnements tournés sur le service n'a pas été actualisée depuis au moins 5 années. Or, comme nous l'avons détaillé plus haut, la quantité de savoirs est colossale. C'est pourquoi de nouveaux types de revues sont apparus dans la dernière décennie. Elles sont en fait des synthèses et analyses de l'actualité, réalisées par des professionnels qui suivent des processus validés.

Nous identifions donc le besoin d'optimiser l'offre de la littérature actuelle. Il serait possible de proposer cette mission aux physiothérapeutes cliniciens en accord avec les cadres du service, et le service de formation.

iv. *Les formations internes formelles*

Le service de formation fait une proposition récurrente annuelle. À partir des besoins institutionnels en termes de développement des compétences. Le catalogue de la formation continue en est le résultat. Il est mis à jour chaque année en fonction des experts métiers qui animent les cours ou par les cliniciens qui implantent de nouvelles compétences en fonction de leurs projets spécifiques, ou encore par les conseils des référents de filières qui nous orientent dans nos choix de formations chaque année. Au total, le catalogue propose plus de cent formations sur des thématiques disciplinaires et interprofessionnelles. Cependant, la physiothérapie est sous-représentée dans ce document. En effet, la mise en place des mandats de cliniciens est récente. Par ailleurs, faute d'une analyse concrète des compétences des physiothérapeutes, aucune offre de formation n'est faite à destination, ou par ces professionnels. Après discussion avec le responsable du catalogue. Notre travail servirait de support à la création de ce type d'offres.

Ainsi, le système de formation interne pourrait gagner à intégrer le champ de la physiothérapie dans son catalogue de formation. Cela serait au bénéfice du service, mais surtout dans le développement de compétences interprofessionnelles.

v. *Les formations internes informelles*

Différents événements de l'agenda des collaborateurs peuvent être identifiés comme relevant de la formation informelle. Par exemple, des colloques hebdomadaires d'une heure permettent à un membre de l'équipe de faire une présentation sur un thème de son choix. Ce type de présentation est particulièrement pertinent dans l'échange entre collaborateurs. Cependant les limites sont marquées par plusieurs éléments : la qualité méthodologique du recensement des informations, la qualité pédagogique délivrée par l'interlocuteur ou encore le fait que ce soient toujours les mêmes personnes qui réalisent ces présentations. Il est à noter que des intervenants extérieurs peuvent être conviés pour faire des présentations. Il s'agit principalement de professionnels de santé de l'établissement ou bien des commerciaux venant présenter des produits médicaux.

De cette situation ressort le besoin d'un accompagnement méthodologique et stratégique pour potentialiser ce temps hebdomadaire.

vi. *Les formations externes*

Lorsque le collaborateur estime que l'offre interne n'est pas suffisante, il peut alors faire une demande de formation externe. Comme cité précédemment, le système actuel ne permet pas l'analyse optimale du contenu de formation. Par ailleurs, une autre limite nous interroge : celle de l'évaluation. L'institution n'offre actuellement aucun dispositif d'évaluation ou encore d'archivage des formations suivies par les collaborateurs. Aussi, la démarche qualité ne peut se baser que sur le ressenti du collaborateur et éventuellement par sa pratique post-formation. Il est à noter qu'une grande partie des collaborateurs sont internationaux et multiculturels. Aussi un système basé sur des certifications de qualité comme le Datadock en France ou le label eduQua en suisse, est difficilement utilisable pour tous les pays proposant des formations.

Pour conclure, nous remarquons une grande variété dans les propositions faites aux collaborateurs pour assurer leur formation continue. Les processus d'ingénierie de formation du service de formation sont particulièrement détaillés. Cependant, force est de constater que de nombreux documents institutionnels restent encore à construire pour assurer le passage de la théorie à la pratique concrète. Les possibilités sont nombreuses et n'attendent plus qu'à être structurées. C'est dans ce vaste champ des possibles que nous aurons l'opportunité d'apporter notre soutien stratégique.

f. Les performances visées par le contexte professionnel

Le terme performance est de la catégorie des « mots valise ». Son origine « performance » vient du verbe anglais « to perform » lui-même issu du français « parformer » qui signifie accomplir. La notion d'accomplissement lié à la performance nous permet de rapprocher le concept à l'évaluation. Ce serait l'évaluation du rapport entre des objectifs, les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre pour y

parvenir. La notion réside dans le lien entre efficacité (degré d'atteinte des objectifs), efficience (degré d'atteintes des objectifs à moindre coût) et pertinence (bonne allocation des ressources) (Gilbert, 1980).

Pour l'hôpital étudié, les attendus en termes d'évaluation sont ceux mentionnés dans le contenu de l'entretien cadre-collaborateur : l'intégration de valeurs institutionnelles et la maîtrise de compétences personnelles, professionnelles et relationnelles.

Ces critères ne nous semblent pas suffisants pour construire le profil d'un « bon soignant ». En effet, l'analyse concrète des compétences en activité semble indispensable pour identifier le besoin d'amélioration du collaborateur. C'est de cette manière qu'il sera possible de se rapprocher du « bon soin ». Finalement, pour nous, le bon soignant ne serait-il pas celui qui aura su bénéficier du « bon système de formation continue » basé sur la « bonne analyse du besoin » ?

g. Les projets du contexte professionnel

La construction de notre analyse du besoin nous a amenés à rencontrer le service de formation pour connaître leur position sur l'ingénierie de formation du département de physiothérapie. Suite à une large restructuration institutionnelle, l'hôpital décida de revoir complètement le management, la gestion et la mise en œuvre de leurs formations continues internes.

Après une analyse interne, il a décidé de faire évoluer le système qualité d'y intégrer la certification eduQua de la Fédération Suisse pour la Formation Continue (FSEA, 2020). Elle est le premier label Qualité répondant aux besoins des prestataires de formation continue. Elle encourage la transparence et la comparabilité de la formation continue en faveur des consommatrices et consommateurs, et il contribue ainsi à garantir la Qualité des offres de formation continue en Suisse. Ce label comporte 6 critères et 22 standards.

Ainsi, notre rôle de stagiaire sera d'être un soutien stratégique à la création d'une ingénierie de formation continue pour un service pilote, celui de la physiothérapie. Après mise en place et analyse du processus, le service de formation pourrait s'appuyer sur ce modèle pour l'adapter aux autres services des soins: soins infirmiers, ergothérapie etc.

h. Les besoins des individus.

Après avoir rencontré une partie des physiothérapeutes de manière informelle, nous avons identifié deux visions différentes de la formation continue. Une partie de ces collaborateurs considère la formation comme un droit dû par l'institution, comme un service rendu pour leur travail. D'autres la considèrent plutôt comme un devoir, envers les patients, l'institution, voire eux-mêmes. Cette dualité marque deux dynamiques de volonté de se former : une vision individualiste et l'autre collective.

Nous pouvons reprendre une vision issue de l'analyse stratégique des organisations inspirée par Crozier et Friedberg (Martin, 2012) pour comprendre la démarche individuelle du collaborateur dans

l'institution. Pour assurer sa liberté professionnelle, ou son autonomie, le physiothérapeute va avoir un certain pouvoir d'influencer les décisions et stratégies d'établissement en utilisant les différents flux présents dans l'institution. En effet, à travers les valeurs institutionnelles les collaborateurs sont invités à faire preuve d'initiative. Dans une collaboration avec leur supérieur hiérarchique, les physiothérapeutes peuvent contacter directement par mail ou téléphone d'autres professionnels pour initier des projets répondant aux orientations institutionnelles. Par la suite, le supérieur hiérarchique assurera le suivi et l'analyse de projet dans un processus de régulation de contrôle. Le système de constellation de travaux est donc très riche dans la mesure où tous les collaborateurs peuvent suivre une vision « le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient ».

C'est par l'intermédiaire du chef de site que le physiothérapeute pourra avoir un impact sur l'organisation des soins. Il y a donc une relation de recherche de domination montante descendante complexe avec le supérieur direct. Le physiothérapeute défendra son autonomie et le chef de site cherchera la cohérence d'équipe et ses objectifs. Elle est d'autant plus complexe que l'accès au chef de département est aisé et qu'il est présent régulièrement aux réunions de sites. Aussi, si l'autorité du chef de site est discutée, c'est une régulation rapide qui peut être utilisée par l'opérateur.

Ce phénomène est également possible directement avec la direction des soins (N+ 3), qui est disponible pour recevoir des informations directes. Ce fonctionnement a déjà été utilisé par le passé et a conduit à des audits de département par exemple. L'interdépendance est très forte tout au long de la ligne hiérarchique, notamment car les professionnels ont la même profession de physiothérapeute et l'exercent toujours, en proportion différente.

L'analyse organisationnelle nous montre que le manque de clarté quant à la position de l'institution pourrait mettre en péril le bon fonctionnement du service en faisant naître des conflits entre collaborateurs et supérieurs hiérarchiques. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le déséquilibre entre une prédominance d'expression des besoins en *bottom-up* versus peu d'orientations institutionnelles *top-down*. La création d'un plan de formation pluriannuel nous semble être une proposition de solution pertinente. En effet, il permettrait d'une part d'annoncer de manière claire les volontés institutionnelles en termes de formations continues et de projets. D'autre part, il permettrait de cadrer et de justifier les choix de formations finalement acceptés.

2. Les concepts théoriques

a. L'analyse des besoins

Notre démarche d'analyse des besoins s'inscrit dans un processus d'ingénierie de formation. Elle a été décrite par Païn comme « un des antécédents de ce qui est devenu plus tard l'ingénierie de formation. Il a permis de situer des acteurs et leurs intérêts dans le processus d'une action de formation » (Païn, 2003)). Cependant, plusieurs paradoxes viennent marquer la notion.

D'une part, une ambiguïté est liée à l'idéologie même du terme : « on ne sait jamais si ce qui est fait est une opération pédagogique ou une opération plus fondamentale. On ne sait jamais très bien non plus, quelle est la place exacte des intéressés : le pouvoir réel qui leur est accordé dans la pratique engagée n'est pas toujours proportionnel à l'importance matérielle de leur intervention. » (Barbier & Lesne, 1977). Ces mots nous invitent donc à nous situer clairement dans notre exercice auprès des différents interlocuteurs. Il apparaît indispensable de déterminer les missions et limites de chacun, en rapport avec les objectifs prédéfinis. Aussi, les auteurs poursuivent en soulignant le paradoxe du terme « besoins » qui existe sur un registre lié à des connotations objectives, mais aussi subjectives. Pour la première, le nom est une nécessité parfois naturelle ou sociale qui a une existence objective. Pour le second, c'est un sentiment traduit de cette exigence ressentie par les protagonistes concernés selon leurs perceptions individuelles. Les deux orientations influenceront le processus d'analyse du besoin. Notre démarche gagnera à faire dialoguer à la fois les contraintes liées aux besoins objectifs et subjectifs.

D'autre part, un paradoxe naîtrait de la rencontre entre « la convergence relative des réflexions théoriques » et « l'extrême rareté d'un outil opérationnel d'analyse des besoins en formation » (Roegiers et al., 1992). On reconnaît alors, l'importance d'un outil contextualisé et pratique nourri de savoirs théoriques. Les auteurs justifient cet écart par une triple diversité : professionnelle, institutionnelle et des parcours de questionnements. Aussi, nos choix devront être justifiés complètement au regard de la politique institutionnelle, complétée de notre vision individuelle dans le contexte de notre action de stage.

Il n'y a pas « un gisement de besoins de formation plus ou moins caché, qui ne demanderait que l'arrivée d'un spécialiste armé des méthodologies pertinentes pour le repérer et procéder à son exploitation » (Meignant et al., 2009). Ainsi, nous devons développer une démarche didactique d'un processus fondé sur des étapes précises et suivant une chronologie établie. Elle devra intégrer un maximum d'éléments pour répondre au maximum des attentes rencontrées. Par ailleurs, Bourgeois identifie trois types de perception liées à l'émergence du besoin (Bourgeois, 1991) :

- La représentation de la situation actuelle où le besoin s'exprime lié à un problème, une nécessité ou des difficultés.
- La représentation de la situation attendue, où le désir prime, ou le souhait, la motivation.

- La représentation des perspectives d'action décrite en termes de processus à réaliser.

Dans notre situation, les trois perceptions ont été invoquées par les acteurs. Nous avons initié la démarche par le ressenti d'un problème d'organisation de la formation continue. Le cadre supérieur avait une volonté d'avoir une meilleure gestion des demandes de formation. Puis le service de formation voulait assurer la meilleure démarche qualité possible.

b. La notion de compétence : singulier et pluriel

« Le terme de compétence est l'un des termes les plus employés dans les champs de l'éducation, de la formation, des ressources humaines ou du travail. Mais c'est un terme où chacun à son point de vue et il est parfois difficile de s'y retrouver » (Ardouin, 2017). En effet, le terme de compétence est vaste et relève parfois des discours paradoxaux (Crahay, 2006). De nombreux auteurs ont tenté de la catégoriser : *savoirs*, *savoir-faire*, *savoir être*, attribué à Edgar Faure (1972) ; *savoir théorique*, *savoir procédural*, *savoir pratique* et *savoir-faire* par Gérard Malglaive (Malglaive, 2005) ; Ou encore de savoir-agir pour Le Boterf (Le Boterf, 2004). Ce dernier nous rappelle qu'« on peut avoir beaucoup de compétences mais n'être pas compétent. Avoir des compétences est une condition nécessaire mais non suffisante pour être compétent ». Avoir des compétences c'est donc avoir des ressources individuelles qui permettrait d'agir avec compétence. Alors qu'« être compétent », pour l'auteur, résulterait de ce *savoir agir* de manière à combiner différentes ressources internes et externes pour créer une pratique professionnelle adaptée.

Pour notre analyse, nous retiendrons d'abord que la compétence n'est pas dissociable de l'activité qui se déroule dans un contexte influencé par des interactions sociales. La compétence est inobservable en tant que telle. Ardouin la voit donc comme une observation du « passage à l'acte ». En outre, nous retrouvons chez Zarifian les éléments de la construction de la compétence, pour qui « Est compétent celui qui sait faire face à l'évènement » (Zarifian, 1997). C'est dans cette nécessité de contenir le surplus, de gérer la rupture avec l'activité prescrite que l'opérateur peut intervenir. De son action naissent la maîtrise de l'évènement et ainsi la preuve de compétence. Pour Zarifian, la compétence n'est pas innée et s'acquiert grâce à des processus dont l'expérience est le premier atout. Celle-ci va permettre de faire se rencontrer théorie et pratique pour finalement ajuster le comportement de l'opérateur. La part théorique, appelons-la réflexive, peut se construire par le biais d'une analyse à postériori et une autre à priori de l'évènement, l'auteur parle d'« écarts ». L'écart pré-réflexif constitue la pensée anticipatoire et prédictive d'un évènement. Tandis que l'écart post-réflexif va étudier l'évènement passé pour le comprendre et examiner les causes, raisons, effets. Ainsi, en analysant l'existant nous porterons une attention particulière à l'activité et aux éléments réflexifs des populations étudiées dans leurs pratiques de formation.

3. Projet initial

Concernant l'analyse du besoin des cadres et collaborateurs, notre travail de stage consisterait en la création d'une matrice des compétences. L'étape préliminaire est la construction d'un référentiel de compétence-métier. Or, pour rédiger ce document, il est nécessaire de décrire l'activité. Nous avons donc mené, en partenariat avec notre cadre supérieur, une analyse des différents champs d'intervention des professionnels du service, pour construire des filières d'activité. Parallèlement à cette démarche, nous avons réalisé un *benchmarking* auprès des hôpitaux et cliniques de la Romandie. Nous avons consulté la totalité des sites internet des structures pour identifier l'organisation de l'offre de physiothérapie. En croisant notre analyse interne et externe, nous avons été en mesure d'identifier six filières.

Ce travail préliminaire a été présenté par le cadre supérieur à ses adjoints pour en préciser les limites. À partir de la définition de ces filières, il sera possible d'entamer un processus de construction des référentiels. Ils devront répondre à une demande de gradation, à savoir, pouvoir décrire les compétences attendues d'un collaborateur novice, en fin de période d'essai, puis expérimenté. Aussi, proposons de mettre en place un système en boucle itérative entre notre travail personnel de construction de l'outil, puis des groupes de travail qui inviteront conjointement, ou séparément, les cadres et les physiothérapeutes cliniciens, et enfin des points étapes avec le cadre supérieur et le service de formation.

Une fois que les référentiels seront construits, il conviendra de les intégrer dans un outil de matrice de compétences, utilisable par les cadres. Une mise en place est possible avec le service de formation, en effectuant des groupes de travail concomitants avec les cadres pour intégrer leurs nécessités liées à l'ergonomie et l'utilisation de l'outil.

Nous aurons donc permis de cadrer l'évaluation objective des compétences de la population, dont les modalités d'utilisation seront à définir. L'étape suivante concernera l'analyse de l'attendu. C'est-à-dire de faire des projections de besoins théoriques de compétences attendus par l'activité des filières. C'est la comparaison entre ces deux éléments qui viendra former les orientations du plan pluriannuel de formation.

Concernant la structure du plan, nous pourrions définir les besoins continus liés à l'activité d'une part, et ceux d'ordre de l'innovation et du développement d'autre part. Pour les premiers, la création d'une section dans l'offre de formation interne semble envisageable. Pour la seconde, il s'agira de proposer un espace de mobilisation de projets entre les cadres et les collaborateurs.

Par ailleurs, le plan pourra traiter des ressources et de leur amélioration continue et des dispositifs formels et informels de formations, ainsi que les postes référant à leur utilisation.

Enfin, il devra intégrer une analyse et projection budgétaire nécessaire à prendre en compte pour prioriser les différents contenus.

« L'analyse des besoins est une pratique de production d'objectifs » (Barbier & Lesne, 1977). Aussi nous avons officialisé le cadre de notre intervention pour ce stage de master par les objectifs qui suivent :

- Définir par filière, les compétences nécessaires selon un référentiel progressif à JO, M3, M12, A2 (la chronologie est à définir). Rq : Cet outil pourra servir de base d'analyse pour les cadres de proximité lors de validations de périodes d'essai ou de suivi des compétences individuelles des collaborateurs. Il permettra également de détailler les compétences recherchées lors de publications d'offres d'emploi.
- Créer une matrice des compétences par filière à mettre à disposition du cadre supérieur et de ses adjoints.
- Proposer par filière, les priorités de formation en termes de fréquence, de risques et d'opportunités à intégrer dans le plan de formation.
- Analyser l'allocation du budget au regard du plan de formation pluriannuel à créer.
- Analyser les ressources actuelles en termes de formation continue des physiothérapeutes dont :
 - Collaborer avec le service documentation pour établir la littérature scientifique indispensable à mettre à disposition
 - proposer des pistes pour le transfert des connaissances entre pairs
 - proposer une intégration des physiothérapeutes cliniciens dans l'ingénierie de formation continue
- Analyser la possibilité de création d'un mandat de « responsable de la formation continue » pour le service.

4. Problématique

La démarche d'analyse du besoin proposée est très formative. Alors que nous pensions avoir exploré tous les aspects du projet, repasser par la structure des six facteurs de création de besoins de Meignant nous a été d'une grande aide. Cela nous permet de prendre un recul insoupçonné sur notre contexte d'intervention. De cette manière, nous avons par exemple abordé le cadre juridique de la profession étudiée autant que les enjeux liés au domaine de son exercice. Par la suite, nous nous sommes questionnés sur le fonctionnement de la structure autant au niveau hiérarchique que fonctionnel. Cette étape nous a permis d'identifier les acteurs clés dans notre démarche projet. Sans surprise les décideurs que sont la direction des soins, la direction du service de formation, et le cadre supérieur du service de physiothérapie ont été reconnus. En revanche, l'importance des physiothérapeutes cliniciens ne nous était pas apparue comme telle initialement. Leur mandat comporte de nombreuses possibilités, mais n'est peut-être pas assez cadré pour en potentialiser le fonctionnement.

À la poursuite de notre démarche analytique, nous avons pu traiter de la politique institutionnelle et notamment de la politique de formation. D'une part, nous avons pu comprendre l'importance des valeurs institutionnelles dans la construction des orientations politiques et l'évaluation des collaborateurs. D'autre part, nous avons pu observer des processus théoriques très détaillés sur les processus de formation continue : passant de l'analyse du besoin, à la construction des formations, puis l'intégration d'une démarche qualité précise. Le caractère innovant et structuré n'est en réalité que très jeune ; en attestent les nombreux documents de terrains en cours de réalisation ou à rédiger comme les référentiels métiers ou les questionnaires d'analyse des formations externes. Finalement, nous avons pu prendre connaissance d'un système en mutation dont la base préexistante est pétrie d'empirisme. Notre réflexion n'est pas de dire qu'il faudrait alors créer un système rigoriste intransigeant, mais plutôt de se tourner vers la création d'outils pratiques à utiliser sur le terrain pour structurer une démarche qualité au service de tous et en accord avec le développement continu et l'amélioration des pratiques.

L'empirisme que nous citons ne doit pas être interprété de manière négative. Nous lui accordons une neutralité digne de la Suisse, et nous reconnaissons que son utilisation a probablement été la meilleure réponse pour développer l'institution à un moment donné. Cette période ne semble désormais plus d'actualité grâce au perfectionnement des connaissances et des pratiques de soins, mais aussi stratégiques et managériales.

Des intuitions semblent avoir été particulièrement pertinentes dans le domaine de la formation continue. En effet, le système formel basé sur une offre de formation est la première preuve. En outre, l'accès à la connaissance par le service de documentation en est une autre. Nous pouvons y compter aussi les réunions hebdomadaires entre pairs qui sont une occasion supplémentaire de développement des compétences des collaborateurs. En revanche, la réussite de ces dispositifs semble avoir été laissée entre les mains des utilisateurs. Force est de constater que le contexte actuel nécessiterait de nombreuses actualisations pour pouvoir améliorer son efficacité. Nous identifions notamment la nécessité de référer leur gestion aux personnes les plus compétentes et non celles qui en ont eu l'idée ou le pouvoir.

Le dernier thème que nous avons identifié est celui situé sur la perception des collaborateurs. Nous avons recensé en surface des avis divergents sur le sens de la formation, sous une forme de dualité droit/devoir. La position institutionnelle n'offrirait actuellement pas un regard clair sur ce point. En effet, si le conflit sociocognitif est marqué, il pourrait gagner à ce que l'entreprise exprime son orientation. Actuellement, la situation pourrait être à l'origine de conflits. Le respect d'un suivi individuel structuré et par exemple basé sur une approche par compétence pourrait être une réponse à cette problématique.

Ainsi, à partir de tous ces éléments nous pouvons désormais identifier notre problématique : comment utiliser les concepts de sciences sociales et de formation des adultes pour analyser l'écart entre la situation prescrite et existante, et créer une ingénierie de formation visant l'amélioration des pratiques institutionnelles de l'hôpital étudié et de ses collaborateurs ?

Nous développerons désormais notre démarche exploratoire pour compléter notre analyse de la mission d'entretiens cadrés avec les différents acteurs. Nous pourrions donc éprouver, réfuter, affiner nos hypothèses par l'analyse de ces entretiens.

III. Méthodologie de recueil de données

1. Type de recueil de données

Au regard de nos objectifs nous avons décidé de nous tourner vers les entretiens semi-directifs. En effet, les méthodes de questionnaires ne nous auraient probablement pas permis d'approfondir les ressentis personnels avec des questions trop ciblées (Blanchet & Gotman, 2017). Par ailleurs, les entretiens libres ou compréhensifs auraient mobilisé un temps trop conséquent aux collaborateurs. Nous avons également exclu les observations de terrains principalement dus à notre statut de physiothérapeute, qui aurait pu induire un nombre de biais complexes à l'impact difficilement évaluable.

2. Populations et modalités de planification d'entretien

Nous avons identifié six catégories d'interlocuteurs à interroger :

- les cadres physiothérapeutes
- les cliniciens physiothérapeutes
- les physiothérapeutes
- le service formation
- le service des finances
- le service de documentation

Nous avons contacté le département des finances qui nous a redirigé vers la responsable du service de formation concernant la gestion comptable et le budget. Nous restaient donc cinq populations.

a. Les cadres

Pour préparer les entretiens avec les cadres, nous avons bénéficié d'une intervention de 15min lors d'une de leurs réunions avec le cadre supérieur, appuyée d'un diaporama. À cette occasion, nous leur avons présenté l'entièreté du projet, en identifiant leur rôle dans la construction de l'analyse du milieu. Par la suite, nous avons pris rendez-vous par mail avec chacun. Les entretiens se sont déroulés sur chaque site d'exercice des cadres, dans un délai d'une heure de travail, dans leurs bureaux, à huis clos. Aucune préparation n'a été demandée.

b. Les cliniciens :

Quatre cliniciens ont été identifiés, dont deux en exercice et deux en congés. Nous avons contacté les deux premiers par mail pour leur présenter succinctement le projet et leur proposer des entretiens. D'un commun accord avec le cadre supérieur, nous avons décidé de contacter les deux cliniciens en congés, par message Whatsapp, en leur laissant la possibilité de ne pas répondre à ce dernier. Finalement, les deux cliniciens en activité ont été rencontrés sur leurs sites, dans un délai d'une heure de travail dans des salles réservées. Les cliniciens en congés ont été rencontrés à leurs domiciles respectifs, selon leur demande, sous la même modalité horaire. Tous les entretiens ont été réalisés à huis clos, sans demande de préparation.

c. Les physiothérapeutes :

Une réunion pour tous les physiothérapeutes nous a été accordée par Skype. Pendant 15 min, nous avons présenté notre projet et l'intérêt de rencontrer les physiothérapeutes pour analyser le milieu, appuyée d'un diaporama. Nous y avons également présenté les critères de participation. Initialement nous avions prévu une heure d'entretien par sujet. À la suite d'une discussion avec le cadre supérieur, nous avons adapté cette durée à trente minutes pour ne pas perturber les soins à donner aux patients. Aussi, suite à cette réunion Skype, nous avons proposé aux physiothérapeutes volontaires de remplir un questionnaire d'inscription en ligne, pour organiser les entretiens. Le questionnaire a été envoyé à tous les physiothérapeutes accompagnés de l'enregistrement de notre réunion, la rendant accessible aux absents notamment. Le questionnaire reprenait la présentation du projet, les critères de participation et les modalités de déroulement des entretiens. Ce dernier a été construit en intégrant les recommandations d'inclusion des personnes trans proposées par la société canadienne du sida (Scruton, S. et coll., 2015). Un délai de deux semaines a été proposé pour candidater.

d. Le service de formation

La personne responsable du service a suivi le projet depuis le début. Elle a été contactée via sa secrétaire pour une demande d'entretien. Ce dernier s'est déroulé à huis clos dans le bureau de l'intéressée, sur une durée d'une heure. Aucune préparation n'a été demandée.

e. Le service de documentation

Pour représenter ce service, nous avons contacté la personne documentaliste responsable par mail. Nous lui avons succinctement présenté le projet. Un entretien a été planifié dans son bureau, sur une durée d'une heure, sans demande de préparation.

3. Échantillonnage qualitatif

Concernant les populations de cadres, cliniciens, services de formation et de documentation, le faible nombre de sujets nous a permis de tous les sélectionner. En revanche concernant les physiothérapeutes nous ne pouvions tous les solliciter. Ainsi nous avons donc mis en place un échantillonnage par variation maximum en recherchant des sujets pratiquants dans les grands domaines de physiothérapie : le musculosquelettique (intégrant la prise en charge des patients ambulatoires), le cardio-respiratoire, la neurologie, la pédiatrie et la gériatrie. Nous recherchions aussi une représentation de tous les sites d'exercices et une ancienneté variable. Ces critères ont été recensés à l'aide du questionnaire d'inscription, sur la base du volontariat.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les cadres, les cliniciens, les responsables des services de formation et de documentation étaient *de facto* tous inclus. Concernant les physiothérapeutes, ils devaient avoir rempli au moins une fois une demande de formation auprès de l'hôpital. Étaient exclus les physios nouveaux arrivants qui avaient rempli le formulaire, mais dont la demande était toujours en cours de traitement.

5. Préparation des entretiens

a. Création des grilles (Annexes 1-3)

La préparation des entretiens a consisté en l'élaboration de grilles d'entretien pour les cadres, cliniciens et physiothérapeutes collaborateurs. Celles-ci se composent d'une partie "remarques préliminaires" identique à toutes les grilles et qui décrit les modalités d'entretiens sur la posture de l'intervieweur et le déroulé de notre processus entretien :

"Les entretiens seront conduits de manière semi-directive :

- L'animateur utilise une logique de dialogue en reprenant notamment les termes employés par les interviewés.
- Le guide d'entretien présenté ci-après est destiné à répertorier les thèmes à aborder lors de l'échange. Il ne s'agit pas d'un questionnaire dont les questions seront reprises de manière exhaustive et chronologique. Le but est plutôt de cadrer l'entretien et d'assurer un enchaînement logique du discours des interviewés. Aussi, les questions pourront être modifiées sur la forme lors du dialogue, et réparties dans un ordre adapté à la situation.
- Les entretiens seront enregistrés puis stockés sur un serveur privé.
- Les données extraites des entretiens seront anonymisées. Et l'animateur se porte garant de la confidentialité et de l'intégrité des propos rapportés."

Par ailleurs, nous avons souhaité rendre la présentation initiale identique entre les grilles. Elle comporte les remerciements, la présentation de l'enquêteur, la présentation de la démarche et de l'objet de l'entretien ainsi que le rappel des règles. Ensuite, nous avons identifié un paragraphe sur les thèmes que nous voulions aborder avec les sujets. Cette partie est donc propre à chaque population, tout comme la partie de présentation demandée aux sujets, et aussi la grille elle-même. Les grilles ont été construites en 3 colonnes pour séparer les questions principales qui initient un thème, des questions complémentaires qui viennent approfondir ces thèmes, des questions de clarification plus généralistes. Les questions principales sont présentées sous 2 formes pour être le plus adaptable possible selon le contexte du dialogue. Nous avons utilisé en grande majorité des questions ouvertes, nous réservant les questions fermées pour des points de relances ou de précision. Concernant la gestion du dialogue, nous nous sommes inspirés de la méthode des 4R (Stern & Mouton, 2016) : recontextualiser, reformuler, résumer et renforcer; se rapprochant de l'entretien motivationnel. Enfin, la partie clôture et remerciement est également commune pour continuer d'assurer la reproductibilité des entretiens.

Les grilles ont été relues et validées par notre référente de mémoire et le cadre supérieur du service de physiothérapie.

b. Grille cadre

Le but de cette grille est de réussir à identifier la place du supérieur direct dans l'appropriation du fonctionnement institutionnel de la formation et dans sa gestion avec les collaborateurs. Nous avons donc orienté nos thématiques de discussion sur :

- La représentation de la notion de formation.
- L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.
- L'expérience de gestion pour les collaborateurs.
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

Nous avons également cherché à aborder le parcours personnel de chacun en matière de formation initiale et de prise en fonction de poste de cadre.

c. Grille clinicien

Le but de cette grille est de réussir à identifier la place du clinicien dans l'appropriation du fonctionnement institutionnel de la formation et dans sa collaboration avec les cadres et les collaborateurs. Ainsi, nous avons orienté nos thématiques de discussion sur :

- La représentation de la notion de formation.
- L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.

- L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel.
- La place et le rôle du clinicien dans le processus actuel de formation.
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités d'amélioration et limites.

Nous avons également cherché à aborder le parcours personnel de chacun en matière de formation initiale et de prise en fonction de poste de clinicien.

d. Grille physiothérapeute

Le but de cette grille est de réussir à identifier la place du collaborateur dans l'appropriation du fonctionnement institutionnel de la formation. Nous cherchons à explorer ses représentations et ses expériences dans les différentes étapes de formation. Ainsi, nous avons orienté nos thématiques de discussion sur :

- La représentation de la notion de formation
- L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.
- Le processus d'identification du besoin de formation, de recherche et de choix d'une formation.
- L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

Nous avons également cherché à aborder le parcours personnel de chacun en matière de formation initiale et continue de physiothérapie.

e. Services de formation et de documentation

Dans la mesure où les entretiens de ces deux services concernent étaient uniques, nous n'avons pas trouvé nécessaire de construire des grilles aussi abouties. Ainsi, nous avons préparé les entretiens en identifiant les thématiques à aborder et nous nous sommes laissé la liberté de construire les questions au fur et à mesure de l'échange.

Pour le service de formation, nous avons identifié les thèmes des :

- Présentation du service,
- Objectifs institutionnels en matière de formation,
- Fonctionnement et aspects financiers du service,
- Fonctionnement et collaboration avec le service de physio,
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

Pour le service de documentation, nous voulions aborder :

- Missions du service,
- Offres spécifiques aux physiothérapeutes,
- Collaboration actuelle avec les physiothérapeutes,
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites

Les entretiens comprendront des questions sur leurs parcours individuels et au sein de l'institution.

6. Outils utilisés

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'enregistreur de notre smartphone. Ils ont par la suite été stockés sur un serveur personnel privé. Concernant la retranscription, nous avons utilisé un logiciel de retranscription automatique en ligne : sonix.ai. Le choix s'est fait en fonction du meilleur rapport qualité/prix des logiciels en ligne pour notre volume d'enregistrement. Celui-ci utilise une intelligence artificielle qui compare les bandes-son pour y retrouver les mots et expressions compilées dans ses bases de données. À partir de ces éléments, il crée un fichier texte du contenu de ce qu'il a analysé. Ce processus est évalué par un indice de sûreté en pourcentage, correspondant à la proportion de mots que le logiciel estime correspondre à sa base de données. À la suite de l'obtention de ces versions automatiques, chaque entretien a bénéficié d'une relecture et d'une correction finale humaine. Les données extraites à partir des entretiens ont été regroupées sous forme de synthèse dans un tableau de type Excel. Les citations emblématiques y ont été mentionnées par des guillemets.

7. Anonymisation

Cette étape a concerné les populations d'étude à plusieurs individus, donc les cadres, les cliniciens, et les physiothérapeutes. À l'aide du logiciel Excel nous avons utilisé une formule de répartition aléatoire des chiffres (X) d'anonymat pour chaque sujet au sein de sa population : CAX pour les cadres, CLIX pour les cliniciens et PHYX pour les physiothérapeutes. Dans les entretiens, l'anonymisation a concerné l'identité du sujet et aussi celle de son cadre direct, le cadre supérieur étant le même pour tous. Cette étape a vu selon, soit le nom retiré, soit le nom transformé au bénéfice de "mon chef" ou "mon supérieur direct", peu importait l'identité de genre de ce dernier.

IV. Résultats

1. Caractéristiques des échantillons

a. Cadres

Les cadres sont en majorité des hommes. Ils ont bénéficié d'une formation initiale à deux tiers d'un pays européen et d'un tiers suisse. Ils ont tous accédé à la fonction de cadre sur postulation dans l'institution, après quoi ils ont bénéficié de la même formation certifiante au sein d'un organisme externe suisse. Ils sont en poste depuis en moyenne 13 ans. Deux exercent à 80% cette fonction et un à 100%. Tous ont un pourcentage de travail clinique auprès des patients allant de 10% à 40%.

b. Cliniciens

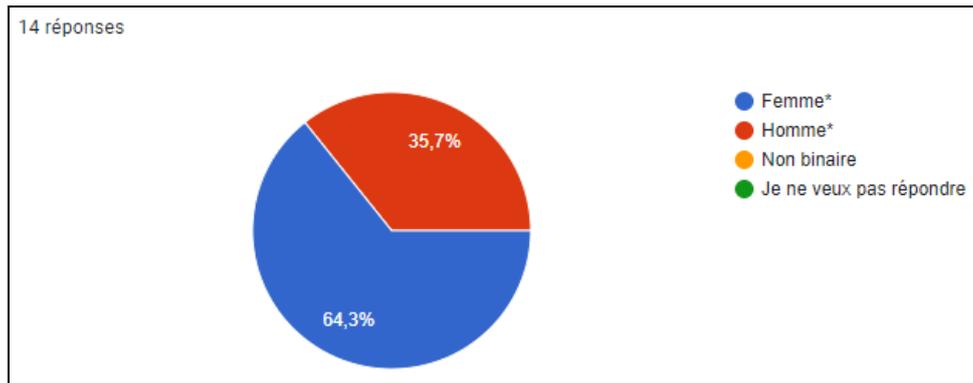
Les cliniciens sont pour moitié des hommes et moitié des femmes. Deux bénéficient de formations initiales suisses et deux belges. Un seul sujet a bénéficié d'une formation de clinicien généraliste à sa prise de poste, auprès d'un organisme externe suisse, les trois autres faisant donc fonction de clinicien dans les faits, sans formation spécifique a priori ou *post hoc*. Deux travaillent à 80% et possèdent un 40% dédié à leur mandat de clinicien et donc 40% de clinique auprès des patients. Les deux autres travaillent à 100%, avec 20% de temps de clinicien et le reste dans les soins. Deux cliniciens sont en poste depuis une année, un depuis 2 ans et le dernier depuis 9 ans. Tous bénéficient d'un master en sciences, dont un est docteur en physiothérapie.

c. Physiothérapeutes

15 physiothérapeutes se sont proposés pour participer aux entretiens. Un sujet a dû être exclu des résultats, car nous nous sommes rendu compte lors de l'entretien qu'il n'avait jamais fait de demande complète de formation auprès de l'hôpital, relevant donc d'un motif d'exclusion. Les résultats portent donc sur 14 sujets.

i. *Identité de genre*

Les participants étaient majoritairement de genre féminin.

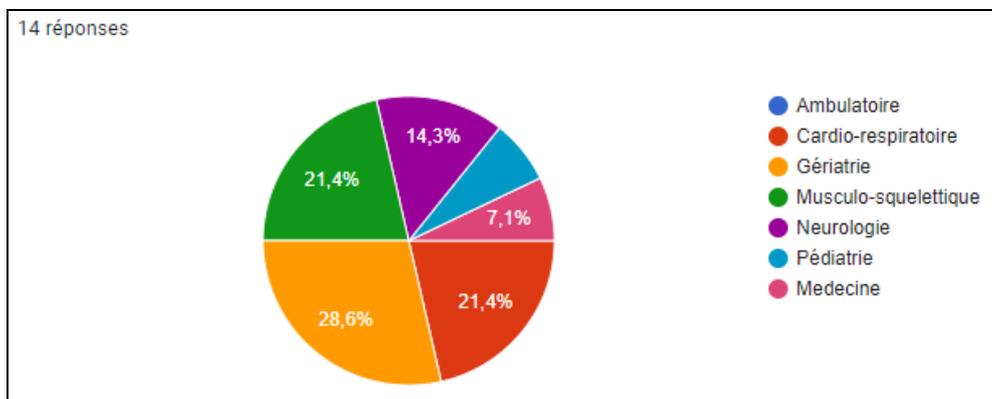


ii. *Site principal d'activité*

Tous les sites géographiques sont représentés à parts égales.

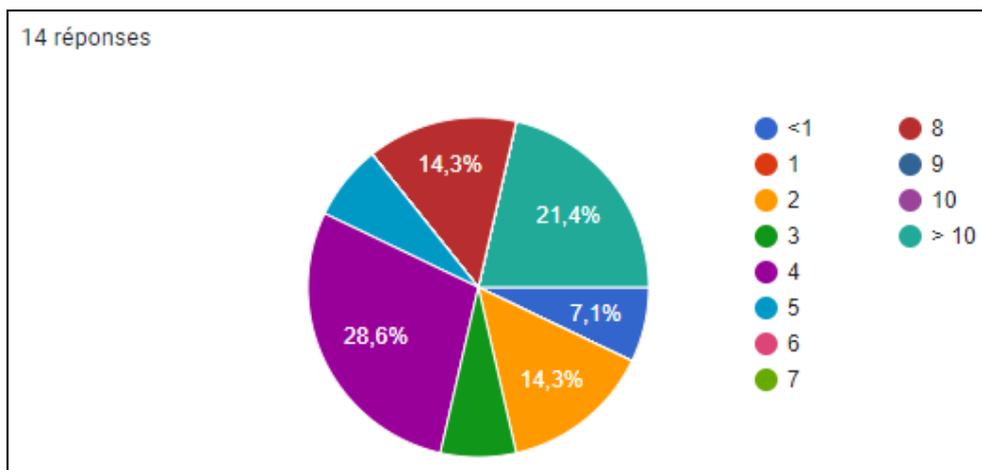
iii. *Domaine principal d'activité*

Nous obtenons une représentation complète des domaines d'activité avec principalement le domaine de gériatrie et le musculosquelettique (comprenant la part d'ambulatoire) représentés. Puis, nous retrouvons à parts égales le domaine cardio-respiratoire et celui de la neurologie. La pédiatrie est représentée à l'image du nombre de physiothérapeutes de la spécialité. La médecine est une activité transversale à tous les autres domaines ne peut donc rejoindre un autre domaine.



iv. *Ancienneté*

On observe une répartition variée des sujets selon leur ancienneté, avec une étendue entre moins d'une année et plus que dix ans. La moyenne d'ancienneté est à six ans en comptant une année au minimum (cas "<1") et dix ans au maximum (Cas ">10"). Le graphique indique la répartition en nombre d'années d'ancienneté.



2. Caractéristiques de retranscription automatique

Au total, 380 pages de retranscriptions ont été produites pour les populations cadres, cliniciens et physiothérapeutes. La première étape de transcription automatique a présenté un taux de sûreté en moyenne de 81%⁴. L'étendue de sûreté s'est étalée entre 68% et 89%. Les variations observées s'expliquent principalement par la qualité des enregistrements et le fait que de nombreux collaborateurs sont d'origines étrangères et parlent français avec un accent limitant la compréhension de l'intelligence artificielle. L'aspect qualitatif de l'enregistrement correspond notamment à la résonance de la salle d'entretien et la distance des interlocuteurs au microphone.

3. Contenu des entretiens par population

a. Cadres

| Femme formation en France | Homme formation en Suisse | Homme formation en Belgique. |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Travail à 60% en tant que cheffe et le reste en clinique. | Travail à 80% et a 10 à 20% de soins. | Travaille à 100% Cadre depuis 2007. |

Tableau 1: Caractéristiques des sujets cadres interrogés⁵

i. *La représentation de la notion de formation.*

Concernant la notion de formation, pour tous les cadres c'est un "processus actif", c'est-à-dire initié par l'individu. Il peut concerner autant le développement personnel que professionnel. Pour CA1, la formation c'est d'abord transmettre des compétences, une manière "d'allumer un feu". Pour CA2, l'intérêt de la formation est de s'assurer d'avoir un niveau de compétence requis pour qu'une activité soit conforme entre le besoin et le terrain. Pour CA3, chaque collaborateur devrait suivre une formation

⁴ Données produites par le logiciel

⁵ Nb : la position dans le tableau est aléatoire et ne correspond pas à l'identification numérique aléatoire réalisée, par exemple : CA1 ne correspond pas nécessairement au profil présenté ci-dessus dans la première colonne.

tous les 2 ans, au minimum. Elle doit apporter un plus à l'individu ou à sa pratique. Pour le même sujet : "l'institution a tout à gagner à former des gens si elle arrive à les garder après", car "forcément ça se répercute sur un meilleur soin". Aussi, il faut que les formations soient en rapport avec le domaine d'activité pratiqué. Par ailleurs, CA2 indique que "si le niveau [du collaborateur] est trop bas, il faut le combler et attention si le niveau est trop haut ça peut créer de la frustration".

Nous pouvons noter ici la vision de la formation comme un outil de développement personnel et professionnel. Les cadres mentionnent aussi son utilisation pour répondre à un besoin de compétence provenant d'une activité de terrain. Aussi, un trop grand écart de compétence d'un collaborateur avec la tâche prescrite pourrait avoir un effet néfaste sur l'activité et/ou le collaborateur. Pour ce dernier il doit s'agir d'une démarche à l'initiative propre de chaque physiothérapeute.

ii. *L'identification des modes et actions de formation dans le milieu.*

Les cadres identifient différents modes de formations en interne, sur leurs sites. D'abord, certains sont informels comme les échanges entre pairs autour de cas de patients ou de co-thérapies (thérapies à plusieurs thérapeutes pour un patient). Il n'y a pas de procédure institutionnelle pour identifier ces moments dans l'emploi du temps. Les cadres disent stimuler les collaborateurs à le faire, mais trouvent difficile d'en évaluer la réalité. En outre, nous retrouvons la notion de tutorat dans le domaine respiratoire, pour les nouveaux arrivants de certains sites.

Les échanges entre pairs se retrouvent également sous des formats plus officiels. En effet, sur certains sites sont regroupés les pratiquants de soins respiratoires qui se retrouvent régulièrement pour parler des stocks de matériels respiratoires, mais aussi de cas de patients et de leurs pratiques. Le même format existe pour la pédiatrie. Sinon, c'est principalement lors de colloques de services que les échanges peuvent se faire. Ils se font sur tous les sites, à des jours de la semaine et des temporalités différentes. Les temps de colloques, qui regroupent tous les membres physios d'un même site, alternent entre des séances purement de vie de service et d'autres d'interventions ou de formation sur le métier. Pour certains sites, les séances se déroulent une semaine sur deux, sur d'autres une semaine sur quatre. Les plannings d'interventions sur ces séances de formation ont été confiés sur tous les sites à des physios référents qui se chargent de trouver des intervenants dans l'équipe ou en externe, en collaboration avec les cadres.

Les interventions des collaborateurs se font sur la base du volontariat et peuvent parfois constituer des retours de formations de ces derniers, ou bien des présentations de mémoires pour les étudiants. L'emploi de vidéoconférence est utilisé pour les colloques de formation multisites sur deux sites. Deux cadres sur trois identifient une difficulté à définir le temps de préparation d'une intervention d'un collaborateur. Ils relatent une grande inégalité de besoins selon les physios, pour CA2 : "c'est difficile pour moi de savoir combien de temps attribuer à la préparation [...] il n'y a pas de règle du jeu clairement

définie”. Par ailleurs, deux des cadres notent parfois un manque de volontaires et/ou la répétition de certains à se proposer. Les cliniciens se servent également de ces séances pour faire des interventions spécifiques. En outre, il n’y a pas d’accompagnement ciblé pour aider à la construction des interventions.

Dans les autres modes de formation interne, c’est le catalogue de formation interne qui est ensuite cité. Deux des cadres estiment qu’il mobilise de l’intérêt chez les collaborateurs par son programme transversal et parfois spécifique. Pour le dernier, le catalogue aurait assez peu de succès auprès de son équipe car contenant “trop de transversalité [hors métier physio] et peu de formation spécifique”. À la question de savoir s’il serait intéressant de développer un domaine spécifique, celui-ci estime que “c’est trop dépendant d’un besoin momentané, ça doit être plus réactif que le catalogue”.

Un des cadres mentionne également l’accès au centre de documentation et la possibilité de recevoir les sommaires de revues scientifiques pour lesquels l’hôpital est abonné, par mail. De plus, il indique que les collaborateurs ont accès à toutes les présentations PowerPoint qui seraient disponibles à partir de leurs sessions informatiques.

Les trois cadres ont abordé une expérience de tableau Excel ayant recensé à un moment toutes formations des collaborateurs physio, sur la base de leur volontariat à transmettre leur parcours de formation interne et externe. À l’origine ce tableau avait pour but de permettre de meilleurs échanges entre les collaborateurs. En effet, l’identification des formations de chacun pouvait permettre de se référer à une personne spécifique en cas de besoin de renseignement ou d’avis sur le cas d’un patient. Cependant, ils expriment tous la difficulté qu’il y a eu à l’actualiser et son caractère chronophage. Pour CA2 “c’était difficile à entretenir, car personne n’avait le *lead* dessus”. Par ailleurs, il soulève le fait qu’il y avait eu pas mal de résistance de certains physios qui y voyaient un outil de comparaison entre collègues. Pour CA3, “c’est dommage [de l’avoir laissé de côté], car on a des spécialistes sur chaque site et on ne le sait même pas”.

Un cadre mentionne une pratique de Journal Club, où un physio avait 15 min pour présenter un article ou une lecture, de manière hebdomadaire. Cette pratique a été stoppée par manque de temps.

Concernant les formations externes, les cadres mentionnent la possibilité de faire des demandes de formations en remplissant le formulaire institutionnel. Néanmoins ils estiment que de nombreux collaborateurs se forment également à titre personnel, ce sur quoi ils n’ont pas de regard. Un des cadres aborde un partenariat avec la société cantonale de physiothérapie qui accorde 2 places à ses formations pour les physios de l’hôpital, en échange de la possibilité d’utiliser les locaux de l’hôpital pour ces évènements.

iii. *L'expérience de gestion de la formation pour les collaborateurs.*

L'accompagnement du parcours de formation du collaborateur débute dès son entretien d'embauche. Tous les cadres mentionnent l'intérêt du CV et du parcours de formation antérieur à l'embauche. À partir de cela, les usages diffèrent selon les sujets. Deux cadres constituent des dossiers personnels de suivi, qui regroupent tous les documents. En parallèle, un cadre dit faire un fichier de suivi annuel qui comporte toutes les demandes de formations sur les trois dernières années. Tous les trois reconnaissent que le suivi des compétences est en revanche plus ardu. Pour CA2 : "je ne fais pas d'évaluation des compétences. Alors je fais des évaluations du personnel, mais ce qui est beaucoup en termes de comportement de toutes ces choses qui sont transversales. Après, quand la partie vient sur les compétences professionnelles, c'est beaucoup plus le collaborateur qui donne son feedback que moi qui lui dit". En revanche, CA3 aborde sa capacité à observer ses collaborateurs sur le terrain, notamment en traitant certains patients en commun ou en préparant des colloques pluridisciplinaires de suivi des patients. Tous les cadres soulignent également la possibilité d'avoir des retours individuels informels de la part des physios et des cliniciens pour évaluer les possibles dysfonctionnements d'un collaborateur. Les trois cadres parlent des entretiens individuels de suivi du collaborateur comme une possibilité de parler de la formation personnelle, mais reconnaissent ne pas toujours l'utiliser comme ça. De plus, la temporalité ne semble pas être régulière, pour CA1 : "Je ne peux pas suivre le rythme [à 3 mois, 6 mois, un an, 2 ans] avec le nombre de collaborateurs". CA2 fait le même constat.

Concernant le processus d'organisation des formations, tous disent faire des interventions en colloques de service pour présenter les orientations de formation de l'année à venir pour aider les collaborateurs à formuler leurs souhaits. Cette étape se déroule au printemps pour qu'ils puissent clôturer leur budget prévisionnel aux alentours de la fin août. Pour CA1, la construction de son budget de site s'organise ainsi : " pour 50% les besoins directs et pour 50% les besoins secondaires et la nouveauté". Les deux autres cadres ne mentionnent pas de réflexion de ce genre, et attendent les réunions de cadres de préparation du budget où ils décideront ensemble des priorités de formation du service de physiothérapie dans son ensemble. C'est le fichier compilant les formations par ordre de priorité pour le service qui sera envoyé au service de formation. Le discours est homogène sur les pratiques d'informations auprès des équipes.

Pour la construction de ce listage, les cadres inscrivent les formations et le nom de la personne à côté. Ce processus est la conséquence de différentes situations. Il nous est présenté que généralement, les cadres ont déjà des idées de profils pour les formations. Ils se tournent donc vers ces dernières pour leur proposer directement. Pour CA3 : "Je connais très bien les membres de mon équipe, donc souvent je pressens quelqu'un pour une formation. Ça ne repose pas sur grand-chose, mis à part du feeling au final. [...] Je me plante pas trop en général". CA1 décrit qu'à l'annonce d'une proposition de formation qu'ils donnent, se présente parfois un physio volontaire, parfois plusieurs, et par moment aucun, ce qui peut les mettre en difficulté. Par ailleurs, le collaborateur peut présenter une demande de formation à son

initiative. CA2 s'exprime en disant : "on manque , ou je manque, d'objectifs par rapport à mon service. Ce qui veut dire que quasiment toujours, les besoins viennent de quelqu'un qui propose. [...] C'est difficile d'évaluer la qualité et la pertinence des choix de formation". Les pratiques de recensement et de traitement des demandes sur le terrain sont différentes entre les cadres.

Le sujet du budget est largement abordé par les cadres. En effet, il semble constituer une problématique majeure à deux niveaux. Le premier concerne la partie financière à proprement parler qui concerne le manque de visibilité sur les possibilités financières. C'est-à-dire qu'ils ne reçoivent pas une limite de montant sur laquelle baser leur budget prévisionnel. Une fois le budget envoyé au service de formation on leur demande souvent de retrancher jusqu'à trois quarts de leurs propositions. Il est donc arrivé qu'ils proposent plus de formations en espérant obtenir la validation d'un plus grand nombre. CA1 note un manque de visibilité sur le budget à l'échelle du département. Le deuxième niveau est celui de la temporalité. D'une part, il est difficile de faire des projections pour des formations à presque une année et demie. Par ailleurs, le délai de retour du budget prévisionnel semble être trop long pour les cadres. Pour CA1 "ce n'est pas un problème de personne, mais de système.[...] Il ne correspond pas à notre vie et au cycle des calendriers de formation [externe]. [...] Il ne permet pas de rajouter des formations en route". Ils invoquent le fait que certaines formations pour l'année suivante ne sortent pas avant la fin d'année précédente ou le début de celle visée : "nous sommes trop dans l'anticipation". Ils rapportent des difficultés très régulières à répondre à leurs collaborateurs dans ce délai de réponse. "C'est très difficile à vivre, car les collaborateurs sont en forte attente. C'est pour moi la période la plus difficile. [...] Ils doivent jongler sur le fait d'engager eux-mêmes les frais sans être certains de pouvoir être remboursés, ou alors à la dernière minute. Et parfois, il est trop tard, au regard des délais d'inscription mentionnés, voire du nombre maximum d'inscrits".

Au total, ils décrivent un sentiment de manque d'information sur la limite de budget et ce qu'il représente comme dépense institutionnelle, qui rendrait difficile leur construction de budget prévisionnel. En plus, ils nomment leur frustration à cause de la durée de traitement de leur prévisionnel qui serait trop longue et mettrait à mal les inscriptions ou la participation de certains collaborateurs.

Deux cadres sur trois disent avoir des retours d'avis directement de la part des collaborateurs sur le processus de formation. Pour CA1 : "ils ont un sentiment que je trouve erroné de manque de transparence sur les décisions prises. [...] ça peut paraître peu transparent, injustifié et pas équitable". CA2 décrit un changement de paradoxe sur les dix dernières années entre un fonctionnement qui a évolué d'un système de besoins de formation des collaborateurs, vers des besoins désormais exprimés par l'institution. Pour lui, la situation s'est normalisée, mais il y aurait eu une période de frustration après cet "âge d'or" où presque toutes les formations étaient accordées, alors que désormais le système de priorisation est instauré. Pendant cette transition certains collaborateurs auraient exprimé leur mécontentement sous des formes telles que : "j'ai fait cette formation de mon côté, il n'y a pas de raison que j'en fasse profiter

l'institution". Les cadres ont donc des retours de manque de transparence et de frustrations vis-à-vis de certains collaborateurs, depuis plusieurs années.

iv. *Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.*

Les cadres se sont tous montrés très intéressés par notre démarche d'ingénierie qui leur a permis de verbaliser de nombreuses idées sur le sujet pour lesquelles ils disent ne jamais avoir vraiment eu le temps de travailler. "On a tellement de problèmes de gouvernance que la formation n'est qu'un problème parmi d'autres" pour CA2. Leur travail se trouve donc orienté vers d'autres problématiques de gestion d'équipe et d'organisation. Néanmoins, ils nous ont livré certains thèmes qui leur tiennent à cœur.

D'abord, ils questionnent le développement de la communication de la direction et du service de formation concernant la formation. Ils pensent que les axes donnés ne sont pas toujours très clairs ont pu par le passé être teintés de communication paradoxale. Concernant le budget CA2 nous livre "on a beaucoup entendu tout et son contraire par rapport à ce fonctionnement-là et à un certain moment donné, c'était vraiment kafkaïen". CA3 se demande s'il pourrait y avoir un moyen de communication officiel pour reprendre les éléments du système de formation, son financement, son cadre légal dans la CCT, voire de décrire un bilan annuel et la politique de l'hôpital. "un peu comme du marketing".

Ensuite, les cadres se questionnent sur leur pratique d'analyse des besoins. Ils estiment qu'il leur manque un outil pour cela et qu'ils doivent trouver des indicateurs spécifiques pour améliorer leur stratégie de formation. Aussi, ils questionnent leur suivi des compétences des collaborateurs, qui pourrait être amélioré pour valoriser la formation interne moins coûteuse. Ils regrettent aussi de ne pas utiliser au mieux les compétences des collaborateurs entre les sites. Pour CA2. " Et quand je dis que je ne suis pas satisfait, c'est parce que l'on n'a pas non plus la culture du partage de la formation". Ils s'interrogent aussi par ce point sur la manière de transmettre les savoirs acquis dans les formations de chacun.

Enfin, un des cadres aborde la question de l'intégration des outils numériques dans la formation. Il pense qu'il y aurait des bénéfices à les utiliser pour rendre le système plus efficace. Il cite la création de MOOC dans les processus qui permettent aux collaborateurs de se former au travail ou depuis chez eux, sans avoir besoin de se déplacer. Il y voit un gain de temps et d'argent, mais reconnaît que cela ne remplace pas tout l'intérêt d'une formation en présentiel, comme les échanges informels ou la pratique.

b. Cliniciens

| Formation Suisse. Master en sciences du sport, mention entraînement et performance sportive. | Formation en Belgique, a un master. DU en physiothérapie respiratoire | Formation suisse alémanique. Master en neurologie. | Formation en Belgique Belgique. Doctorat |
|---|--|--|---|
| En CDI à 100% dont 20% en tant que clinicien depuis moins d'un an. | Clinicien depuis 9 ans. Formation de clinicien généraliste sur 2 ans à Espace Compétence. Travaille à 80%, dont 40% en tant que clinicien. | 10 ans d'ancienneté Mandat sur 2 sites. | Arrivé en 2019, travaille à 100% |

Tableau 2: Caractéristiques des sujets cliniciens interrogés⁶

i. *La représentation de la notion de formation.*

Les cliniciens décrivent la formation de manière homogène. Ils y voient un moyen de réaliser certains objectifs. D'abord, cela leur permet de questionner et d'améliorer leurs pratiques. Pour CLII, c'est se pencher sur les "ah, mais on a toujours fait ça comme ça", pour s'assurer du bien-fondé de la pratique. CLI3 nomme la vitesse avec laquelle les connaissances et les pratiques changent : "Celles d'hier et d'aujourd'hui changeront probablement demain, seront à poursuivre, à abandonner, à préciser". Pour eux, la démarche de se former doit être continue et également une façon de maintenir son "ouverture d'esprit".

Par ailleurs, nous retrouvons dans leurs propos le thème de la performance. Tous mentionnent la nécessité de lire la littérature scientifique régulièrement. CLII voit dans l'action de formation une façon de développer "son expertise pour performer sur un sujet et faire avancer les choses dans nos pratiques". Tous mentionnent également la nécessité de s'intéresser aux symposiums et congrès de sa spécialité. Pour CLI4 : "faire un congrès au moins tous les 2 ans, permet de s'actualiser sur les dernières informations de la recherche". La recherche scientifique tient une place importante dans leur propos, d'une part elle se présente sous forme de littérature à étudier, mais peut également être un outil d'expérimentation de terrain. Il serait possible d'en faire un outil de performance sur le terrain.

⁶ Nb : la position dans le tableau est aléatoire et ne correspond pas à l'identification numérique aléatoire réalisée, par exemple : CLII ne correspond pas nécessairement au profil présenté ci-dessus dans la première colonne.

En présentant leur vision de la formation, les cliniciens nous livrent également une vision d'un fonctionnement par réseau de connaissances autant humaines que des organismes en lien avec leur métier. En effet, ils ont tous des personnes ressources ou des liens avec les sociétés savantes de leur discipline. Ils se tiennent aussi tous au courant de l'actualité de l'université où ils ont fait leurs études. Par ailleurs, lorsqu'ils abordent les possibilités de formation, ils citent les diplômes universitaires d'une part, les formations internes ou externes d'autre part, mais également le suivi des réseaux sociaux scientifiques. CLI2 aborde même son intérêt à aller se renseigner dans le réseau hospitalier suisse pour échanger sur les pratiques des différents sites.

Enfin, ils accordent tous une place importante à la formation entre pairs et avec les autres professionnels de santé. Lorsque CLI1 parle des échanges autour des articles scientifiques, il dit : "la lecture doit se faire d'abord individuellement, puis collectivement dans la profession et ensuite en interprofessionnel".

ii. *L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.*

Concernant la formation à l'hôpital, les cliniciens identifient des temps de formations individuels ou collectifs, informels ou formels. Sur le sujet de la formation individuelle, ils nomment d'abord leur utilisation des ressources du service de documentation. Pour eux, le service est très efficace et intéressant. Dès qu'ils sollicitent des articles scientifiques, ils saluent la rapidité avec laquelle le service les leur fournit. Toujours dans un format informel, ils ajoutent utiliser des ressources informatiques institutionnelles comme le site scientifique Up to Date. Ils participent aussi à des MOOC ou autres formations et cours en ligne. Pour CLI3, c'est un moyen efficace flexible pour se former, car il peut l'organiser facilement dans un planning même avec des aléas. Pour lui le caractère asynchrone de ces outils est synonyme de liberté d'organisation. Enfin, les cliniciens concèdent avoir de nombreux échanges informels avec les physios qui viennent les questionner sur leurs spécialités. Ils répondent alors à ces questions de manière individuelle et parfois s'en saisissent pour l'aborder avec l'équipe.

Au niveau de la formation individuelle formelle, nous trouvons le format du tutorat respiratoire d'arrivée des nouveaux collaborateurs. Ce tutorat se rencontre sur les sites de soins aigus. Sur le premier site, il est géré par l'équipe respiratoire du site alors que sur un autre site il est encadré par la clinicien spécialisée en soins respiratoires. Sur un site, l'équipe l'a organisé en 8 modules avec un quiz d'évaluation de connaissance initial. Huit modules sont proposés avec des ateliers théoriques et pratiques. Pour l'autre site, l'organisation du tutorat se déroule sur deux à trois mois, selon le besoin du collaborateur. Le tutorat commence par un entretien initial d'évaluation de niveau au regard d'une grille des actes à maîtriser en soins respiratoires. Cette grille est remplie avec le collaborateur selon des indicateurs progressifs par items de "vu", "effectué sous surveillance", "fait seul", "capable de l'expliquer et le transmettre". Cette grille est construite à partir de la littérature scientifique du domaine des soins respiratoires aigus. Le clinicien décrit le tutorat comme utilisant la pédagogie active et donc

centrée sur les besoins du collaborateur, qui à l'occasion d'accompagner les différents physios de l'équipe sur les sujets respiratoires de son choix. Nous pouvons constater ici une absence de communication et de coordination à travers deux programmes de tutorat sur le même sujet, organisés de manière indépendante et sans concertation. Le clinicien en soins respiratoire n'étant pas au courant du fonctionnement de tous les sites.

Sur les formats collectifs, les cliniciens mentionnent d'abord les colloques d'équipes, à la temporalité différente selon les sites. Pour ces colloques, ils sont invités à intervenir selon les modalités de leur choix. Parfois ce sont les cliniciens qui décident des thèmes qu'ils veulent traiter. Parfois, ils effectuent des sondages auprès des équipes pour identifier des besoins. Sur un site, huit sujets ont été demandés à la dernière consultation d'équipe, et respectivement 5 sur l'autre site. Cependant, pour CLII, il n'y a pas assez de temps de formation pour uniformiser les pratiques : "On prend dix physios et on va avoir dix traitements différents. Je pense qu'on peut uniformiser mieux les choses. Quand un patient va chez le médecin, il s'attend à être traité de la même façon. On devrait avoir la même chose." Actuellement, les cliniciens interviennent en colloques de services en moyenne 4 à 5 fois par année. Ils profitent en parallèle, d'effectuer des communications par mail pour transmettre les nouveaux protocoles ou documents de travail sur leur spécialité. Au total, les interventions auprès de l'équipe sont irrégulières, à l'initiative des cliniciens qui identifient des besoins dans la pratique ou en sollicitant les équipes. Les types de communication sont construits et utilisés à l'appréciation de chacun d'eux.

Par ailleurs, les cliniciens peuvent intervenir dans les formations internes. Deux des cliniciens forment sur des sujets spécifiques. Le clinicien en soins respiratoires est inscrit au catalogue de formation interne pour trois formations. Le clinicien en neurologie est intervenant pour la certification de l'unité des accidents vasculaires cérébraux, "*Stroke Unit*". En outre, le clinicien en soins respiratoire fait également partie du *pool* des cliniciens hospitaliers. Il s'agit du rassemblement des cliniciens de toutes les disciplines qui se chargent des problématiques institutionnelles. Par exemple, à partir de l'identification d'incidents à répétition sur l'oxygénation des patients, ce groupe a été sollicité pour mettre en place une intervention sur ce thème lors de la journée d'accueil de tous les nouveaux collaborateurs. En plus de leur rôle de formation des physios, les cliniciens interviennent donc aussi plus largement dans l'institution.

iii. *L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel.*

Les cliniciens peuvent utiliser, au même titre que les autres collaborateurs, le processus de demande de formation institutionnelle. Nous les avons donc questionnés sur leurs habitudes à l'utiliser. Les quatre cliniciens nous ont d'abord décrit des organisations assez méthodiques pour identifier la formation qu'ils pourraient demander. Pour CLI3 : "je cherche d'abord par mots clés sur Google. Ensuite je trie les

formations qui sortent en regardant si elles sont certifiées par des labels de qualité. Je cherche après la validité scientifique au vu de la littérature scientifique et des sociétés savantes. Mais ce n'est vraiment pas une démarche simple". Il nous explique que cela résulte de nombreuses déceptions avec d'anciennes expériences de formation : "je me suis rendu compte que l'impact sur ma pratique et la validité scientifique n'étaient pas toujours au rendez-vous". CLI4 vient compléter le propos, en indiquant qu'elle se tourne presque exclusivement vers les sociétés savantes ou les universités pour entamer ses recherches. CLI2 mentionne également son habitude à solliciter son réseau d'expert ressource pour orienter ses choix. Tous valorisent aussi les formations certifiantes. Certains cliniciens disent être régulièrement sollicités par les collaborateurs à la recherche de formations. Le processus d'identification n'est donc pas simple pour les cliniciens.

Concernant l'outil de demande de formation, ils en sont satisfaits. Cependant, pour certains ce formulaire est peut-être trop "léger". Ils s'interrogent sur la nécessité de demander plus de justifications de motivation : "je pense qu'il faudrait une lettre de motivation, voire un entretien pour des grosses formations". Pour CLI4 : " les demandes de formation devraient être comme des demandes d'augmentation, tu dois convaincre la personne qui va te donner des sous, à l'aide des recommandations de bonne pratique". Un clinicien s'est exclamé "à un moment c'est de l'argent public quoi !".

En complément de ces informations, deux cliniciens nous indiquent rencontrer des difficultés à cerner le fonctionnement de choix des demandes. Pour CLI3, "c'est plutôt facile de faire les formations en interne, mais pour l'externe c'est plus nébuleux. On ne sait pas ce qu'on peut demander en termes d'heures. On ne sait pas vraiment ce qui fait que certaines formations seront privilégiées plus que d'autres. Finalement, je trouve moins facile de comprendre ce qui est une bonne formation pour l'institution et ce qui ne l'est pas". Sur le même sujet, CLI2 nous livre : "Pour moi, c'est très peu transparent. On ne sait jamais pourquoi lui la reçoit et moi, je ne la reçois pas. On nous dit que dans les demandes c'est tout ou rien. Mais après coup, on apprend qu'à lui on a payé ses déplacements et non pas le reste. Et puis finalement à l'autre, on lui a tout payé. Et puis ce qu'il se fait sur les autres sites, on n'a absolument aucune idée. Et puis ce qui se fait sur notre propre site c'est pareil, sauf si on s'en parle. Mais ce n'est pas quelque chose qui est fait. On gagnerait à savoir qui fait quoi sur notre site et les autres". Ces deux cliniciens mettent en lumière un manque d'informations sur ce qu'il est possible de demander dans le formulaire et sur la manière dont il sera traité. Ils font aussi état de communications paradoxales sur le sujet et d'incompréhensions au sein des équipes.

Au total, nous voyons donc que les cliniciens procèdent à une recherche méthodique complexe avant d'utiliser les demandes de formation, et n'ont pas connu de refus en conséquence. Nous comprenons qu'ils questionnent le processus de demande actuel pour améliorer la qualité des demandes et les bénéfices attendus pour l'institution. Par ailleurs, ils soulignent un manque d'information pour le remplissage des formulaires de demande et leur traitement par la hiérarchie.

iv. *La place et le rôle du clinicien dans le processus actuel de formation.*

Parmi les cliniciens, nous avons compris que sous le même intitulé, ils ne partageaient pas tous la même fonction ou organisation. Nous comprenons que seul un clinicien a une formation de clinicien généraliste, qu'il a réalisée en alternance sur 2 années. Les trois autres sont des spécialistes de leur domaine de physiothérapie, que l'on pourrait identifier comme "faisant fonction" de clinicien. La différence nous semble importante, car pourraient expliquer les différences de fonctionnement et peut-être d'objectifs.

Le clinicien généraliste est le seul à faire partie du *pool* des cliniciens hospitaliers. Il possède le même cahier des charges que les autres cliniciens généralistes. En revanche, les trois autres faisant fonction, n'auraient pas de cahier des charges. Pour l'un d'entre eux, "j'aurais besoin de plus de cadre sur mon périmètre d'action, je ne sais pas si je dois être fixe sur un site ou bien multisite. J'aimerais me dédier à un site pour développer ma spécialité, mais je ne sais pas vraiment à quoi me préparer". Pour un autre, "je suis un peu laissé en roue libre et je suis assez peu sollicité par ma hiérarchie". Pour le dernier : "ce qui est difficile avec ce mandat, c'est d'identifier qui former ? Où mettre en place certaines choses ? Sur quels sites ? Avec qui ?". Le manque de cadre sur la fonction semble mettre en difficulté les cliniciens faisant fonction.

Sur le fonctionnement actuel, les cliniciens décrivent les mêmes missions principales que sont la formation des collaborateurs, l'uniformisation des pratiques institutionnelles comme la création de bilans spécifiques sur le programme informatique commun, l'uniformisation des pratiques cliniques comme la mise en place d'arbres décisionnels ou protocoles de prises en charge des patients. Trois d'entre eux mentionnent leur rôle d'analyse des pratiques sur le terrain dont deux disent analyser les besoins de formation. Sur ce dernier sujet, CLI2 estime "on manque cruellement de visions des compétences, et du coup on n'arrive jamais à anticiper les problèmes de compétences quand quelqu'un part par exemple.". Pour CLI4 il serait intéressant d'utiliser des référentiels de compétences, d'autant plus que la littérature scientifique existe sur le sujet sous des formes souvent abouties. Avec des missions qui paraissent communes, les cliniciens n'ont pas les mêmes pratiques de terrain. Pour CLI2, le problème serait dû notamment à un manque de travail collaboratif entre les cliniciens : "on va continuer à entretenir des incohérences sur le terrain si on ne travaille pas ensemble. Et c'est aussi la faute de nos dirigeants, c'est eux qui devraient nous mettre en relation. C'est eux qui ont la vue du haut de la pyramide qu'on n'a pas". CLI4 ajoute qu'il y a un manque de communication sur les formations en inter sites. Aussi, il pense "que la politique institutionnelle doit être plus claire [sur notre rôle]" dans le contexte où les cliniciens sont aussi sur le terrain et voient que les effectifs sont souvent limités, et ils observent que la formation est souvent supprimée pour gagner du temps dans ces périodes de stress : "Ça ne semble pas une priorité. On manque de temps dédié et on est trop stressés, stressés par le job". CLI2 ajoute "le problème c'est que les collaborateurs ont aussi l'impression de retirer une thérapie à un patient, on

entretient beaucoup de frustrations”. Ainsi, les cliniciens constatent un manque de coordination entre eux qui, ajouté au manque de cahier des charges et des orientations institutionnelles, expliquent d’une part la différence des pratiques entre cliniciens et, d’autre part, les différences de ressentis sur le terrain.

Par ailleurs, les cliniciens ont abordé la notion de gestion de projet. Certains se sentent trop seuls dans la création et la mise en place de leurs projets par spécialité, qu’il s’agisse de conceptions de formation ou de changement de pratiques. CLI2 exprime du regret de toujours être à l’initiative de projets et de manquer de “doléances”, ici dans le sens de demandes, et d’appui de la part de sa hiérarchie : “Je trouve qu’on se tire une balle dans le pied à fonctionner comme ça. D’une part on n’est pas défendu, car c’est des choses qui ne viennent jamais de notre hiérarchie. Mais après les autres services nous demandent des choses avec plaisir et on rajoute, on rajoute. Mais je n’ai pas de position hiérarchique, je ne peux rien imposer à mon équipe. Si je trouve qu’il faut faire des notes comme ça, c’est pas moi qui décide. [...] Tout ça prend un temps infini vu que l’impulsion ne vient pas de nos chefs. Et donc il y a certaines choses qu’on arrive pas à révolutionner”. CLI2 décrit un sentiment d’impuissance qui pourrait venir d’un manque de travail stratégique avec la ligne managériale. Ce constat semble partagé avec d’autres cliniciens, dont un autre va même jusqu’à dire “entre nous, je pense qu’il ne faut pas travailler avec les chefs, parce que ce ne sont pas eux qui vont faire ça”, en parlant de la possibilité de faire des référentiels de compétences par filière. Ce sentiment semble venir de la déception et du manque de soutien vécu par le passé dans la gestion de certains projets cliniques. Au total, les situations décrites semblent montrer un manque de collaboration entre cliniciens et ligne managériale ainsi que le besoin d’une meilleure gestion de projets.

v. *Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités d’amélioration et limites.*

Les entretiens ont été particulièrement riches au sujet des projets et des pistes d’amélioration de la formation. Cependant, tous les propos ne concernaient pas la formation. Aussi nous laisserons ces sujets de côté pour nous concentrer sur notre sujet de recherche. Concernant l’organisation du travail, deux des cliniciens voudraient trouver une façon de valoriser le travail des collaborateurs pour leur donner l’envie d’aller plus loin et de se former. Pour CLI1, il faut utiliser la recherche clinique “Je pense que le travail administratif fourni est énorme [notes de chaque séance avec les patients] et pourrait être utilisé afin de valoriser et d’éclairer nos pratiques. On pourrait rendre le travail plus attractif et ça pourrait amener quelque chose de très positif”. CLI3 imagine mettre en place des indicateurs pour analyser les prises en charge physiothérapeutiques dans les notes de suivi et donc leurs effets. CLI2 vient compléter le propos en soulignant la nécessité d’harmoniser les pratiques notamment au moment des bilans des patients et leur inscription dans le logiciel de gestion du dossier hospitalier du patient, pour avoir des données comparables. Pour ce dernier, il y aurait également un intérêt à utiliser les données statistiques de l’activité qui sont relevées dans les logiciels institutionnels pour mieux identifier l’activité en

identifiant le temps nécessaire au traitement des patients et la gestion administrative pour pouvoir organiser la formation des collègues en conséquence. La majorité des cliniciens s'interroge donc sur une manière de valoriser le travail de leurs collègues, pour leur donner envie de développer leurs compétences. La recherche clinique en serait un moyen.

Concernant les interventions de formation, trois des cliniciens évoquent leur besoin en formation aux techniques de formation des adultes. En effet, les faisant fonction n'ont pas bénéficié des enseignements en sciences de l'éducation des adultes ou aux méthodes de formations andragogiques. Plusieurs relèvent des difficultés à analyser leur pratique de formateur et donc à l'améliorer. Par ailleurs, deux cliniciens voient un intérêt à ce que leurs formations internes en physio soient inscrites au catalogue pour les "formaliser" et reconnues pour les physios en temps de formation. Pour CLI4, cela permettrait de formaliser des contenus utiles aux physios des différents sites et de diminuer les répétitions de formations identiques entre les sites. CLI2 y voit également un outil d'harmonisation des pratiques intersites, par la formation de collaborateurs travaillant avec les mêmes références. La majorité des cliniciens identifient donc un besoin de compétences en ingénierie pédagogique et la volonté de créer une offre de formation en physiothérapie dans le catalogue institutionnel.

Trois des cliniciens soulignent la nécessité de développer une offre de formation numérique et notamment asynchrone. En effet, pour CLI3 ce serait l'occasion d'utiliser l'e-learning pour les phases de formations théoriques sous forme de vidéos, de tutoriels, que chaque participant générerait selon son planning. CLI4 appuie ces propos : " On fait trop de formations identiques et je pense qu'on pourrait gagner du temps à faire une vidéo et passer directement à la pratique". Ainsi, après un prérequis numérique il serait possible de pouvoir animer des formations en présentiel plus longues dédiées à de la pratique. CLI3 voit aussi une opportunité de convier des patients à ces temps pratiques. Ainsi, les cliniciens se positionnent pour l'intégration du numérique dans les pratiques de formation du service.

Nous avons également abordé la question de la place des cliniciens dans l'accompagnement des choix de formations des collaborateurs et des services. CLI1 pense que les cliniciens jouent un rôle de transmission des demandes entre les physios et la hiérarchie. CLI2 précise cette idée en disant "on gagnerait à être plus en relation avec les supérieurs qui font plus du management, alors que nous on est plus sur le terrain". Pour CLI3, leur rôle peut être consultatif auprès de la ligne managériale, sur les questions de validité scientifique des thèmes de formation. Cependant, il reconnaît que : "après, il ne faut pas que ça devienne un argument d'autorité, de dire que c'est le clinicien qui dit si c'est validé scientifiquement ou pas. Il faut qu'il puisse y avoir un dialogue avec le collaborateur". La question n'est donc pas de donner un avis sur la formation, mais de donner un avis sur la prise en charge de la formation par l'hôpital. CLI4 voit dans leur mandat l'occasion d'informer et de conseiller sur les formations intéressantes de leurs spécialités. CLI3 ajoute qu'il devrait être consulté au moment du choix des priorités de formation par site. Au total, les cliniciens mettent en lumière leur capacité à conseiller les

physiothérapeutes et la ligne managériale dans le processus de demande de formation d'une part, mais aussi dans l'établissement des priorités de formation des services.

Enfin, sur les pistes de développement de la formation des collaborateurs, CLI2 voudrait augmenter les opportunités interprofessionnelles. Pour lui, la qualité des formations et de l'amélioration des pratiques doit passer par plus d'échanges avec les médecins spécialistes. Il invoque la possibilité de participer à leurs colloques de formation dans l'hôpital, voire de les accompagner lors de congrès de spécialités. Par ailleurs, CLI2 et CLI4 pointent le besoin de pouvoir mieux identifier les compétences de tous les physios présents sur chaque site, pour mieux les mettre au service des équipes et identifier qui a le plus besoin de quelle formation. CLI4 aborde le sujet du tableau de recensement des compétences qui avait été initié en regrettant la difficulté à le gérer et l'actualiser. Il ajoute son regret d'avoir eu des initiatives riches mises en place, mais qui ne se seraient pas pérennisées par manque d'accompagnement et d'investissement. Il cite sur ce sujet les journal club et les présentations de retours de formation. Pour lui : "tout le monde doit pouvoir faire une présentation de 15min". Enfin, CLI2 voudrait mettre en place des temps d'accompagnement des collaborateurs dans leurs prises en charge, selon un système à définir de tutorat ou de mentorat, sur la base du volontariat. Ainsi les deux cliniciens nous livrent une volonté de développer la formation en remettant au goût du jour des pratiques mises de côté, et en mettant en place des collaborations interprofessionnelles et auprès des collaborateurs.

c. Physiothérapeutes

| | | | | |
|--------|---|--|--|--|
| Sujets | Formation en Espagne, expérience de travail en France pendant 5 ans | Formation suisse, diplômée 2016, début de carrière dans l'hôpital du pays d'en haut. A fait 2 DU en physio respiratoire. | Français, Formation en Espagne 2016, formé en neuro, <i>dry needling</i> et <i>trigger point</i> . CAS en cours en HES pour la réhabilitation du sportif | Formation France, 2003. A travaillé en cabinet libéral, puis hospitalier en France + centre thermal en suisse. Expérience sur Lausanne et sur Genève |
| | 4 ans d'ancienneté, activité respiratoire majoritaire | 4 ans d'ancienneté, CDI 100% en physio resp et soins intensifs. Mandat de praticien formateur PF | 4 ans d'ancienneté | CDI 100%, volant pour la gériatrie, l'orthopédie, l'ambulatoire |
| Sujets | Formation en Espagne en 2010. À travail 6 ans en France, et aussi un moment en Angleterre et au Portugal. | Formation française en 2001, Besançon. Expérience | Formation Belgique 2004, expériences de travail en France en clinique et en libéral. | Formation en suisse romande |

| | | | | |
|--------|--|---|---|--|
| | Expériences à l'hôpital et en cabinets de ville | hospitalière et ambulatoire | | |
| | Présent depuis un an, exercice tourné vers la neurologie et la pelvipérinéologie. | 8 ans, en réadaptation gériatrique à 80%. | 4 ans, passionné de soins respiratoires et ventilation | 25 ans, activité principale en pédiatrie |
| Sujets | Formation suisse romande | Française, études en Belgique en 1999. Expérience de travail en France, a été propriétaire d'un cabinet. Expériences hospitalières pendant 8 ans. | Formation à Genève en 2007 | Formation en suisse italienne Lugano en 2002. Travail en cabinet de ville, en clinique. 6 ans en clinique réadaptation en suisse allemande. Parle français, allemand, italien. |
| | 60% à l'hôpital et 40% cabinet | 3 ans, avec pratique gériatrique et prise en charge de patients ambulatoires. | 14 ans pour l'hôpital, praticienne formatrice, travaille à 50%. | 11 ans, 80% en réadaptation neuro et 20% en ambulatoire |
| Sujets | Formation au Portugal en 2010. Expérience 2 ans au Portugal en maison de retraite. Expérience en France : centres thermaux, cabinets, hôpitaux. DU en gériatrie. | Formation Italie 2019 | | |
| | 4 ans | 2.5 ans, réadaptation gériatrique | | |

Tableau 3: Caractéristiques des sujets physiothérapeutes interrogés⁷

i. *La représentation de la notion de formation*

La population interrogée présente des réponses homogènes concernant l'intérêt de se former. Sur les 14, 11 y voient d'abord un moyen d'augmenter et enrichir leurs connaissances. 9 mentionnent l'intérêt à améliorer leurs compétences professionnelles. En nombre égal, trois physios pointent son utilisation

⁷ Nb : la position dans le tableau est aléatoire et ne correspond pas à l'identification numérique aléatoire réalisée, par exemple : PHY1 ne correspond pas nécessairement au profil présenté ci-dessus dans la première colonne, première ligne.

pour valoriser l'activité du lieu de travail et proposer des projets de développement ; d'autres ont un objectif d'amélioration des soins délivrés aux patients ; et certains une simple attente de stimulation intellectuelle. De manière unique, un physio y voit un outil d'évolution de carrière. Les physiothérapeutes démontrent donc un intérêt pour la formation principalement comme un outil de capitalisation d'information, puis d'amélioration de compétences professionnelles, et enfin d'amélioration de la qualité de leurs soins du développement de leur activité sur le lieu de travail.

ii. *L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.*

Lorsque nous interrogeons cette population sur les temps de formation qu'ils vivent à l'hôpital, ce sont principalement les colloques de services qui sont mentionnés. Ils constituent donc les temps de rencontres où participent les équipes au complet de chaque site, selon un calendrier propre à chaque lieu. Le contenu de ces colloques alterne entre des séances purement administratives de vie du service et d'autres de formation. Les intervenants aux séances de formations sont les physiothérapeutes eux-mêmes sur la base du volontariat. 5 sujets mentionnent leur intérêt de retrouver les cliniciens intervenir lors de ces temps. L'organisation des plannings des séances de formation a été confiée par les cadres, sur chaque site, à des physios référents aléatoirement volontaires. La construction se fait donc à leur appréciation sans que nous ayons pu identifier de critères d'organisation autres que d'essayer de respecter un tour des personnes qui interviennent. Sur le même thème des colloques, les participants abordent ensuite les colloques que l'on nommera de spécialités. Ils concernent non plus l'équipe au complet, mais des physios selon leur secteur d'activité. Nous avons recensé des colloques spécifiques interdisciplinaires sur deux sites, des colloques spécifiques respiratoires sur un site, et de pneumologie sur un autre. Ceux-ci sont au format d'une heure hebdomadaire et sont pluridisciplinaires (sauf le colloque respiratoire). Ils concernent des thèmes propres à l'activité. Un colloque hebdomadaire pluridisciplinaire, dit "de site", est décrit sur un site. Pour ce dernier, il s'agit d'échanges entre tous les professionnels sur des thèmes de formation transversaux. Les tutorats d'arrivée sont par la suite identifiés comme bénéfiques à la formation personnelle. PHY5 pense même qu'il faudrait les formaliser et officialiser sur tous les sites. Le planning est organisé par le médecin-chef du site en collaboration avec des représentants de chaque profession. Ainsi, les premiers modes de formation identifiés par les sujets sont ceux formels, par équipe ou par spécialité.

Ensuite, c'est la formation externe qui est mentionnée en majorité. Nous notons le recours à des formations en présentiel principalement, suivis de formats en e-learning. Nous traiterons plus en détail des formations externes à travers les sous-parties suivantes.

C'est la recherche de la littérature qui se positionne ensuite dans le nombre de mentions des sujets. Elle apparaît comme individuelle, en utilisant principalement des ressources internet de moteurs de recherche

d'articles scientifiques d'abord, et de Google ensuite. Seulement trois physios mentionnent les services documentaires de l'hôpital, dont un pour dire qu'il ne les utilise pas. Abordée par 5 physios également, l'offre du catalogue de formation institutionnel est aussi citée dans les habitudes de formation. Pour suivre, quatre sujets traitent des échanges entre pairs. Ces derniers sont identifiés à travers les échanges informels entre collègues sur des cas de patients, les co-thérapies réalisées avec les patients et les échanges informels sur des techniques spécifiques. Enfin, deux physios parlent des formations tutorats mises en place dans le domaine respiratoire pour les nouveaux collaborateurs.

iii. *Le processus d'identification du besoin de formation, de recherche et de choix d'une formation.*

Nous avons d'abord interrogé les sujets sur leur manière d'identifier leur besoin en formation. Les deux tiers disent qu'ils observent principalement un manque dans la prise en charge de patients. Certains mentionnent des patients complexes avec des pathologies qu'ils connaissent peu. D'autres axent plutôt leur propos sur le manque d'amélioration du patient après leur prise en charge. Ensuite, 5 physios reconnaissent identifier leurs besoins de formation en comparant leurs pratiques à celles de leurs collègues. Ce type de propos est recueilli autant des jeunes physios vers les plus expérimentés que l'inverse. Enfin, le troisième contexte d'identification de besoin semble décrit par 3 physios qui se fixent des objectifs de formation de manière régulière dans leurs domaines d'activité, voire à des fins d'évolution de carrière. Au total, nous pouvons constater que l'identification des besoins se fait majoritairement par des manques a posteriori d'une situation de terrain, qu'elle soit initiée par les patients ou par les collègues. De manière plus anecdotique, le besoin est formulé par le manque a priori d'une situation de terrain.

Ensuite, nous avons orienté nos questions pour identifier les pratiques de recherche de formation des physiothérapeutes. En majorité, 8 se renseignent d'abord en consultant leurs collègues d'équipe. 2 disent se tourner vers les collègues qu'ils identifient comme spécialistes de la discipline ou directement auprès des cliniciens. Un des sujets identifie la possibilité de consulter son chef lors de son entretien individuel de suivi. Par la suite, c'est une étape de recherche internet qui est décrite. Cependant, tous n'ont pas les mêmes pratiques. Certains cherchent de manière, que nous nommerions, "généraliste" à travers une recherche Google. Mais pour 3 d'entre eux, ils recherchent directement sur des sites d'organismes de formation qu'ils connaissent, où sur des sites universitaires. Beaucoup décrivent avoir du mal à faire des recherches de formation. Pour PHY13: "Je me sens un peu perdue à ce moment, c'est compliqué. Tu peux trouver des choses, mais tu ne sais pas si c'est de bonne qualité". Nous observons donc des pratiques d'abord tournées sur les discussions entre pairs, dont une minorité est tournée vers les spécialistes cliniques. Concernant les recherches informatiques, les physios décrivent la difficulté de savoir où et comment chercher des offres de formation sur internet et à en évaluer la qualité.

L'étape suivant la recherche de formation est celle du choix de formation. Nous avons donc demandé aux collaborateurs quels étaient leurs critères pour finaliser un choix de formation. La préoccupation principale est finalement le thème et le contenu de la formation. Ils semblent prêts à investir du temps voire de l'argent s'ils estiment que la formation répond à leurs besoins. Viennent ensuite le prix de la formation et sa durée. Sur ces deux sujets, les réponses sont assez différentes. Pour eux, plus le bénéfice de la formation est direct pour leur activité et l'hôpital, plus ce dernier doit s'investir en temps et en argent. 6 estiment qu'il est normal de participer individuellement au financement, si le sujet n'est pas complètement en rapport avec leur activité. 2 pensent qu'il n'est pas envisageable de participer individuellement aux frais pour une formation professionnelle. À ce sujet PHY8 nous livre : "Je me forme, mais c'est l'hôpital qui bénéficie de ma formation. Je l'exerce à l'hôpital et je n'en tire aucun profit autre que professionnel. Donc moi je ne suis pas d'accord avec le principe de devoir financer, sauf si c'était un sujet que je ne peux pas pratiquer à l'hôpital. Et puis là, je vois que mes collègues qui actuellement se forment, certains doivent participer. Alors que c'est eux qui proposent pour pouvoir bénéficier de la formation. Moi ça me pose un problème et je ne trouve pas ça normal". En contraste, PHY6 dit : "Pour moi, c'est un peu comme un investissement personnel pour ma carrière à long terme". Nous comprenons donc que le sujet du prix est important, et notamment celui de la part prise par l'hôpital. La tendance est à observer si les bénéfices seront plus pour le physio ou l'institution pour se décider. Mais ce processus ne semble pas clair, ou cadré, et peut donner lieu à de l'incompréhension de certains collègues.

L'aspect de l'engagement en temps, en revanche, est plus clair avec les trois quarts des physios qui se disent prêts à prendre du temps personnel pour se former. Pour PHY4 "je pense que dès qu'on veut s'améliorer soi-même un peu, il faut accepter de donner de son temps.". PHY15 appuie ce propos : "L'engagement personnel, c'est souvent par du travail personnel". Les propos relèvent que les physios sont plus prêts à s'investir en temps qu'en argent, et proportionnellement au bénéfice personnel qu'ils tireront de la formation. Il semble y avoir un enjeu important pour les physios sur l'identification de ces bénéfices et ainsi le niveau de participation financière de l'hôpital.

L'avant-dernier critère abordé par les physiothérapeutes est la notion de qualité de formation. En effet, elle a été citée à l'étape de la recherche et ressort donc légitimement dans les critères de choix. Cependant l'interprétation de la notion apparaît différemment chez les sujets. Pour PHY7, c'est l'organisme qui représente la qualité des formations qu'il délivre. Pour PHY4, c'est la notoriété des intervenants. Pour PHY1 c'est le contenu qui doit être EBP, voire la certification délivrée par la formation, qui importe. Pour PHY12, il doit s'agir d'une formation directement en lien avec la pratique. Il ne nous est donc pas possible d'identifier un concept partagé de la qualité dans la représentation qu'en ont les physios.

De manière plus anecdotique, certains physios abordent les questions organisationnelles notamment de voyages, des mesures préventives sur le COVID.

Nous avons interrogé la population sur ce dont ils auraient besoin pour faciliter ces étapes. En premier viennent des demandes d'aide à la recherche des formations externes. Ils pensent pour une partie à des interventions pour expliquer comment s'y prendre, et, pour d'autres, à la création d'un catalogue de formations externes, ou de sites de recherches, pour les physiothérapeutes. Une personne imaginait pouvoir se tourner vers une personne référente de ces sujets. Ensuite, ils nomment l'intérêt de pouvoir se projeter sur plusieurs années pour réfléchir à leur parcours de formation sur du plus long terme. De la même manière, ils pensent qu'il serait utile de pouvoir discuter plus régulièrement avec leurs cadres de leur parcours professionnel.

Au total, nous avons recueilli des propos manifestant des pratiques d'identification de besoin de formation, de recherche et de choix de formation, qui sont très personnelles et variées. Nous notons cette diversité également dans les représentations concernant l'engagement individuel financier et en temps pour se former ainsi qu'à définir la qualité d'une formation. Les sujets ne semblent donc pas suivre un cadre ou une méthodologie homogène. Aussi, nous avons pu recenser des propositions d'amélioration concrètes sur leurs besoins.

iv. *L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel*

Concernant d'abord la formation interne, le sujet le plus abordé a été celui des colloques de formation par équipe. En majorité, les physios les trouvent utiles et intéressants. Ils apprécient particulièrement les interventions des cliniciens : "la formation avec les cliniciens n'est pas assez développée". En outre, certains comme PHY6, estiment que "tous les sujets ne concernent pas vraiment les pratiques de tout le monde. C'est intéressant pour l'ouverture d'esprit, mais vu que je ne vais pas du tout l'utiliser dans ma pratique, je trouve ça dommage". Aussi, bien que l'intérêt intellectuel soit présent, certains collègues soulignent parfois un décalage entre le sujet abordé et leur activité de service. Concernant les interventions réalisées par les collègues lors de ces colloques, la pratique semble convenir au plus grand nombre. 2 physios estiment que "tout le monde devrait être formateur à un moment ou à un autre" (PHY1). Mais 3 sujets se disent mal à l'aise à l'idée de faire des présentations en public. Pour PHY3 : "si on me force à faire une présentation en public, je les envoie péter parce que je n'aime pas parler en public. Ça me dérange énormément, car je suis ici pour traiter des patients. Je peux aider un collègue et lui expliquer des choses s'il me questionne, mais sinon j'ai l'impression qu'on te force à parler en public et que personne ne va t'écouter". En creusant sur ce ressenti émotionnel, le sujet nous dit que si c'était une obligation il le ferait, mais à "reculons". On identifie donc que le fait de se placer en position d'intervenant dans ces moments peut mettre en difficulté certains collaborateurs qui pourraient avoir des besoins individuels d'amélioration. Ainsi, le format des colloques de formation semble convenir aux physios, tout en apportant une réflexion sur l'intérêt spécifique des thèmes abordés et les compétences d'intervenant à maîtriser pour l'exercice.

Concernant les autres moyens de formation internes mentionnés, nous retrouvons les thèmes du service de documentation, le catalogue de formations internes, les mandats de cliniciens et les échanges entre pairs. Pour le premier, 4 sujets nous ont avoué connaître son existence, mais ne pas en utiliser les services. Pour PHY4 “je pense que c’est trop laborieux à utiliser. Je trouve très difficile de déléguer la recherche à quelqu’un”, précise-t-il sans en avoir déjà fait l’expérience. Pour PHY12 : “je sais que c’est à disposition, mais je ne l’utilise pas. Je survole les sommaires dans les mails, mais ça me surcharge plutôt ma boîte de réception”. Enfin, PHY3 n’ose pas solliciter le service de documentation : “je ne veux pas faire payer les articles si chers à l’hôpital”. Les motifs sont donc principalement une méconnaissance et un manque d’utilisation des services disponibles.

Au sujet du catalogue de formation interne, 6 physios en sont très satisfaits et soulignent la variété des sujets abordés. Ils apprécient que des sujets de développement personnel soient proposés. Pour ceux qui en ont expérimenté, ils félicitent les intervenants, même si “les formats gagneraient à être un peu plus cartésiens” (PHY7). 3 physios trouveraient intéressant de développer la partie physiothérapie. Ils parlent à titre de compétences transversales comme la manutention pour tous les professionnels par exemple. Mais aussi à titre de spécialisation en physiothérapie.

Ensuite, 4 physios mentionnent avec intérêt les interventions des cliniciens. Ils pensent que cela est très utile dans leur pratique. Néanmoins, ils regrettent qu’ils n’aient pas plus d’interventions de leur part, voire plus d’approfondissement. C’est le cas de PHY12 “c’est intéressant, mais ça reste toujours superficiel. On a des *refresh* de base, mais rarement l’occasion de vraiment parler des choses complexes en pratique”. 2 physios ont l’impression que les cliniciens sont parfois indisponibles pour l’équipe, car ils doivent s’occuper de projets institutionnels. Nous comprenons donc que les physios sont très satisfaits des mandats des cliniciens et souhaiteraient qu’ils développent leurs interventions. Enfin, lorsque nous abordons les échanges entre pairs, les retours sont assez homogènes. Les physios reconnaissent que leurs cadres les invitent volontiers à échanger entre eux, quitte à prendre du temps pour le faire. Cependant, sur le terrain, les physios disent que cela est plutôt rare (PHY15) et que ce sont souvent les mêmes personnes qui le font de manière informelle (PHY10). Pour PHY1, c’est surtout qu’ “il est difficile de savoir qui fait quoi et qui est vraiment bon en quoi”. Les cadres rendent donc les pratiques d’échanges entre pairs possibles, mais les physios pourraient bénéficier d’une meilleure connaissance des compétences de chacun pour mieux exploiter cette opportunité.

Concernant les formations externes, c’est principalement le sujet de la procédure de demande de formation qui est mentionné. Sur le document en lui-même, la grande majorité en est satisfaite telle quelle. 2 personnes disent que la partie motivation est un peu trop courte pour en exposer les motifs. Un physio estime qu’il manque d’informations sur le remplissage de la partie financière : “ Je ne sais pas quelle est la limite des frais qu’on peut demander” (PHY11). L’outil semble donc adapté, mais son utilisation pourrait s’améliorer avec plus d’informations d’aide au remplissage. Cependant, le thème qui

semble le plus préoccupant pour les collaborateurs est celui du traitement de la demande. En effet, parmi les sujets interrogés 9 disent avoir déjà fait au moins une demande de formation pour laquelle ils n'auraient pas eu de retour, ni des cadres, ni du service de formation. Pour PHY8 : "Le problème c'est qu'il n'y a pas d'outil de suivi. On ne sait pas qui l'a, où elle est [la demande de formation]". Ce manque de suivi peut d'ailleurs être vécu comme un manque de reconnaissance de leur demande pour certains, dont PHY8 et PH10 qui respectivement disent "A partir du moment où je remplis un document signé, j'attends quand même une réponse en retour, même si elle est négative"; "J'aimerais déjà le savoir [quand une demande est refusée] et pourquoi ça n'a pas abouti.". Sur ce point, les avis divergent. Certains pensent que le problème se situe au niveau des cadres qui n'envoient pas les demandes et d'autres pensent que c'est au niveau de la hiérarchie. Le manque d'information sur le suivi et le traitement des demandes crée donc des situations de non-dits qui initient de la méfiance envers la hiérarchie.

Par ailleurs, c'est le thème du délai de traitement des demandes qui est questionné. 4 physios disent avoir raté le délai d'inscription ou bien se sont retrouvés face à des formations déjà complètes à cause du temps mis à avoir un retour. PHY13 "J'ai eu 5 mois avant d'avoir une réponse : ça ne permet pas de pouvoir s'inscrire pour des gens qui ne savent pas si c'est pris en charge". Le problème du délai est donc de ne pas savoir si la prise en charge financière sera couverte par l'hôpital. PHY15 nous explique qu'il a vu plusieurs collègues refuser de faire des demandes pour ne pas pâtir de ces problèmes. À l'inverse, certains collaborateurs ont bénéficié du paiement direct de leur formation comme PHY4. Mais ces derniers auraient rencontré des problèmes avec son organisme de formation pour une absence de paiement de la part de l'hôpital : "c'était hors de question que je paye, et franchement ça ne faisait pas très professionnel de la part de l'hôpital". Les délais ont des impacts sur les inscriptions et la partie financière des formations.

Enfin, certains physios pointent des expériences de dysfonctionnement dans les inscriptions aux formations après le retour des demandes de formation. Pour une formation externe, PHY11 nous narre "J'ai reçu un mail pour dire que ma formation était acceptée, mais on ne m'a pas expliqué si c'était eux ou moi qui faisait l'inscription". Il y a donc un manque de connaissance sur les mesures à suivre à la réception des demandes. Concernant les formations internes, 5 physios mentionnent des problèmes d'inscription. Ils auraient reçu un retour positif de la part de leur cadre qui leur aurait dit qu'ils étaient inscrits, mais en contactant le service de formation, ils se rendent compte que non. Nous voyons là un dysfonctionnement dans l'inscription aux formations internes, avec un manque d'information sur qui doit effectuer l'information. Au total, la procédure de demande de formation actuelle semble présenter des problèmes dans son suivi de traitement, dans l'absence ou le délai de retour, dans les inscriptions aux formations.

Nous avons pu identifier des manques de connaissances de connaissances des physios sur leurs droits de formation. En premier lieu, au sujet des jours de formation décrits dans leur contrat CCT. Les physios parlent de 5 jours, mais ne semblent pas savoir comment les utiliser ou s'ils sont utilisés dans l'année à travers les colloques de formation. PHY3 a l'impression "qu'on me dissuade de prendre ces 5 jours auxquels j'ai droit". En second lieu, c'est le traitement des physios à pourcentage réduit qui questionnent. "J'ai une prise en charge financière au prorata de mon pourcentage" nous informe un physio, alors qu'il ne semble pas y avoir de tel fonctionnement décrit par le service de formation. Un autre physio a l'impression que son pourcentage réduit diminue ses chances de voir ses propositions acceptées : "je ne pense pas que ce soit parce que je suis à plus petit pourcentage que j'ai moins le droit de me former". Il semblerait donc qu'une communication sur les droits de formations puisse être bénéfique sur les différents sites.

Enfin, nous avons recensé de nombreux témoignages de physios qui voulaient féliciter la réactivité, la flexibilité du service de formation dans la gestion de leurs problématiques administratives de formation personnelle.

v. Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

Selon les physios, l'accès à la formation a beaucoup évolué durant ces dix dernières années. Pour PHY8, "il y a 10 ans c'était très facile de se former, maintenant c'est plus difficile". Pour PHY13 " j'ai l'impression que l'institution ne veut pas accorder de formations externes". Ils observeraient donc une diminution dans la participation financière de l'hôpital. PHY6 vient nous préciser le propos : " c'est en train de changer un petit peu. Au départ, chacun pouvait demander les formations qu'il avait envie de faire. C'était validé ou pas. Alors c'était génial, mais je trouve pas forcément ça très intelligent pour répondre à des besoins d'un service en fait. Et maintenant, ils définissent un peu des domaines pour que les personnes qui veulent se manifestent. Et finalement je trouve que c'est plus intelligent par rapport aux besoins du service.". Ici nous comprenons que ce physio a vu une évolution positive du fonctionnement pour répondre au plus proche des besoins. Cependant, ce constat n'est pas toujours partagé : "la formation c'est un peu désorganisé, parce qu'il y a un peu de tout. Il y a trop rarement, mais il y a eu quelques fois, une réflexion qui s'est faite sur les différentes formations qu'il y avait et puis ce qu'il manquait pour faire fonctionner le service et l'hôpital" (PHY8). Pour lui cela n'a été vu que 2 fois en plus de dix ans. Selon PHY11: "On ne sait plus ni les besoins du service, ni les besoins de la personne. Lors de mon entretien [d'embauche], on m'avait vendu ça comme un éventail et qu'on pouvait se spécialiser dans ce qu'on voulait. Ce qui est bien, mais c'est comme si c'était unidirectionnel. Au niveau de l'institution, on ne sait pas trop...". Selon PHY5, il existe une difficulté à présenter des demandes de formation par manque d'identification des objectifs des services : "ça ne peut pas exister dans le sens où on ne dit pas à l'équipe "On doit développer ça". C'est logique qu'on ne soumette pas des formations. Pour moi, le problème n'est pas au niveau de la formation et il est au niveau du macro-management, de

la direction du service, de ce qu'on demande aux services". Ainsi, les physios pointent un manque d'identification des besoins du service et donc un manque de position de leur hiérarchie sur les orientations et objectifs de formation pour leurs services.

Le manque de transparence est un sujet qui s'est aussi présenté régulièrement dans nos entretiens en parlant du système de formation. Néanmoins, nous avons pu comprendre que derrière le même terme, tous les physios ne désignent pas les mêmes éléments. Le premier serait dans un sens de manque d'information sur le processus de choix des collaborateurs pour les formations. 4 physios ont un sentiment de manque d'égalité. Pour PHY8, ce serait dû à la personnalité des physios : les introvertis ont moins de formations que les extravertis. Un autre physio rapporte des propos de ses cadres "On m'a dit que les formations c'est une manière de récompenser les employés. Je trouve que c'est un discours inexact parce que je pense pas que ce soient des cadeaux qu'on fasse, mais plutôt dans le but de développer les connaissances du personnel. Je trouve que c'est vraiment blessant ce discours, je l'ai mal vécu". PHY6 nous permet d'ajouter : "On ne sait pas quels sont les critères de choix, donc je pense que c'est le fait de ne pas savoir qui donne un sentiment d'injustice et d'incompréhension". Ainsi, le manque d'explication des choix de collaborateurs a pu mener à de l'incompréhension des autres collègues, voire à des situations émotionnelles et de mauvaise communication.

Ensuite, nous avons identifié le thème du manque de transparence sur la répartition des formations de l'année. 6 physios trouvent dommageable de ne pas savoir quel collègue a bénéficié d'une formation et sur quel thème. Pour eux, cela leur permettrait d'avoir une vision plus complète de l'activité du service, mais aussi de pouvoir se projeter eux-mêmes sur des demandes de formations à moyen et long terme. Nous avons pu identifier un thème de manque de transparence lié à la gestion des projets des services. Certains physios trouvent que leurs cadres communiquent peu sur les projets en cours et qu'ils choisissent directement des physios pour former des groupes de travail, sans consultation avec l'équipe. Certains qui auraient été intéressés par ces projets et les formations nécessaires, n'osent pas se manifester, car ne se sentent plus légitimes puisque leur cadre n'avait pas pensé à eux pour le groupe. À l'opposé, PHY 3 nous relate : "parfois on nous coupe un peu les ailes, on veut faire les choses, on a envie de s'investir pour faire des choses, mais on ne nous laisse pas". Nous notons donc un dysfonctionnement dans la gestion des projets d'équipe qui ne permet pas à certains collaborateurs de se positionner sur des demandes de formation. Le propos est appuyé par PHY3 qui regrette que les propositions de CAS⁸, et de développement d'activité sur un site, ne soient pas connues des autres sites.

Le sujet suivant que nous avons rapporté est celui des compétences au sein des équipes. Le thème provient du constat que font 4 physios, dont : "je pense qu'on a des compétences [sous-utilisées] dans nos équipes" (PHY12), et "Je pense qu'on ne s'appuie pas assez sur les compétences de l'équipe, que

⁸ Certificate of Advanced Studies

ce soit au niveau de la formation, des échanges entre pairs et dans la pratique elle-même” (PHY8). Cependant, pour PHY5 “on ne nous stimule pas à continuer de se former, à garder un regard critique sur nos pratiques”. Nous pouvons mettre en lien la situation avec le fait que les physios ne semblent pas connaître les compétences de leurs collègues. Ici, la notion de compétence semble d’ailleurs se rapporter au parcours de formation de chacun. Pour PHY7 “un *listing* des formations de chacun serait une bonne solution pour le savoir”. 3 physios qui ont connu cet outil, trouveraient intéressant de le mettre à jour. Cependant, pour PHY1 “c’est un outil à double tranchant”, car il pourrait aussi mettre en concurrence les collègues et créer un système “discriminatoire” selon ses termes. Les avis convergent donc pour identifier le manque de connaissance des formations et des compétences de leurs collègues, mais divergent sur les outils qui permettraient d’y pallier. Le second lien que nous pouvons faire est celui selon lequel certains physios constatent le manque de retour des collaborateurs qui ont fait des formations pour l’hôpital. Selon PHY10 “à partir du moment où c’est payé par l’hôpital, je trouverais ça normal qu’on soit obligé de faire un retour pour les collègues avec au moins une présentation”. Ainsi, les physios identifient un manque de transferts, au moins de connaissances, voire de compétences, entre eux.

Enfin, nous pouvons traiter de sujets divers retrouvés en moindre occurrence. Un physio aimerait voir se développer les possibilités de se former en autonomie par l’e-learning. Ils parlent des formations externes, mais surtout en interne. PHY7 imaginerait une forme de bibliothèque numérique du service qui regrouperait les formations internes enregistrées et d’autres ressources numériques. Selon lui, “je n’étais pas habitué aux formations à distance, mais je m’y suis fait et j’ai trouvé ça très pratique, car ça peut s’adapter à mon emploi du temps professionnel et personnel”.

d. Le service de formation

i. *Présentation du service*

La personne responsable du service coordonne avec son équipe, les parcours de formations institutionnels et les demandes de formation externe des 5 départements : logistique, des soins, médical, des ressources humaines. Elle a mis en place dans les années 2000 un règlement de formation et une ingénierie de formation institutionnelle, pour définir, en l’absence de cadre général, des règles de répartition du budget formation de l’établissement entre les départements. Chacun devait, selon ses termes, se débrouiller “comme à la foire d’empoigne”. Dès lors, un système de demande de formation est mis en place, pour lequel chaque cadre de département doit présenter ses besoins amenant à une répartition en fonction des dotations de personnel par département et des objectifs institutionnels. “Tout s’est fait sans autre moyen informatique que des bases Excel et surtout tout dans mon crâne”. La mise en place d’un SIRH⁹ est prévue pour janvier 2022. Au total, nous comprenons que le service repose

⁹ Système d’Information Ressources Humaines

principalement sur le poste de sa direction qui a mis en place son fonctionnement depuis une vingtaine d'années. Le système est très flexible et semble extrêmement dépendant d'elle, dans la mesure où une partie de sa gestion repose dans son esprit et non pas dans des protocoles institutionnels.

ii. *Objectifs institutionnels en matière de formation*

Nous avons interrogé la personne responsable sur la notion d'objectifs institutionnels de formation. Pour cette dernière, ils se déclinent d'abord en objectifs généraux puis en objectifs de service. Elle identifie trois buts généraux qui seraient :

- Le maintien des compétences professionnelles.
- Le développement de nouvelles prestations pour les patients.
- Les projets institutionnels.

Ces éléments constituent donc les premiers éléments justifiant des demandes de formation dans cet ordre de priorité qui nous paraît logique : le maintien, le développement d'activités, puis leur perfectionnement.

À partir de ces objectifs, il est ensuite question pour chaque chef de service d'identifier les objectifs de formation propres à leur activité et leurs équipes. La personne responsable nous explique que l'activité est clairement organisée par le collège de direction, mais doit être construite en bonne intelligence et bonne collaboration avec les lignes managériales inférieures. Elle identifie une problématique concernant le manque d'anticipation "quasi systématique" des besoins de formation par les lignes managériales : " 9 fois sur 10 dans les projets, on oublie la formation à la base. Alors qu'elle devrait faire partie de tout contrat; idem pour l'achat de nouveau matériel et la formation à son utilisation et à sa maintenance". Aussi, elle pense qu'un mandat pour une personne qui coordonne la formation dans un service serait envisageable pour mieux intégrer la formation dans les projets, "même si idéalement il ne devrait même pas y en avoir besoin, ça devrait être pris par les chefs.". Elle pense que la source du problème est peut-être un manque de "*knowledge management*", dans le sens de management par la connaissance des compétences des collaborateurs. Pour elle : "En ce moment, j'ai l'impression qu'on *manage* plus des dotations donc des mains, que des cerveaux et donc des compétences". Aussi, elle pointe un manque de référentiels de compétences par filière métier, qui permettrait la gestion des profils métiers, pour les mettre au mieux de leurs compétences. Le SIRH apportera, selon elle, des possibilités de gestion RH pour les compétences transversales, mais il devrait être complété d'une partie propre d'une partie spécifique aux différents métiers et aux compétences propres de chaque collaborateur

iii. *Fonctionnement et aspects financiers du service,*

Les dépenses de formation de l'hôpital correspondent à la somme des frais de formation directs et indirects. Les frais directs couvrent les inscriptions en formation, déplacements, repas et éventuellement, le logement. Les frais indirects concernent le maintien du salaire du collaborateur en formation et les cotisations sociales associées. Ainsi, pour établir le budget prévisionnel de l'année suivante, la responsable du service formation envoie début mai, une matrice Excel à la ligne managériale de chaque service, c'est-à-dire à chaque chef de service qui la remplira avec ses cadres. Ils ont pour mission d'identifier leurs besoins de formations en inscrivant les formations désirées et leur priorité, croissante de 3 la moins prioritaire à 1 la plus urgente. La liste doit également comprendre la prévision des frais directs. Cependant, la personne nous concède qu'il y a rarement une estimation complète et le plus souvent seulement le prix de l'inscription. Elle reprend donc chaque proposition pour analyser le budget proposé. Par la suite et à partir de cette matrice reçue, elle établit un budget global, qu'elle transmet à la direction des RH qui l'envoie au service des finances après relecture et éventuelles modifications. L'objectif est de se fixer sur 1% de la masse salariale. Néanmoins, elle nous livre que personne n'a été capable de concrètement définir de quelle masse salariale il s'agit, et si elle comporte les salaires ou non par exemple : " Je n'ai pas vraiment de processus clair en la matière". Elle part donc du principe que les salaires sont exclus. Finalement, elle reçoit chaque année des retours du service financier qui indique que les dépenses sont inférieures aux dépenses possibles. Nous constatons donc un écart entre les dépenses réelles et possibles à questionner. Au total, nous comprenons que le système de budgétisation des formations repose sur un processus fastidieux et long où chaque demande de formation est réévaluée par la responsable du service, notamment dans un contexte de remplissage incomplet des cadres de services. Aussi, nous observons un manque de cadre concernant l'identification du fléchage financier à destination de la formation par le service financier.

Pour suivre, l'envoi du budget aux RH devrait occasionner un retour de validation aux alentours du mois d'octobre. Cependant, force est de constater que celui-ci n'est jamais fait. Ainsi pour la personne responsable : "Je pars du principe au bout d'un moment que s'il y avait eu un problème il y aurait eu des retours : qui ne dit mot, consent". Elle valide donc les formations du premier trimestre de l'année suivante. Et procède donc à des validations des formations par semestre. Elle ajoute que le système possède un fonctionnement complémentaire : "Tout en sachant que ce n'est pas gravé dans le marbre puisqu'il peut y avoir de nouvelles priorités qui arrivent dans l'année. Et je demande aux chefs de service ce que ça viendrait remplacer [dans leur budget prévisionnel]. Des fois ça remplace, des fois, non. Donc un budget exceptionnel peut être créé dans des circonstances justifiées.". La personne responsable du service de formation étudie toutes les demandes de formation reçues chaque mois. Nous comprenons donc que des demandes de formation peuvent être traitées en parallèle du budget prévisionnel. Elle nous

précise qu'elle procède également à un équilibre entre les dépenses des différents départements en cas de besoin.

iv. *Fonctionnement et collaboration avec le service de physio,*

Concernant les relations avec le service de physiothérapie, elle constate : au niveau du document de budget prévisionnel, que les priorités sont en grande majorité de niveau 1 ou 2, comme s'il n'y avait que des urgences. Sur les sujets de formations, elle retrouve le plus souvent des développements de compétences très individuelles : "à juste raison, car leurs formations initiales sont très généralistes", donc ils auraient besoin de spécialisation en post-grade. Cependant, elle note un sentiment de frustration chez certains physios qui voudraient des thèmes toujours plus spécialisés, avant de traiter de thèmes plus généraux dans l'activité. Selon elle : "il manque souvent le lien entre les besoins individuels et les besoins du service". Nous retenons donc de ses propos que les demandes reçues apparaissent comme très prioritaires et spécifiques, mais manquent souvent de lien avec le contexte global de l'activité du service.

Par ailleurs, elle aborde de nouveau la possibilité de présenter des demandes de formation en cours d'année. Elle soutient qu'il s'avère parfois indispensable de "réinjecter de la formation" à cause des départs de collaborateurs pour développer des compétences spécifiques d'urgence. La création d'une nouvelle activité ou d'un nouveau projet institutionnel sont d'autres exemples. Comme peuvent l'être certains projets initiés par des propositions individuelles de physios. Elle souligne d'ailleurs, avec surprise, le peu de contact direct que les physios ont avec elle en comparaison avec les collaborateurs des autres professions, comme les infirmiers. Elle rappelle qu'elle reste à disposition de chacun pour les aider à penser des envies de projet ou concrétiser des envies de formation: "chacun peut facilement me contacter par mail ou par téléphone". Le système de demande de formation serait donc flexible en fonction de justifications contextuelles et la responsable du service se positionne en soutien à quiconque aurait besoin de conseil en formation.

C'est également sur les ressentis de ses interlocuteurs concernant le budget qu'elle nous présente son point de vue. "Les gens voudraient une enveloppe et faire avec : mais ce n'est pas la philosophie du département RH, ni la mienne, car le but est d'attribuer les ressources là où il y en a besoin. Il y a des compensations à faire selon les activités". Nous comprenons donc que le système actuel permettrait de répondre aux besoins de formation, au plus proche de la réalité de terrain. Elle poursuit en disant : " Le tout n'est pas de dépenser pour dépenser, mais de le faire au bon endroit, au bon moment et en fonction des priorités institutionnelles, de départements, de services et éventuellement individuelles.". Elle semble donc craindre qu'un système par enveloppe de financement de service ne réponde pas de manière optimale au contexte, voire participe à la surconsommation de formations. Elle identifie comme problématique le fait de manquer d'une vision pluriannuelle sur 2 ou 3 ans. Il lui semble complexe de

se focaliser seulement d'une année sur l'autre. Malheureusement elle concède que sans outils de gestion, difficile pour elle de faire autrement.

v. *Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.*

Nous avons profité de cet entretien pour aborder des questions diverses sur la formation. Pour commencer, nous avons voulu en savoir plus sur le label Eduqua. Nous voulions savoir s'il était possible de s'en servir pour valoriser des compétences acquises sur le lieu de travail, de manière similaire à une validation des acquis de l'expérience. Selon elle : "le label dit seulement si les formations développées sont conformes aux principes andragogiques d'une formation". Par ailleurs, elle constate que les formations internes ne peuvent pas toujours être valorisées au même niveau que des formations externes car manquent d'une évaluation. Ce serait pour elle plutôt des justificatifs du genre "attestant" que "certifiant". Mais il lui semblerait envisageable d'introduire de l'évaluation. Elle ajoute également que le statut du formateur peut aussi avoir un impact notamment s'il réalise des formations pour le titre d'instructeur. Il peut dès lors attester d'un niveau supérieur de formateur. La qualité pourrait aussi être établie par le cadrage plus officiel du contenu des formations à travers la mise en place de plans de formations et de scénarios pédagogiques. Elle nous pointe également la difficulté à connaître la légitimité des professionnels. Il n'est pas toujours possible de s'appuyer sur la ligne managériale qui a aussi ses limites à l'identifier, car il faut des experts d'EBP pour cela. Par ailleurs, elle nous informe qu'il est possible de faire venir des intervenants externes pour former plusieurs personnes. C'est une démarche d'internalisation de formation externe. Nous l'avons aussi questionnée pour étudier la possibilité de labelliser les tutorats formels créés sur les sites. Ce à quoi elle nous a répondu positivement, sous condition d'analyse préalable de leur structure. Au total, nous retenons que le label Eduqua valide la qualité andragogique de formation et non leurs contenus. Il existe des pistes à développer pour accéder à des possibilités de certifications professionnelles, là où seulement des attestations sont délivrées.

Par la suite, nous avons abordé la notion de formation continue tout au long de la vie. Elle nous rappelle que c'est une obligation et que les professionnels doivent aussi pouvoir le prouver ou le justifier. Chez les infirmiers par exemple, il existe un système de points "e-log" accordés lors de suivi de formations certifiées. Aussi, elle explique que l'hôpital ne peut pas prendre en charge toutes les formations des collaborateurs : "C'est aussi un processus personnel, il ne faut pas attendre de l'hôpital qu'il prenne en charge toutes les formations. Il y a quelquefois, il faut donner aussi de sa personne. Ça rentre dans des réflexions individuelles de développement de carrière également. Et il y a aussi tout un versant d'autoformation. Il y a un investissement qui doit aussi être personnel, c'est de la conscience professionnelle pour moi". À travers le temps, elle trouve que les professionnels ont tendance à devenir moins proactifs dans leur formation. Pour appuyer ce propos, elle observe que les ressources du service de documentation sont sous-utilisées à l'hôpital. "On a des abonnements à des revues qui coûtent

plusieurs milliers de francs par an et qui sont consultés moins d'une dizaine de fois !". En l'interrogeant sur la raison de cette diminution de lecture, elle met en cause un phénomène sociétal de consumérisme. Pour elle, les professionnels attendent qu'on leur apporte les choses sur un plateau, au regret de réduire leur investissement.

Nous avons voulu la questionner sur les 5 jours de formation par année décrits dans la convention collective du travail du canton. Elle nous apprend que ce sont des jours qui concernent les dotations des équipes. Ce sont donc les cadres de la ligne managériale qui en sont garants et non le service de formation. "À chaque responsable de déterminer comment il veut *manager* ça avec son équipe. Ce sont 5 jours en fonction des aléas du service". En revanche, pour justifier d'une demande de jours, les collaborateurs doivent remplir un formulaire de demande de formation pour archivage. Ce sont donc 5 jours d'autorisation d'absence. La consommation réelle de ces jours peut difficilement être évaluable de son côté dans la mesure où ce sont les cadres qui gèrent les plannings et modalités d'absences. Ainsi, nous comprenons que c'est à ces derniers d'organiser les demandes de jours de formation sans prise en charge financière par l'hôpital, pour organiser les plannings de leurs équipes.

Aussi, nous cherchions à la questionner sur sa vision de la sélection des collaborateurs pour l'attribution des formations dans le service de physiothérapie. Pour elle, il faut pouvoir mieux identifier les compétences de chacun pour avoir une vision complète du profil et de ses pratiques. En revanche, elle trouve qu'il est important de pouvoir valoriser la volonté d'investissement d'un collaborateur pour des projets institutionnels. "Le tout est d'être transparent et d'assumer la décision prise et de l'expliquer aux collaborateurs concernés". Elle trouve donc légitime de choisir finalement un collaborateur grâce à sa motivation et ses compétences, plus qu'un autre éventuellement plus compétent, mais moins investi. Si cela est opportun et justifié dans un contexte de communication claire. Néanmoins, elle ajoute : "je pense qu'on est de plus en plus dans une génération attentiste, où ils voudraient que tout soit au concours, alors qu'il y a heureusement encore des gens qui s'investissent et qui sont proactifs dans des projets". La mise au concours devrait être ponctuelle, selon un cadre défini qui existe déjà au niveau institutionnel.

Pour conclure notre entretien, la personne responsable du service de formation nous a résumé ses besoins vis-à-vis du service physio. En résulte d'abord un besoin d'une vision pluriannuelle des formations, pour entamer des réflexions et une stratégie de formation à moyen et long terme. Ensuite, elle identifie le besoin de plus de concertation et de réflexion sur les besoins de formation dans les projets de service en lien avec l'activité, autant que pour les achats de matériels. Et finalement, elle estime indispensable de mettre en place des référentiels de compétences par filière et par niveau de maîtrise dont les cadres auraient la responsabilité.

e. Service de documentation

i. *Missions du service*

Le service de documentation est composé d'une seule personne documentaliste, en poste depuis de nombreuses années. Ses missions sont de permettre de répondre aux besoins institutionnels en termes d'accès à l'information médicale et scientifique et en offrant un accompagnement aux collaborateurs pour y parvenir. 4 services principaux sont donc proposés aux collaborateurs :

- la demande d'article et prêt de livres: disponible en présentiel ou par livraison en interne ou par mail
- la veille documentaire : par la mise en place d'abonnements et d'alertes par mails professionnels
- la recherche documentaire : par l'accès aux bases de données médicales et scientifiques de référence
- la formation sur mesure: par une offre permanente au catalogue de formation et par la possibilité de création individuelle

L'organisation du Service de documentation repose principalement sur sa capacité à défendre le statut d'établissement de formation pour les médecins assistants¹⁰. Ainsi, il a l'obligation de leur permettre l'accès à certaines revues et bases de données selon une liste précise ordonnée par la FMH¹¹. Ainsi, à l'arrivée de chaque nouveau collaborateur médecin, la personne documentaliste met en place des alertes automatiques des sorties des revues et de leur sommaire par mail, selon la liste précitée. Les revues sont par la suite disponibles via le portail intranet du collaborateur, comme les bases de données auxquelles est abonné le Service de documentation.

ii. *Offres spécifiques aux physiothérapeutes,*

La personne responsable du service nous explique que le fonctionnement pour le service de physiothérapie est similaire à celui proposé aux médecins assistants. Elle travaille à partir d'une liste de revues qu'elle estime intéressantes pour les physios et leur met en place les alertes de sorties par mail. Cette liste a été approuvée par les cadres il y a plusieurs années, sans nouvelle actualisation.

Nous apprenons que les abonnements du service de documentation ne sont pas individuels auprès de chaque revue. Ce sont des groupements d'achats réalisés par "packs de revues", auprès des prestataires spécialisés tels que Elsevier, Springer et d'autres. Ainsi, il n'est pas toujours possible d'acheter des abonnements spécifiques à une revue, sans payer un pack. En revanche, le service de documentation a la possibilité d'acheter des articles en dehors de ses abonnements, à moindres frais. En effet, bien qu'un

¹⁰ Équivalent suisse, du statut d'interne en France.

¹¹ Foederatio Medicorum Helveticorum: Fédération Médicale Suisse.

article apparaisse payant en ligne pour un prix de 30\$, par exemple, le service de documentation, via son réseau bibliothécaire et universitaire, peut se les procurer pour des prix avoisinant les 3-.CHF. Pour cela, il suffit au collaborateur intéressé de lui adresser le nom de l'article, ou le DOI¹², par mail pour qu'elle puisse effectuer la recherche et le lui transmettre gratuitement. Le budget du service de documentation est compris dans le budget de formation du service de formation.

iii. *Collaboration actuelle avec les physiothérapeutes*

Actuellement, la personne documentaliste constate que peu de physiothérapeutes font des demandes d'articles. Ce sont en grande majorité les cliniciens qui les font. En revanche, elle observe un nombre important de consultations des sommaires de revues transmis par mail. Au cours de la discussion, nous lui demandons s'il est possible de connaître les statistiques de lectures des revues pour étudier l'intérêt des physios, et celui financier à garder l'abonnement. Selon elle, il est possible d'accéder à ces informations en lui donnant la liste des revues qui nous seraient utiles. Elle précise pour le versant financier que ce type de données doit être recroisé avec les packs de revues. C'est-à-dire que s'il y a peu de consultations sur une revue, mais qu'une autre du même pack est plébiscitée, il n'y aurait pas d'intérêt à questionner l'abonnement.

iv. *Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites*

Elle perçoit qu'en général les paramédicaux la sollicitent plutôt dans des contextes précis et plus rarement à titre de recherche personnelle. Souvent, les demandes sont motivées dans le cadre de justification de coûts de financement de formations, de matériels déjà présentés à leur hiérarchie qui demandent alors de plus amples détails. Selon ses mots, "ils ont tellement à faire sur le terrain, je ne suis pas sûre qu'ils aient le temps pour la littérature". La question du temps semble donc être une contrainte importante.

Nous avons donc échangé sur cette notion, notamment dans l'optique de simplifier la recherche de la littérature. Nous avons demandé s'il serait possible de s'abonner à des sites spécialisés de synthèse de la littérature. Différentes offres sont portées dans le domaine de la physiothérapie, le plus souvent par des chercheurs du domaine qui effectuent des revues scientifiques sous forme de journaux mensuels, accessibles en ligne. Dans ce type d'abonnement, des ressources de formation en e-learning et en podcast sont généralement associées en complément. Pour la personne documentaliste, ces propositions peuvent être intéressantes et doivent faire l'objet d'une demande signée du responsable de service et adressée au service de formation. Elle nous invite cependant à la prudence et à étudier consciencieusement ce type d'offres pour lesquelles il y a souvent des subtilités d'inscription, avec par exemple des nombres de connexion ou d'utilisateurs limités ou à négocier.

¹² *Digital Object Identifier* ou Identifiant numérique d'objet.

Ce sujet nous a amenés à discuter des ressources numériques et e-learning. Nous nous interrogeons sur les mesures mises en place au niveau du service de documentation pour l'accès et l'archivage de ces dernières. Pour la personne documentaliste, le COVID a offert un bon en avant au numérique pour la transmission d'informations voire pour la formation. Actuellement, la situation a plutôt été gérée dans les services et dans les documents et fonctionnements des équipes. Néanmoins, le besoin est clair et c'est pourquoi un poste dédié aux e-learning et à son intégration dans l'offre de formation interne vient d'être publié. Le poste à hauteur d'un 80% horaire sera rattaché au service de formation et au service de documentation.

À travers cet entretien, la personne documentaliste s'est montrée très intéressée par une collaboration active en vue d'améliorer l'offre pour les physiothérapeutes. Elle se dit entièrement à disposition pour travailler de main forte à l'amélioration des pratiques actuelles.

V. Interprétation et discussion

1. Méthodologie :

L'analyse de notre méthodologie porte sur le fond et la forme. Nous pensons avoir réussi à construire des grilles d'entretien reproductibles qui semblent avoir couvert la majorité des thématiques du sujet étudié, dans la mesure où nous avons eu peu de nouveaux sujets découverts dans la partie des questions diverses. Dans la réalisation des entretiens, nous sommes satisfaits de la logistique mise en place, qui a permis de rencontrer chaque sujet dans un environnement calme et sécuritaire. Nous en avons pour preuve la richesse des entretiens rapportés dans lesquels les sujets se sont permis d'aborder des positions fortes et parfois des critiques aiguës de leur hiérarchie. Nous sommes également satisfaits de l'étape de retranscription des entretiens pour laquelle l'assistance informatique a été un gain de temps non négligeable. Ensuite, nous avons apprécié notre méthode d'extraction de données par tableaux de synthèse qui nous a permis d'avoir une vision d'ensemble des réponses par thème de questions.

Cette expérience nous permet également d'identifier des pistes d'amélioration pour la mise en place de projets à venir. D'abord, concernant le déroulement des entretiens, nous avons remarqué notre tendance à poser plusieurs questions en même temps sur un même thème. Bien que cela permette à l'interlocuteur d'identifier plusieurs entrées possibles de discussion sur le sujet, nous pensons que cela peut parasiter la question et créer un biais de confusion pour le sujet. Des réponses observées, le sujet a finalement tendance à répondre à la dernière comme en réponse à un effet de récence décrit par Glanzer et Cunitz (Glanzer & Cunitz, 1966). Pour eux, un sujet a une mémoire à court terme et se tourne plus facilement vers les derniers éléments entendus. En outre, c'est au niveau logistique que nous pourrions nous

améliorer. Le premier point concerne le planning d'études. En effet, nous avons sous-estimé le temps à dédier à la retranscription des entretiens. Nous aurions gagné à détacher plus de temps pour la retranscription ou à diminuer le nombre de personnes interrogées. Le second point est celui de l'interview du responsable projet. Dans notre contexte nous avons beaucoup collaboré avec le cadre supérieur des physiothérapeutes. Nous avons pris des notes de nos différents échanges, mais il nous apparaît a posteriori que nous aurions peut-être eu de meilleurs bénéfices à reprendre les thèmes abordés sporadiquement, dans un entretien plus formel.

2. Résultats des entretiens et des observations :

Nous avons choisi d'entrer en analyse par le prisme de la "culture de la formation", aussi utilisé dans la description du système de formation continue des enseignants au Québec par Desjardins (Desjardins, 2017). L'auteur rappelle la définition de Rocher sur la culture comme un "ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte [...] ; les modèles, valeurs, symboles qui composent la culture incluant les connaissances, les idées, la pensée, s'étendent à toutes les formes d'expressions des sentiments aussi bien qu'aux règles qui régissent des actions objectivement observables (p. 4)". Dans notre cas nous pouvons donc bien identifier une culture de la formation pour les physiothérapeutes qui constituent bien une collectivité distincte porteuse de modèles, de valeurs. Cependant, Desjardins met en garde que "si un nombre suffisant de personnes se trouvent en rupture par rapport à la culture dominante du groupe, cela peut conduire à la formation d'une sous-culture". Ainsi avons-nous commencé notre réflexion : la culture de la formation que nous avons observée chez les physiothérapeutes de l'hôpital est-elle homogène ou représentative de sous-cultures ?

a. Une culture de la formation hétérogène

À partir de la représentation de la notion de la formation des différentes populations, nous aurions tendance à voir une culture homogène. En effet, tous y voient des objectifs semblables d'amélioration des pratiques, d'améliorations personnelles et *in fine* d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients. Les cadres développent une vision d'un processus actif à l'initiative de l'individu, qui est pour les physios un outil d'enrichissement personnel, que les cliniciens veulent finalement rendre performant. Nous n'observons donc pas de forme de sous-culture dans le sens prescrit par Desjardins, comme une rupture d'un groupe par rapport à la culture dominante. Néanmoins, nous ne pouvons pas non plus parler de culture homogène dans le sens où les pratiques des individus et le rapport au cadre institutionnel sont souvent différents et désordonnés. Nous choisirons donc de parler d'une culture de la formation hétérogène. Celle-ci est marquée d'éléments propres aux individus, mais aussi à leur rapport au fonctionnement et aux ressources de l'institution sur le thème de la formation.

Nous pouvons d'abord voir des différences dans l'identification des modes et des actions de formation à l'hôpital. Les cadres nomment d'abord les échanges entre pairs alors que les physios disent qu'ils sont rares. Pour ces derniers, au contraire, ce sont d'abord les colloques de formation qui sont cités. Les échanges entre pairs, quand la minorité d'entre eux y pense, leur paraissent sous-utilisés par manque de connaissances des compétences de leurs collègues dans leur équipe, et aussi sur les autres sites. Aussi, les physios identifient moins d'actions de formation que les cadres et les cliniciens. Les cadres citent, par exemple, l'accès aux présentations PowerPoint de tout l'établissement, alors qu'aucun physiothérapeute ne l'a mentionné. Le thème de l'utilisation des ressources du service de documentation est également très intéressant dans la mesure où peu de physios y ont recours, certains même ayant un préavis négatif sans les avoir employés. À l'opposé, les cliniciens les mentionnent en tête de leurs outils de formation. Nous observons donc de réels décalages entre la façon de reconnaître les temps et les outils de formation qui sont mis à la disposition des physiothérapeutes.

Ce constat nous fournit donc deux premières pistes de réflexion pour l'amélioration des pratiques. La première est celle de l'information, et même de la promotion de l'information, concernant les ressources et les formes de formations disponibles en interne. La deuxième en découle, avec un besoin de (re)valorisation de la formation. En effet, le système actuel ne valorise pas officiellement les collaborateurs qui se forment. Il nous apparaît donc intéressant d'organiser une forme de reconnaissance de la participation de chacun, au moins pour les temps de formation formels. D'une part, cela permettrait à chaque collaborateur de mieux se rendre compte des temps de formation dont il a bénéficié pendant l'année. D'autre part, cela pourrait faciliter le suivi du parcours de formation pour les cadres et RH.

La deuxième source d'hétérogénéité est la variabilité d'identification des besoins de formation et de choix de formation. Nous pouvons mettre en opposition deux fonctionnements, l'un empirique versus le second, méthodique. Le premier est principalement représenté par les cadres et les physios. En effet, que ce soit dans les propositions des cadres en *top-down* vers les collaborateurs ou bien les demandes de formation en *bottom-up*, ces deux populations basent leur identification de besoin et leur choix de formation sur des critères subjectifs. Les cadres choisissent des formations et la majorité du temps ont déjà une idée du physio à qui la proposer. En parallèle, les physios identifient leur besoin principalement à partir de cas de patients qui mettent à jour des manques de compétences ; et pour choisir leurs formations, ils se basent d'abord sur le bouche-à-oreille. Leur critère de choix est d'ailleurs en premier lieu le thème et le sujet de la formation. Rares sont ceux qui mentionnent des arguments de qualité objectifs. Par contraste, nous nous sommes rendu compte que les cliniciens sont beaucoup plus méthodiques et ont éprouvé leurs méthodes. Ils structurent leurs recherches en croisant des critères de qualité objectifs comme des labels, et plus subjectifs comme la pertinence scientifique des sujets et des

intervenants. Ainsi, notre propos n'est pas de dire que seuls les cliniciens utilisent une méthodologie, car l'opposition n'est pas stricte et cadres et physios font aussi ce genre de démarche, cependant nous trouvons important d'observer la méthode de recherche basée sur le critère de qualité. Le plan de proposition d'ingénierie devra donc répondre à cette thématique en explorant, notamment, la place des cliniciens dans l'étape de recherche et de choix de formation.

b. Un paternalisme managérial

La situation de management que nous avons rencontrée est interpellante. Tous les cadres se sentent investis par la formation. Ils sont capables de citer les différentes formes de formations et leurs spécificités de sites. De plus, ils disent connaître très bien leurs équipes et pouvoir anticiper une grande partie des volontés de formations sur cette base de connaissance. Cependant, leur discours sur les propositions de formation pour leurs services présente certaines informations paradoxales, tantôt prônant une pratique *top-down*, tantôt *bottom-up*. Ils formulent aussi leurs difficultés en termes d'analyse du besoin, d'analyse de qualité des formations, leur manque de visibilité du budget. Il est également fascinant de noter la compartimentation des fonctionnements par site, et donc le manque de connaissance et de collaboration entre les sites. Pourtant, devant des constats de ce type, ils ne semblent pas toujours prêts à se remettre en question. Pour exemple, nous pouvons retenir les nombreuses attentes envers le service de formation et le manque de reconnaissance du ressenti des collaborateurs : "Ils ont un sentiment que je trouve erroné de manque de transparence" (CA1). La somme de ces éléments nous offre à supporter une analogie avec le modèle du paternalisme médical rencontré en France. Incarné par le médecin de famille jusqu'au début des années 2000, il est décrit comme un paternalisme fondé sur le principe de bienfaisance. Il conçoit le médecin comme celui qui "affirme savoir mieux qu'un autre ce qui est bon, bénéfique pour lui" (Ph Godeberge, 2002). Nous retrouvons donc sur notre terrain d'étude, des similitudes avec les cadres qui disent faire "rarement d'erreurs de jugement" par exemple. Alors que l'avis des physios tend à nuancer ce propos, lorsque certains sont surpris, voire déçus, de ne pas avoir été sollicités pour une formation ou un groupe de travail. "Le paternalisme médical considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision" (Jaunait, 2003). Pour notre cas, ce n'est pas une question de consentement à proprement parler, mais plutôt d'absence de partenariat officiel et coordonné avec les acteurs de terrain. À cela, nous pouvons ajouter l'absence d'outils d'évaluation de l'activité et des compétences des collaborateurs.

Nous éclairons ici, un des points les plus importants de notre situation : le manque d'analyse de l'activité. Si les physiothérapeutes et cliniciens trouvent que le fonctionnement actuel n'est pas optimal et méritent de connaître des remaniements, nous pensons que cela est une conséquence d'une difficulté de la ligne managériale des physios, à explorer ce qui se passe sur le terrain. Souvent, les cadres décrivent leurs

activités sur la base des groupes de travail menés sur leurs sites. Cependant, l'activité en elle-même, à savoir ce que font les collaborateurs concrètement, n'est que rarement abordée. Cet élément nous permet d'émettre l'hypothèse que la frustration des collaborateurs proviendrait en partie d'un manque de reconnaissance professionnelle et du travail fourni. Nous pouvons l'observer par l'absence de réalisation régulière d'entretiens individuels de suivi. Plusieurs collaborateurs disent ne pas en avoir eu depuis plus de cinq ans. Or, c'est aussi pendant ces entretiens qu'il est possible d'accompagner l'individu dans son parcours professionnel et plus spécifiquement de formation. L'absence d'un référentiel de compétence, pourtant mentionné dans les grilles institutionnelles d'entretien de suivi individuel, marque le même constat. De même, la mention de problèmes de gestion de projets indique la difficulté à cadrer et valoriser le travail fourni. Le propos de Guy Jobert trouve donc tout son sens dans notre analyse : "la reconnaissance précède la compétence. C'est la possibilité de jouer cette dynamique vitale de la construction de soi qui est le moteur de ce désir de bien faire et du développement des compétences". Dans notre cas, le manque d'analyse de l'activité est dissimulé derrière une forme d'excès de confiance telle que "travaillez comme vous voulez, nous vous faisons confiance et n'avons donc pas besoin de vérifier ce qui est fait". Néanmoins, cette attitude peut également pointer un manque d'intérêt ressenti par le collaborateur pour son travail. Nous émettons même l'hypothèse que cette situation participe aux vagues de départs de collaborateurs, qui régulièrement quittent l'institution successivement et sur de courtes périodes, comme une réponse de groupe à ce sentiment de dénégation tacite. Par ailleurs: "Le paternalisme des médecins qui nous ont précédés se justifiait par le savoir qu'ils étaient seuls à posséder" (Duruz, 2016). Nous avons rencontré cet élément à travers la thématique du manque de transparence déclinée sur différents sujets. Sans avoir l'impression d'être assez au courant, les physios en viennent à décrire une forme de monopole de l'information, voire du secret intentionnel.

Ainsi, l'amélioration des pratiques de développement des compétences dans une vision de formation doit donc présupposer une réflexion sur l'activité et la reconnaissance des collaborateurs qui la vivent.

Notre analogie n'est cependant pas parfaite. En effet, il nous semble d'abord important de souligner la prédominance d'actions empiriques des cadres, pour ensuite adresser des propositions d'amélioration de prise de décisions, plus collectives. Cependant, la continuité de la comparaison avec le paternalisme médical viendrait à rendre le pouvoir des décisions complètement aux collaborateurs. Ce fut en effet la fin légale du concept de paternalisme, par la promulgation de la loi Kouchner le 4 mars 2002¹³, qui officialisa le droit de consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés. Ceci n'est donc pas notre propos, car nous sommes, dans l'hôpital étudié, dans une organisation hiérarchique. La décision est donc une responsabilité du supérieur hiérarchique et doit le rester. Cependant, nous pensons qu'il est possible de mettre en place un fonctionnement basé sur un

¹³ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

système qualité impliquant la consultation et le partenariat avec les acteurs de terrain.

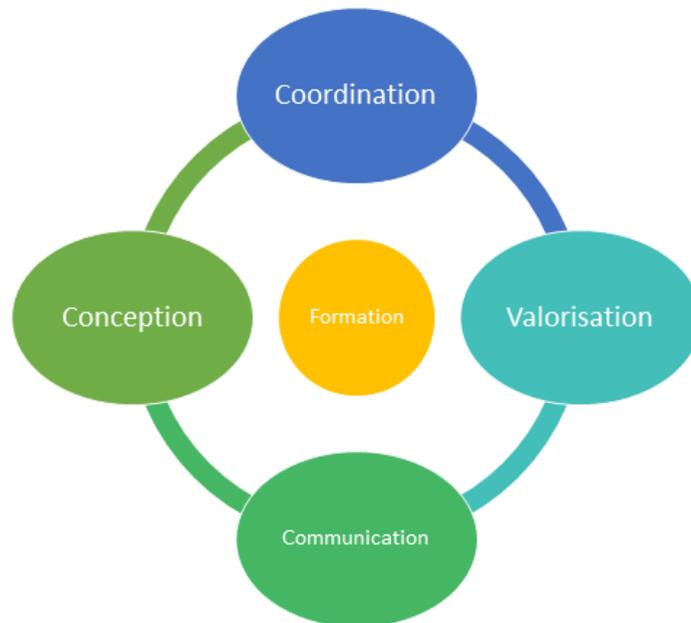
c. La place des cliniciens

À l'aide du schéma du dispositif qualité du service de formation, il nous est désormais possible d'observer le décalage entre l'existant et l'attendu de la formation pour le service de physiothérapie. L'élément principal que nous retenons est le déséquilibre entre les rôles des cadres et celui des experts métiers et cliniciens. Nous nous rendons compte que ces derniers sont beaucoup moins intégrés dans le dispositif actuel, que ce que propose la démarche qualité. Au contraire, ce sont les cadres qui portent actuellement l'analyse des savoir-agir et des besoins de compétence et qui traitent directement avec le service de formation et les autres services.

Nos entretiens nous ont permis de mettre en lumière l'absence de coordination entre les cliniciens, et même avec les cadres. Ils sont pourtant garants de l'actualisation des pratiques du service. De plus, ils apparaissent comme une forme de corps intermédiaire à la fois présent sur le terrain et disponible pour les prises de décision du service. Leur expertise métier doit devenir un appui pour le travail d'amélioration de la qualité des soins du service. L'analyse de l'activité doit devenir plus méthodique et s'écarter de la forme de paternalisme managérial développé précédemment.

En ce sens, nous pensons qu'il serait indispensable de donner une place consultative et stratégique aux cliniciens, auprès des cadres. La première étape sera d'abord de faire se rencontrer les cliniciens et de définir avec les cadres les objectifs et missions de chacun de manière formelle. Dans une deuxième étape, comme indiqué sur le schéma, le but est de leur permettre de participer à l'observation des savoir-agir et des besoins de compétences. Pour cela, nous pensons qu'ils doivent d'abord être consultés pour la création de référentiels de compétence par filière d'activité en physiothérapie. Ensuite, ils doivent prendre leur position clé dans les communications professionnelles et institutionnelles en tant qu'experts. Pour ce faire, ils devront définir un fonctionnement directement avec le service de formation. Nous avons compris qu'ils jouent actuellement un rôle de conseiller auprès des collaborateurs, sur les formations continues dans leurs domaines respectifs. Ce rôle pourrait être officialisé et faire l'objet d'une coordination entre eux et au niveau de tous les sites, concernant une offre de formation conseillée en interne et en externe. Leur rôle d'expert permettrait aussi d'intervenir au moment de l'analyse des propositions de formation des physios. Comme nous en avons discuté avec CLI3, le but serait de produire un avis consultatif sur l'intérêt de l'institution à prendre en charge la proposition étudiée, en s'appuyant sur l'analyse scientifique du concept demandé et sur le contexte de l'activité.

VI. Une stratégie de réingénierie en 4 axes de développement : Coordination, Valorisation, Communication, Conception



Les propositions que nous faisons dans cette partie se veulent adaptables et modulables pour les acteurs de terrain. Aussi, nous structurons au maximum notre propos sans fournir de format de document fini pour permettre au lecteur voulant utiliser ces informations de les adapter au plus proche de son contexte.

1. La coordination :

Le premier thème que nous voulons adresser est celui de la coordination, au sens de la "mise en harmonie de divers services, de diverses forces, de différentes composantes, en vue d'en renforcer l'efficacité" (CNRTL, 2021a). Le terme d'harmonie comporte à la fois la notion de l'accord entre les parties et de leur adaptation en une fin (Larousse, 2021), mais également la notion d'un élément qui apporte satisfaction et agrément, notamment d'un point de vue artistique (CNRTL, 2021b). En effet, ici les acteurs sont multiples et nous avons vu que leur communication ou mise en relation n'étaient pas toujours optimums. Leurs satisfactions étaient inégales entre les populations étudiées. C'est ainsi que nous pensons que le schéma qualité du service de formation est pertinent dans l'amélioration de la qualité de la formation et doit être mis en place, voire amélioré.

a. Les cliniciens

Comme nous avons commencé de l'aborder en fin de partie interprétation et discussion, il nous semble déterminant de placer les cliniciens dans les processus de choix en rapport avec l'activité et la formation

des collaborateurs. Le schéma actuel montre leur place décisive dans la démarche qualité. Cependant, à sa lecture il est possible de constater que le fléchage est toujours unidirectionnel des experts métiers et cliniciens vers les cadres. Nous pensons qu'il serait bénéfique que les cliniciens puissent bénéficier d'une auto-évaluation itérative tournée sur eux même, qui puisse être complétée d'un feedback des cadres et des collaborateurs. Aussi, nous proposons de rajouter un double fléchage au lien avec les cadres, ainsi qu'une flèche vers eux-mêmes pour assurer leur évaluation. Nous avons commencé à faire des propositions dans la même partie que nous voulons structurer à travers un plan stratégique de formation pluriannuel.

b. Plan de formation pluriannuel

Du côté français de la frontière, nous emploierons volontiers la notion de plan de développement des compétences qui "recense l'ensemble des actions de formation mises en place par l'employeur pour ses salariés, dont certaines sont obligatoires en application d'une convention internationale ou de dispositions légales et réglementaires (article L 6321-2 du Code du travail)". Le concept n'existe pas sous cette forme en suisse. Néanmoins, les principes que nous cherchons à implémenter sont similaires.

Compte tenu du caractère novateur d'un tel dispositif, et au regard du turn-over important des collaborateurs, nous envisageons une durée de 2 ans de projection dans un premier temps. Cette durée pourra être réévaluée en fonction d'une évaluation à la fin de sa première utilisation.

Le plan que nous imaginons comporterait différentes parties :

- les principes de formation soutenus pour le service et les modes de formation disponibles
- les outils d'analyse des besoins de formation
- les objectifs de développement du service
- la procédure de demande et de choix de formation
- les propositions de formation pour les atteindre
- les indicateurs d'évaluation du dispositif

c. Le service des finances.

Comme nous l'avons vu dans nos résultats. Un objectif d'amélioration semble nécessaire concernant la coordination avec le service des finances. Le but serait de se rencontrer pour mettre en place un protocole clair de gestion du budget institutionnel de formation. En effet, nous notons actuellement un manque d'information voire de communication entre le service de formation et le service des finances qui résulte en un fonctionnement à deux vitesses où chaque parti "navigue à vue" de son côté. Pour améliorer l'efficacité du dispositif, il nous paraît donc indispensable de pouvoir identifier le budget disponible pour l'année à venir, et ainsi améliorer les certitudes de projection. Grâce à cette information, nous

percevons ici la possibilité de réduire les délais de validation des formations et donc l'attente des collaborateurs pour leurs réponses de demande de prise en charge.

d. Créer un poste de référent formation pour le service de physiothérapie

Comme nous l'avons abordé avec la personne responsable du service formation lors de notre entretien, il serait possible d'imaginer la mise en place d'un mandat, par exemple nommé "référent formation physios", qui pourrait coordonner les acteurs et les tâches en rapport avec la formation continue des collaborateurs. Elle estimait que ce mandat avait un intérêt, même s'il s'agirait d'une délégation de missions des cadres.

2. Valorisation

Nous avons pu identifier à la fois un manque d'utilisation de certaines ressources de l'institution et aussi un sentiment de manque de reconnaissance des collaborateurs. Nous avons donc choisi de détailler un axe autour de la valorisation comme processus "d'accord[er] d'une importance plus grande, davantage de valeur à quelqu'un ou à quelque chose" (CNRTL, 2021). Cette démarche concerne donc les collaborateurs et leur parcours de formation, tout autant que les possibilités de formations internes.

a. Le parcours individuel de formation

L'élément qui nous paraît primordial est de permettre à chaque collaborateur de prendre conscience et d'identifier son propre parcours de formation. Différents moyens nous semblent répondre à cet objectif. D'abord, nous pensons que les entretiens de suivis individuels doivent être menés plus régulièrement, tous les deux ans au maximum. Un temps doit être pris par les cadres pour assurer ce suivi qualitatif qui permettra de mettre en place un dialogue avec le collaborateur. Au-delà du fait de reconnaître son travail, cela servirait de base de travail pour l'accompagner dans son parcours de formation.

Ensuite, la partie formation de l'entretien se baserait notamment sur une auto-évaluation des compétences du collaborateur (détaillée dans la partie « référentiel de compétences »). Cet entretien pourrait être l'occasion pour le cadre d'identifier des axes de formation possible, voire de pouvoir référer le collaborateur vers un collègue dont il connaît l'expertise. Cette démarche valorise à la fois la recherche du physio et les connaissances du cadre. Nous y voyons un moyen de nouer, voire de renforcer une alliance entre les deux partis.

b. Les compétences des collaborateurs

Nous avons également compris à travers les entretiens, que les physios et cliniciens avaient du mal à identifier les compétences de chacun. Avant même de parler des compétences, nous pourrions parler de méconnaissance du parcours de formation de chacun. Ainsi, nous pensons qu'il serait pertinent de pouvoir valoriser l'expérience et les parcours de formation de chacun pour permettre de meilleures collaborations entre les physios, voire d'initier de nouveaux échanges informels entre pairs. Cette mise en lumière pourrait se faire sur site et en intersites.

Nous avons donc pensé à diverses manières de faire. La première serait de travailler en collaboration avec les RH et notamment sur leur SIRH, pour mettre en place un suivi qui permettrait d'identifier les compétences à partir des évaluations des collaborateurs. Nous avons d'abord imaginé une création visuelle similaire à un profil de personnage dans un jeu vidéo qui reprendrait des jauges d'expérience dans les différentes filières par degré de compétence, dont les échelons seraient à identifier.



Figure 5: Profil de jeu de "Nini le grand maitre" avec présentation de ses forces et faiblesses¹⁴.

Cependant, comme discuté avec PHY1, l'outil pourrait être à "double tranchant" et servir d'outil de concurrence entre les profils. Un effort et une réflexion particuliers doivent être déployés pour analyser les risques de mésusages à limiter, et plus certainement sur la gestion du cadre d'utilisation d'un tel outil. Le but est de créer un outil qui ne soit pas discriminant d'une part, et utile à la rencontre d'autre

¹⁴ <https://dribbble.com/shots/5659763-Gamer-Profile-Infographic-Character#>

part. Le format d'identification par filière pourrait marquer de trop grandes disparités, en réalité basées sur le secteur d'activité du collaborateur. Il serait donc plutôt question de garder un format de profil, avec ou sans photo du physio et de recenser les compétences les plus avancées seulement, en demandant l'autorisation à ce dernier pour les rendre publics auprès des autres membres de l'équipe. Une cartographie sous forme de *mindmap* pourrait être réalisée par site ou pour tout le service. Son actualisation pourrait être à la charge, des cadres, ou des cliniciens, ou du référent formation physio". Pour rendre la mise en forme plus ludique, nous imaginions un système de badge par spécialité. Le même procédé est réalisable sans SIRH. Selon nous, une première option est celle d'actualiser manuellement les profils des collaborateurs sur un dossier Excel par exemple. Celle-ci est chronophage. La seconde est d'informatiser le processus en proposant un recensement des compétences par formulaire numérique à remplir par le collaborateur, qui permettrait l'extraction automatique des données directement dans une matrice Excel (gdoc par exemple). Celle-ci serait plus simple d'utilisation. Par ailleurs, avec un système de formules Excel il serait possible de créer un document Excel qui regrouperait directement les collaborateurs avec un niveau de compétence supérieur, ou un badge selon le format choisi.

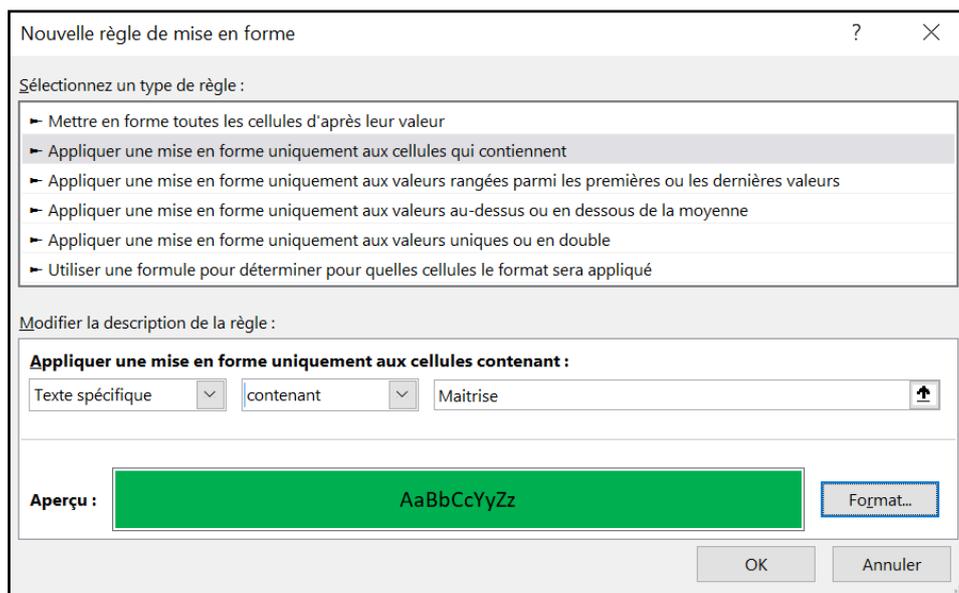


Figure 6: Capture d'écran Excel indiquant les modalités de mise en forme conditionnelles

Ici, nous présentons une formule de mise en forme conditionnelle permettant d'identifier de vert les compétences de niveau "Maitrise" que nous concevons comme le plus haut niveau d'identification de compétence pour l'exemple. À partir de cette mise en forme, il est possible de sélectionner toutes les cellules similaires, puis de les rassembler dans une fiche finale. Cette fiche finale, exportable en PDF, pourrait tout à fait servir de document à transmettre aux collaborateurs directement, sans un travail de digitalisation ou de *mindmap*. L'avantage de ce fonctionnement est que son actualisation peut être rapide et simple à partir du moment où le fichier Excel initial est créé.

| | A | B | C | D |
|---|---------------|---------------------|-----------------|---------------|
| 1 | Nom du physio | Domaine maîtrisé | Site d'exercice | Bip personnel |
| 2 | Laurent | Cardio-respiratoire | | |
| 3 | Camille | Pédiatrie | | |
| 4 | | | | |

Figure 7: Capture d'écran Excel présentant le recensement des compétences de niveau maîtrise des physios

D'autres informations peuvent être recherchées par les questionnaires et intégrées dans le document final, comme le site d'exercice et le numéro de contact "bip" présentés ci-dessus.

Nous avons donc mentionné la possibilité de se baser sur les compétences à partir du référentiel de compétence par filière. Néanmoins, il est également envisageable de reprendre la pratique anciennement testée d'identification de la compétence et/ou de l'intérêt du collaborateur par son parcours de formation. De la même manière que précédemment, trois exemples sont possibles, via un logiciel de SIRH, via le recensement manuel des informations, par le traitement de questionnaires/formulaires numériques. Au vu du caractère chronophage retrouvé dans les entretiens à partir de cette expérience, nous orienterons donc les pratiques vers le premier ou le dernier choix.

c. Les services du service de documentation

Nous avons pu observer une sous-utilisation des ressources du service de documentation par les physiothérapeutes. Ainsi, il est indispensable de pouvoir valoriser ces ressources d'utilité professionnelle forte et pour lesquelles l'hôpital investit financièrement. Deux axes d'amélioration nous sont apparus. Le premier est celui de l'information, car de nombreux physios ne semblent pas au courant de ce qui leur est accessible. Nous imaginons deux solutions à ce problème, la première est celle de la présentation de ces ressources directement par la personne documentaliste lors de colloques d'équipes. La seconde pourrait être de créer un document interne regroupant les ressources institutionnelles accessibles en interne (cf. GROUFIE dans la partie conception).

Le deuxième axe est celui de l'expérimentation pour faire tester et donner l'envie aux collaborateurs d'utiliser les ressources. En effet, nous avons vu que certains collaborateurs ont mentionné les ressources, mais également le fait qu'ils ne les utilisaient pas; parfois avec des préjugés négatifs. Ainsi différentes solutions sont imaginables. La première serait de profiter de l'intervention du personnel documentaliste mentionné précédemment pour montrer des exemples concrets d'utilisation des ressources. La deuxième pourrait être d'intégrer une expérimentation systématique du processus dans la phase d'accueil du nouveau collaborateur dans l'institution. C'est-à-dire que nous proposons de donner un exercice de recherche au nouveau collaborateur à effectuer. Cela lui permettrait d'expérimenter et de se familiariser avec la démarche.

Enfin, un troisième axe consisterait à créer un groupe de travail avec la personne documentaliste et différents physios, cliniciens préférablement, pour actualiser les ressources orientées vers la physiothérapie. Les missions de ce groupe pourraient être d'étudier l'existant et de réfléchir à son amélioration, notamment en identifiant et comparant les revues scientifiques d'actualité scientifique en physiothérapie, par exemple Physio Network, Physiotutors, Prehab Guys, Barbell Medecine. Il serait également question de recenser les autres types d'outils disponibles et non utilisés actuellement comme les podcasts scientifiques ou les réseaux sociaux. Au total, réaliser une actualisation des ressources et choisir un format de mise à disposition de ces informations pour les collaborateurs. L'intérêt du format groupe de travail est le développement collaboratif du projet et le risque principal est le temps nécessaire à son suivi. Il pourrait être coordonné par un cadre, un clinicien ou le référent formation.

d. Les formations internes

Lors des entretiens cliniciens et physios s'accordaient pour dire que les compétences des individus étaient probablement sous-exploitées. Nous voulons donc chercher à valoriser certaines formations internes. Nous adressons ici les échanges formels, en partant du principe que si nous arrivons à améliorer les pratiques formelles, les pratiques informelles pourront s'améliorer elles même. Ainsi, nous abordons les retours de formation, la création d'une section physiothérapie dans le catalogue et la labellisation des supports.

i. *Les retours de formation*

Le temps des retours de formation nous paraît très important. "La restitution à l'équipe des connaissances acquises en formation par le stagiaire à son retour permet de valider les acquis en même temps que d'améliorer la compétence collective" (Trouillard et al., 2021). C'est un outil de développement de compétence autant qu'une démarche pédagogique à nos yeux. Il nous paraît donc important de mettre en place des mesures pour le valoriser. Actuellement, les entretiens ont pointé que les retours de formation sont une forme d'habitude sans procédure officielle claire, de même que les présentations en colloque de service par les physiothérapeutes. Une partie des physiothérapeutes semble même redouter ces moments. Pour aider à améliorer ce ressenti, nous identifions deux moyens d'action.

Le premier est celui de la communication sur les objectifs professionnels et l'intérêt de ces interventions que nous venons de citer en termes d'appropriation des connaissances et de pédagogie pour le collaborateur. Nous proposons de le voir présenté et assumé par les cadres auprès des physios et de le rendre obligatoire. Cependant, le but est que le processus soit sain pour le collaborateur, et donc que ce dernier soit accompagné pour réussir au mieux cette étape.

Le deuxième moyen est donc d'accompagner, voire de former, le collaborateur qui aurait plus de difficultés. Pour ce faire, il existe actuellement au catalogue de formation interne une demi-journée sur

ce thème. Lors de l'entretien annuel, par l'identification d'une difficulté de la part du collaborateur, le cadre pourrait la lui présenter. Cela pourrait également être le rôle du référent formation d'évaluer et d'accompagner les physios. De la même manière, nous proposons de mettre à disposition un document d'aide à la préparation d'intervention sur lequel les physios pourraient s'appuyer en autonomie (cf. partie conception - GRACI).

Le mandat de référent formation pourrait jouer un rôle transversal d'accompagnement au développement des compétences pédagogiques des collaborateurs et à l'introduction de méthodes de présentation et de formation dynamique voire interactives.

ii. *La création d'une section physio au catalogue*

Nous avons identifié lors des entretiens une opportunité de développer une partie physiothérapie dans le catalogue de formation interne. Cette proposition était supportée par la grande majorité des sujets. La seule réserve émise par CA2 était de ne pas pouvoir être assez flexible dans ce format. Ainsi, le but de cette section de catalogue serait d'adresser les thèmes transversaux et de base à l'exercice des filières. Le but serait d'identifier des thématiques spécifiques permettant d'améliorer les pratiques de base dans chaque filière. Ce travail pourrait être réalisé par les cliniciens et les cadres par exemple. Dans nos entretiens, nous avons retenu des hypothèses sur les thèmes de la neurologie, de la gériatrie, de la manutention, de l'entraînement de la force musculaire. Nous avons également retenu la possibilité d'internaliser des formations d'intervenants extérieurs. Cette possibilité doit faire partie des réflexions pour identifier la nécessité de l'inclure dans le catalogue annuel ou bien de le réserver à des interventions ponctuelles.

iii. *Labellisation éduqua et certification par points Physioswiss*

Un autre format de valorisation auquel nous avons pensé est celui de la labellisation des événements de formation interne. Notre intention n'est pas de donner un diplôme motivationnel mais bien une reconnaissance officielle du parcours suivi. Pour ce faire nous avons identifié un label et une certification, auquel les formations telles que les tutorats de spécialités ou les formations du catalogue interne pourraient prétendre. Le premier est le label eduqua donc nous avons parlé à plusieurs reprises. Il concerne l'intention pédagogique et notamment la concordance à des méthodes de formation des adultes. La certification est celle des "points physioswiss" : "1 point Physioswiss correspond à 60 minutes". Ces points correspondent à une reconnaissance de formation continue auprès des instances nationales. Presque tous les événements de formation peuvent y prétendre : colloques, ateliers, conférences, formation continue interne, etc. La démarche de demande de certification consiste en un dossier à remettre au moins un mois avant l'événement. Elle coûte 100.- CHF pour un non-membre de PhysioSwiss.

La question de labellisation et de certification nous amène également à penser l'organisation des événements à l'avance. Nous abordons ici, plus spécifiquement, la question des tutorats d'arrivée d'un nouveau collaborateur. Ils ne pourront être labellisés ou certifiés, car ils ne concernent pas directement des thématiques métiers. En revanche, ils gagneraient à être valorisés et reconnus au sein de l'institution, en harmonisant par exemple les pratiques à partir des modèles déjà présents sur sites. Il possède une grille des sujets à aborder, un physio référent avec un suppléant. Ils ont même intégré un tutorat informatique très complet, avec un outil de type diaporama donnant accès à une dizaine de documents tutoriels. Cette pratique nous semble riche et intéressante à exporter aux autres sites pour l'adapter localement aux contraintes des sites et des équipes.

3. Communication

La communication est un sujet complexe et décrit par de nombreux auteurs. Elle implique deux interlocuteurs qui transmettent un message à travers des phases itératives de codage, d'interprétation. Différents éléments peuvent venir parasiter l'environnement d'échange du message comme les bruits extérieurs, le langage paraverbal, voire physique. Nous retenons aussi la vision de Wilbur Schramm (1961), qui intègre la notion de champ d'expérience commun lors du temps de l'échange du message. Cet élément nous paraît tout à fait intéressant dans la mesure où nos entretiens ont montré une grande disparité des ressentis des physios, avec des charges émotionnelles parfois importantes. Néanmoins, nous ne saurions extrapoler complètement les propos regroupés qui décrivent parfois des problèmes de communication hors thème de la formation, que nos entretiens ne visaient pas à explorer. Une analyse plus spécifique de la communication managériale serait nécessaire pour mieux comprendre la situation globale.

Le point sur lequel nous pouvons donc nous focaliser est le message en lui-même, dans le but d'harmoniser le langage employé et le cadrage des procédures relatives à la formation pour le service. En effet, c'est la notion de manque de transparence qui semble poser le plus de difficulté et initier des attitudes de méfiance, voire de défiance, chez les collaborateurs. Ainsi, nous avons identifié certains points à améliorer.

a. Le plan de formation bisannuel

Nous avons abordé ce document dans la partie coordination. Il consisterait en la pierre angulaire du fonctionnement de la formation pour le service de physiothérapie, en complément de la politique de formation institutionnelle portée par le service de formation. Il serait construit selon le plan proposé précédemment. Nous pensons que ces deux documents méritent une communication spéciale. Aussi, nous proposerions d'abord de réaliser des colloques de service sur le thème de la formation qui les présenterait. Lors de ces colloques, il nous semble important de pouvoir présenter le plan de formation

des 2 années à venir, pour permettre aux physiothérapeutes de se projeter et de faire in fine des propositions en rapport avec les objectifs de services exprimés.

Il serait également possible de le réaliser sous forme de webinaire, enregistrable, pour tous les physiothérapeutes de l'hôpital en même temps. Nous y voyons un moyen de renforcer le travail collectif et de stimuler l'engagement individuel, tout en assurant une communication intersites.

b. Le processus de demande de formation

Le problème principal que nous identifions est celui de rendre plus lisible le traitement des demandes de formation. En effet, les physios et parfois les cadres, ne savent souvent pas à quelle étape du processus et entre quelles mains sont leurs demandes. Par ailleurs, les physios ne savent pas toujours s'il leur reste des démarches d'inscription à faire après retour de leur demande. Sans cette information, ils préfèrent attendre plutôt que de prendre leur responsabilité et de contacter directement la personne. Nous voyons deux solutions à ce dysfonctionnement. La première serait d'utiliser le logiciel SIRH pour déposer les demandes de formation et obtenir leur suivi en direct selon un statut, "déposé - suivi - complété" par exemple. Le second choix est celui de potentialiser le format actuel, notamment en incluant les collaborateurs dans le suivi des échanges de mails entre les différents acteurs. Par exemple, il serait possible de demander aux cadres de mettre les physios en pièce jointe des transmissions de demandes au service de formation. Et ensuite de demander à ce dernier de mettre en pièce jointe les cadres sur les retours. Pour simplifier la démarche, nous pouvons concevoir un modèle type de mail de retour de demande de formation indiquant les étapes qui suivront : "il vous reste à vous inscrire auprès de l'organisme", "tout est bon, vous n'avez plus qu'à participer à votre formation", "Nous vous rappelons que pour demander un remboursement de formation, vous devrez remplir une fiche de demande à nous retourner a posteriori de l'événement", avec la possibilité de supprimer la mention inutile. De cette manière, le suivi des demandes nous paraît plus optimal.

c. Les propositions de formation de la part des cadres

Nous avons également recensé des problèmes liés aux propositions de formation faites par la ligne managériale avec un sentiment de manque d'égalité et de rétention d'informations. Pour adresser ces situations, nous proposons d'abord de clarifier, dans le plan bisannuel de formation, les critères de mise au concours d'une formation. Ensuite, nous proposons de créer un document type de description de formation que pourront remplir les cadres ou le référent de formation, et comportant : contexte et objectifs de la formation, profil type du candidat attendu, délai d'inscription et personne de référence.

5. Conception

La dernière partie de nos propositions de réingénierie n'est pas la moindre. Elle concerne la création des outils d'aide à l'évaluation des compétences des collaborateurs et ceux d'aide à l'amélioration de la formation individuelle des collaborateurs. Sont concernés, les référentiels d'activité, le GROUFIE, le GARF, le GRACI et le CFE.

a. Référentiels d'activité et de compétences par filière

Les référentiels d'activité et de compétences semblent être la priorité à mettre en place. Ils serviront d'aide aux entretiens de suivi individuel de formation. Nous proposons que leur conception soit sous la responsabilité des cadres ou du référent formation, en étroite collaboration avec les cliniciens. Nous nous référons ici à la définition AFNOR du référentiel de compétence : "un document identifiant l'ensemble des compétences utiles à l'organisme dans le présent et le futur, avec détermination des niveaux de complexité croissante à l'intérieur de chacune d'elles ; en tant qu'outil de facilitation des relations avec les partenaires de l'organisme, ce référentiel peut être interne ou externe"¹⁵. Labruffe dans son ouvrage sur les nouveaux outils de l'évaluation et de la compétence propose une stratégie en trois étapes (Labruffe, 2009). Les cadres travaillent actuellement à la première étape qui est l'identification de l'existant et donc des filières d'activité ; à partir desquels les référentiels pourront être initiés. Cette étape doit aussi prévoir les évolutions des services et l'impact sur les compétences des collaborateurs. La deuxième étape concernera les groupes de travail avec les cliniciens pour la construction et l'apport des contenus des compétences et la hiérarchisation des niveaux. Enfin la dernière étape sera l'expérimentation opérationnelle d'affinage de la grille. Les contraintes de temps nécessaires à la gestion du projet de création du référentiel, nous invite à conseiller la délégation de tâche des cadres vers le référent formation.

b. GROUFIE- Guide des ressources et outils de formation interne et externe

Ce guide a pour objectif de reprendre les ressources accessibles aux physiothérapeutes, en interne et en externe. Il centraliserait notamment les éléments rassemblés par les cliniciens et le service de documentation : les offres de la littérature, les moteurs de recherches, les podcasts, les liens d'accès aux documents internes. Le projet pourrait être mené par un clinicien ou le référent formation. L'actualisation pourrait être faite une fois tous les deux ans.

c. GARF - Guide d'aide à la recherche de formation

Le but de ce document est de créer un tutoriel sur la méthodologie de recherche de formation continue. Il pourrait comporter une première partie sur les sociétés savantes et les organismes de référence en

¹⁵ Définition issue du recueil de normes *Mise en oeuvre des ISO 9000*, AFNOR Editions, 2002

termes de formation, par pays et spécialités. Une deuxième partie pourrait explorer les notions de qualité à travers les niveaux de reconnaissance des formations et la méthodologie pour identifier une formation douteuse. Finalement, le but est de permettre au collaborateur d'améliorer ses chances de trouver la meilleure formation pour atteindre ses objectifs ; selon son contexte individuel. L'actualisation pourrait être faite une fois tous les deux ans.

d. GRACI - Guide rapide d'aide à la conception d'une intervention

Ce guide concerne les physios qui auraient besoin d'aide dans la conception de leurs interventions orales, qu'il s'agisse de formats type présentation ou bien d'ateliers. L'objectif de ce document est de compiler les principes de la formation des adultes d'une part, mais aussi de créer des tutoriels sur les outils principaux d'animation d'intervention. Pour ces derniers, il pourrait y avoir les outils de création de diaporama, mais aussi d'outils collaboratifs, comme les logiciels participatifs de quiz. L'intérêt de ce document est de former une trousse à outils simple à prendre main pour animer des temps de formation d'adultes. La création de ce guide reviendrait au référent formation, en collaboration avec le service de documentation. L'actualisation pourrait être faite une fois tous les deux ans.

e. CFE - Catalogue de formation externe

Ce catalogue est le projet qui nous semble le moins prioritaire de tous. En effet, si les physios se servent du guide du GARF, il n'est pas forcément nécessaire de regrouper les offres de formation directement. Néanmoins, le temps demandé pour effectuer sa recherche n'est pas toujours disponible. Ainsi, notre idée est de rassembler les offres principales de formation en les classant par filière pour offrir une version prête à la consultation du marché actuel de formations externes. Le projet pourrait être mené par le référent formation ou un clinicien, en relation avec le service de documentation et les autres cliniciens. L'actualisation pourrait être faite une fois par an, pour l'année suivante.

VII. Conclusion

Nous avons proposé, au moment de l'analyse de la mission, de comparer notre analyse réflexive initiale (préréflexive) avec les résultats d'une démarche d'entretien plus complète. Ainsi avons-nous présenté une démarche aussi didactique qu'académique, qui marque notre apprentissage en matière d'ingénierie de formation. En effet, les hypothèses avancées en fin d'analyse initiale nous avaient permis de mettre ne place des objectifs de travail pour répondre à la demande. Cependant, notre processus d'entretien a mobilisé un temps beaucoup plus conséquent que nous l'avions imaginé. En ont résulté, néanmoins, des éléments que nous n'avions pu formuler dans notre démarche préréflexive. Les entretiens nous ont permis de prendre un recul plus général sur l'activité même des physiothérapeutes et sur leurs pratiques de formations. Nous avons pu mieux appréhender les rapports qu'ils avaient avec les cliniciens, les cadres et les fonctions de supports tels que le service de formation et le service de

documentation. Tous ces éléments nous ont mené au constat d'un manque d'analyse de l'activité du service, et aussi un manque de reconnaissance professionnelle des collaborateurs comme freins principaux à l'établissement d'une ingénierie de formation. Ces éléments ne ressortaient pas de notre analyse préréflexive et soulignent donc l'intérêt de la démarche exploratoire sociologique du travail et de ses prénotions au sens de « notions élaborées spontanément dans les actions de tous les jours » (Javeau, 2021), dont Durkheim invite à se détacher. « Si le sociologue travaille au niveau de ces idées toutes faites, il développe en effet une « analyse idéologique » et non une « science des réalités »¹⁶ ; il n'accède pas aux choses, mais à un « substitut » de celles-ci » (Béraud, 2010). La démarche nous a donc permis *in fine* de dépasser les biais subjectifs que nous portions dans notre analyse préréflexive grâce à cette analyse de terrain.

Au total, ce mémoire nous aura permis d'expérimenter une démarche sociologique au service de l'ingénierie de formation des adultes à la rencontre entre sciences sociales et de l'éducation. Nous y retrouvons les étapes de développement de la compétence abordées par Zarifian, que nous avons mentionné dans les concepts théoriques. En effet, nous avons vécu une étape préréflexive par l'analyse de la mission, puis une phase d'expérimentation de la fonction d'ingénieur de formation à travers la création et la réalisation des entretiens semi-directifs. Pour finalement adopter une posture post réflexive à l'initiative des propositions de réingénierie du service de physiothérapie. Ce processus nous a écarté de notre projet initial préalablement défini. En effet, nous avons proposé des actions avant d'avoir approfondi notre analyse de l'existant. Nous avons donc atteint nos objectifs généraux de conseils en ingénierie de formation, en décrivant les propositions à mettre en place dans le futur que nous avons commencé à aborder dans les objectifs du projet initial.

¹⁶ Citant Émile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, op. cit., p. 15.

Références et bibliographie

- Ardouin, T. (2017, novembre). La compétence : Quelques éléments de compréhension [Commission européenne]. *EPALE - Electronic Platform for Adult Learning in Europe*.
- Barbier, J.-M., & Lesne, M. (1977). *L'analyse des besoins en formation*. R. Jauze.
- Béraud, C. (2010). « Prénotion », in Paugam Serge (dir.). In *Les 100 mots de la sociologie* (Presses universitaires de France, p. 19-20).
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2017). *L'entretien*.
- Bourgeois, E. (1991). L'analyse des besoins de formation dans les organisations : Un modèle théorique et méthodologique. *Mesure et évaluation en éducation*, 14(1).
- CNRTL. (2021a). Définition du mot coordination. *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://cnrtl.fr/definition/coordination>
- CNRTL. (2021b). Définition du mot harmonie. *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/harmonie>
- CNRTL. (2021c). Définition du mot valorisation. *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/valorisation>
- Crahay, M. (2006). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revue française de pédagogie*, 154, 97-110. <https://doi.org/10.4000/rfp.143>
- Densen, P. (2011). Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 122, 48-58.
- Desjardins, J. (2017). Stimuler l'épanouissement d'une culture de la formation continue" au Québec : Visée réaliste ou fantasmagorique ? In *A qui profite la formation continue des enseignants ?* (p. 83). <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88841023>
- Duruz, H. (2016). Du paternalisme médical à la médecine personnalisée. *Revue Medicale Suisse*, 12(520), 1072.
- Enlart, S. (2008). *Formation les dispositifs en question*. Éd. Liaisons.
- Ferrary, M. (2014). *Management des ressources humaines : Marché du travail et acteurs stratégiques*.

- Fortin, S. (1998). Quand une démarche d'ingénierie rencontre le monde de la formation... *Education Permanente*.
- FSEA. (2020). *Informations du label eduQua par la Fédération suisse pour la formation continue*.
<https://alice.ch/fr/services/eduqua/informations-eduqua/>
- Glanzer, M., & Cunitz, A. R. (1966). Two storage mechanisms in free recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5(4), 351-360. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(66\)80044-0](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(66)80044-0)
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11(3), 59. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>
- Javeau, C. (2021). « PRÉNOTION, sciences sociales ». In *Encyclopædia Universalis [en ligne]*.
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/prenotion-sciences-sociales/>
- Labruffe, A. (2009). *Les nouveaux outils de l'évaluation des compétences*. Afnor.
- Larousse. (2021). Définition harmonie. *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/harmonie/39112>
- Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Ed. d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives : Coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux de professionnels* (Eyrolles).
- Malglaive, G. (2005). *Enseigner à des adultes*. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.malgl.2005.01>
- Martin, D. (2012). L'analyse stratégique en perspective : Retour sur la sociologie des organisations de Michel Crozier. *Revue européenne des sciences sociales*, 50-2, 93-114.
<https://doi.org/10.4000/ress.2255>
- Meignant, A. (2015). *Manager la formation*.
- Meignant, A., Tremblay, D.-G., & Davel, E. (2009). *Gestion de la formation*. Télé-université.
- Michel, P. (2019). « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût ». *Revue française des affaires sociales*, 3, 135-137. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfas.193.0135>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations : A synthesis of the research*. Prentice-Hall.

Office de la Santé Publique. (2021). *Lois et Autorisations—Section Législation*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung.html>

Paín, A. (2003). *L'ingénierie de la formation : État des lieux*. L'Harmattan.

Ph Godeberge. (2002). *Informé le patient : Une obligation constructive Quand l'information est un outil de qualité des soins. (III)(1)*.

Pinsault, N., Monvoisin, R., & Baillargeon, N. (2014). *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Presses Universitaires de Grenoble.

Roegiers, X., Wouters, P., & Gerard, F.-M. (1992). Du concept d'analyse des besoins en formation à sa mise en oeuvre. *Formation et Technologies - Revue européenne des professionnels de la formation*, 1(2-3), 32-42.

Scruton, S. et coll. (2015). *Boîte à outils trans* : Ressources pratiques pour les organismes communautaires*. Ottawa : Société canadienne du sida. <http://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Linclusion-des-personnes-trans-dans-divers-formulaires.pdf>

Stern, P., & Mouton, J. (2016). *La boîte à outils de la négociation*. Dunod.

Trouillard, A., Gillois, A., Tournayre, V., Barrans, M.-A., Boix, S., & Vidal, J.-R. (2021). Démarche qualité ISO 9001 en stérilisation et développement des compétences des agents : Apports d'un plan de formation multi-support, transdisciplinaire et pluri-professionnel. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, S000345092100064X.

<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.04.004>

Zarifian, P. (1997). *La compétence, une approche sociologique*. 26(3), 429-444.

Annexes :

Annexe 1 - Grille Cadres

Guide entretien - Cadres

Remarques préliminaires

Les entretiens seront conduits de manière semi-directive :

- L'animateur utilisera une logique de dialogue en reprenant notamment les termes employés par les interviewés.
- Le guide d'entretien présenté ci-après est destiné à répertorier les thèmes à aborder lors de l'échange. Il ne s'agit pas d'un questionnaire dont les questions seront reprises de manière exhaustive et chronologique. Le but est plutôt de cadrer l'entretien et d'assurer un enchaînement logique du discours des interviewés. Aussi, les questions pourront être modifiées sur la forme lors du dialogue, et réparties dans un ordre adapté à la situation.
- Les entretiens seront enregistrés puis stockés sur un serveur privé.
- Les données extraites des entretiens seront anonymisées. Et l'animateur se porte garant de la confidentialité et de l'intégrité des propos rapportés.

Présentations

1. Présentation rapide de l'enquête et de son contexte

- Remerciement

« Merci d'avoir accepté de nous accorder du temps pour cet entretien. Il portera sur votre expérience de cadre dans l'accompagnement de la formation des collaborateurs de votre équipe. »

- Présentation de l'enquêteur

« Je m'appelle X, et je réalise actuellement un master en science humaine et sociale. Je fais partie de la section « ingénierie de formation des adultes ». C'est à dire, l'analyse des dimensions de la formation depuis les politiques nationales et institutionnelles jusqu'à la réalisation concrète d'action de formation. Je suis également physiothérapeute ».

- Présentation de la démarche et de l'objet de l'entretien

« Dans le cadre de mon stage, je réalise une mission de soutien stratégique à la création d'une ingénierie de formation pour le service de physiothérapie.

Actuellement nous réalisons une analyse du contexte actuel auprès des différents acteurs. C'est pour cela que nous nous rencontrons aujourd'hui. Nous allons discuter pendant 45min de différents thèmes sur la formation continue des collaborateurs.

Ce qui m'importe, c'est comprendre votre point de vue et votre expérience. Sentez-vous libre de vous exprimer ouvertement »

- Rappel des règles de l'entretien

« Je tiens à vous rappeler que cet entretien sera enregistré et est anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à votre identité, je m'y engage personnellement. »

Les thèmes à aborder

- La représentation de la notion de formation
- L'identification des modes de formation.
- L'identification des actions de formation dans leur milieu.
- L'expérience de gestion pour les collaborateurs.
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

L'interviewé

Concernant le traitement de données nous interrogerons d'abord le participant sur :

- Est-ce que vous pouvez me dire quelles sont vos fonctions et activités ici ?
- Qu'avez-vous fait auparavant ?

Grille d'entretien

| Questions Principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment se forme-t-on ou comment devrait-on se former en tant que physio ? OU • Que vous évoque le terme de formation dans le cadre de votre service ? | <ul style="list-style-type: none"> • Et qu'est-ce que vous en pensez ? • Selon-vous, quelles sont les différentes formes de formation ? • Quel est l'intérêt de la formation ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour le collaborateur. • Pour l'institution. | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire plus sur ce sujet ? • Si j'ai bien compris ce que vous venez de dire, [Reformulation], c'est juste ? • Pouvez-vous me donner un exemple de ce que vous venez de dire ? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Et comment ça se passe dans votre service ? OU • Pourriez-vous me présenter les dispositifs de formation possibles dans votre service, comme si nous étions un nouveau collaborateur ? | <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu des retours de vos collaborateurs sur ces situations ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment organisez-vous la formation de vos collaborateurs ? OU • Comment vous-êtes vous organisé pour permettre la FC de vos collaborateurs ? | <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous du fonctionnement des demandes de formation ? • Comment suivez-vous les compétences de vos collaborateurs ? • Quelle est la place des projets individuels dans la formation ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Concernant le dispositif de formation actuel, quelles sont pour vous les limites principales ? OU • Comment pourrait-on améliorer le dispositif de formation actuel ? | <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu des retours de vos collaborateurs sur votre fonctionnement ? • Qu'attendraient les collaborateurs selon vous ? • Quelles seraient les actions concrètes à mettre en place pour améliorer le fonctionnement actuel ? | |
| <p>CLOTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a d'autres éléments de la formation que nous n'avons pas abordés et qui vous semblent nécessaire de traiter ? OU • Avez-vous d'autre chose à ajouter concernant le thème de la formation continue des collaborateurs de votre service ? | | |

Clôture de l'entretien et remerciement

« Nous arrivons au terme de cet entretien. Je vous remercie grandement pour le temps que vous m'avez accordé. Je vais désormais prendre le temps de traiter les informations que vous m'avez offertes pour avancer sur le projet d'ingénierie de formation du service. Je reste à votre entière disposition si par hasard cet entretien éveillerait de nouvelles idées ou interrogations. ».

Annexe 2 - Grille Clinicien

Guide entretien - Cliniciens

Remarques préliminaires

Les entretiens seront conduits de manière semi-directive :

- L'animateur utilisera une logique de dialogue en reprenant notamment les termes employés par les interviewés.
- Le guide d'entretien présenté ci-après est destiné à répertorier les thèmes à aborder lors de l'échange. Il ne s'agit pas d'un questionnaire dont les questions seront reprises de manière exhaustive et chronologique. Le but est plutôt de cadrer l'entretien et d'assurer un enchaînement logique du discours des interviewés. Aussi, les questions pourront être modifiées sur la forme lors du dialogue, et réparties dans un ordre adapté à la situation.
- Les entretiens seront enregistrés puis stockés sur un serveur privé.
- Les données extraites des entretiens seront anonymées. Et l'animateur se porte garant de la confidentialité et de l'intégrité des propos rapportés.

Présentations

1. Présentation rapide de l'enquête et de son contexte

- Remerciement

« Merci d'avoir accepté de nous accorder du temps pour cet entretien. Il portera sur votre expérience de clinicien en lien avec le thème de la formation dans l'institution. »

- Présentation de l'enquêteur

« Je m'appelle X, et je réalise actuellement un master en science humaine et sociale. Je fais partie de la section « ingénierie de formation des adultes ». C'est à dire, l'analyse des dimensions de la formation depuis les politiques nationales et institutionnelles jusqu'à la réalisation concrète d'actions de formation. Je suis également physiothérapeute ».

- Présentation de la démarche et de l'objet de l'entretien

« Dans le cadre de mon stage, je réalise une mission de soutien stratégique à la création d'une ingénierie de formation pour le service de physiothérapie.

Actuellement nous réalisons une analyse du contexte actuel auprès des différents acteurs. C'est pour cela que nous nous rencontrons aujourd'hui. Nous allons discuter pendant maximum une heure de différents thèmes sur la formation en lien avec votre poste de physiothérapeute et votre mandat de clinicien.

Ce qui m'importe, c'est comprendre votre point de vue et votre expérience de physiothérapeute clinicien. Sentez-vous libre de vous exprimer ouvertement »

- Rappel des règles de l'entretien
- « Je tiens à vous rappeler que cet entretien sera enregistré et est anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses et ne seront jamais reliées à votre identité, je m'y engage personnellement. »

Les thèmes à aborder

- La représentation de la notion de formation
- L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.
- L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel
- La place et le rôle du clinicien dans le processus actuel de formation.
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

L'interviewé

Concernant le traitement de données nous interrogerons d'abord le participant sur :

- Pouvez-vous me présenter votre parcours ?
- Pouvez-vous me dire quelles sont vos fonctions et activités ici ?

| Questions Principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment se forme t- on ou comment devrait-on se former en tant que physio ? OU • Que vous évoque le terme de formation? | <ul style="list-style-type: none"> • Selon-vous, quelles sont les différentes formes de formation ? • Quel est l'intérêt de la formation ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour le collaborateur. • Pour l'institution. | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire plus sur ce sujet ? • Si j'ai bien compris ce que vous venez de dire, [Reformulation], c'est juste ? • Pouvez-vous me donner un exemple de ce que vous venez de dire ? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont selon vous, les situations de formation dont vous avez bénéficié ? OU • Et vous, comment vous formez-vous ? | <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de ces modes de formation ? • Existe-t-il d'autres types de formation que ceux-ci, que vous trouveriez intéressants ? • Quel est votre ressenti général quant à vos expériences de formation ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment se présente la formation dans l'institution ? OU • Quels sont les moments de formation ici ? | <ul style="list-style-type: none"> • Comment pourrait-on améliorer ces pratiques ? • Verriez-vous d'autres formats que nous pourrions utiliser ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment êtes vous-impliqué, en tant que clinicien, dans la formation des collaborateurs ? OU • Pourriez-vous me parler de la place de la formation des collaborateurs dans votre mandat ? | <ul style="list-style-type: none"> • Selon vous, les cliniciens pourraient-ils jouer un rôle supplémentaire dans la formation des collaborateurs ? et de quelle manière ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Concernant le dispositif de actuel de demande de formation, quelles sont pour vous les limites principales ? OU • Comment pourrait-on améliorer le dispositif de demande de formation actuel ? | <ul style="list-style-type: none"> • Que penseriez-vous d'intégrer les cliniciens dans l'analyse des demandes de formations des collaborateurs ? et comment ? • Que faudrait-il faire pour améliorer le dispositif de demande de formation ? | |
| <p>CLOTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a d'autres éléments de la formation, en lien avec votre expérience de physiothérapeute et/ou votre mandat de clinicien, que nous n'avons pas abordé et qui vous semblent nécessaire de traiter ? OU | | |

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avez-vous d'autre chose à ajouter concernant le thème de la formation des collaborateurs ? | |
|--|--|

Clôture de l'entretien

« Nous arrivons au terme de cet entretien. Je vous remercie grandement pour le temps que vous m'avez accordé. Je vais désormais prendre le temps de traiter les informations que vous m'avez offerte pour avancer sur le projet d'ingénierie de formation du service. Je reste à votre entière disposition, si par hasard, cet entretien éveillerait de nouvelles idées ou interrogations. ».

Annexe 3 - Grille Collaborateur

Guide entretien - Collaborateur

Remarques préliminaires

Les entretiens seront conduits de manière semi-directive :

- L'animateur utilisera une logique de dialogue en reprenant notamment les termes employés par les interviewés.
- Le guide d'entretien présenté ci-après est destiné à répertorier les thèmes à aborder lors de l'échange. Il ne s'agit pas d'un questionnaire dont les questions seront reprises de manière exhaustive et chronologique. Le but est plutôt de cadrer l'entretien et d'assurer un enchaînement logique du discours des interviewés. Aussi, les questions pourront être modifiées sur la forme lors du dialogue, et réparties dans un ordre adapté à la situation.
- Les entretiens seront enregistrés puis stockés sur un serveur privé.
- Les données extraites des entretiens seront anonymées. Et l'animateur se porte garant de la confidentialité et de l'intégrité des propos rapportés.

Présentations

1. Présentation rapide de l'enquête et de son contexte

- Remerciement

« Merci d'avoir accepté de m'accorder du temps pour cet entretien. Il portera sur ton expérience de physio en lien avec le thème de la formation dans l'institution. »

- Présentation de l'enquêteur

« Je m'appelle X, et je réalise actuellement un master en science humaine et sociale. Je fais partie de la section « ingénierie de formation des adultes ». C'est à dire, l'analyse des dimensions de la formation depuis les politiques nationales et institutionnelles jusqu'à la réalisation concrète d'actions de formation. Je suis également physiothérapeute ».

- Présentation de la démarche et de l'objet de l'entretien

« Dans le cadre de mon stage, je réalise une mission de soutien stratégique à la création d'une ingénierie de formation pour le service de physiothérapie.

Actuellement nous réalisons une analyse du contexte actuel auprès des différents acteurs. C'est pour cela que nous nous rencontrons aujourd'hui. Nous allons discuter pendant 30 min de différents thèmes sur la formation en lien avec ton poste de physio.

Ce qui m'importe, c'est comprendre ton point de vue et ton expérience de physiothérapeute clinicien. Sens-toi libre de t'exprimer ouvertement »

- Rappel des règles de l'entretien

« Je tiens à te rappeler que cet entretien sera enregistré et est anonyme : tes réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses et ne seront jamais reliées à ton identité, je m'y engage personnellement. »

Les thèmes à aborder

- La représentation de la notion de formation
- L'identification des modes de formation et des actions de formation dans leur milieu.
- L'expérience en tant qu'utilisateur du processus de formation institutionnel
- Le processus d'identification du besoin de formation, de recherche et de choix d'une formation.
- La place de la formation entre vie professionnelle et vie personnelle.
- Remarques générales sur le dispositif actuel : opportunités et limites.

L'interviewé

Concernant le traitement de données nous interrogerons d'abord le participant sur :

- Pouvez-vous me présenter votre parcours ?
- Pouvez-vous me dire quelles sont vos fonctions et activités ici ?

| Questions Principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • A quoi sert de se former ? | <ul style="list-style-type: none"> • Selon-vous, quelles sont les différentes formes de formation ? • Quel est l'intérêt de la formation ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour le collaborateur. • Pour l'institution. | <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire plus sur ce sujet ? • Si j'ai bien compris ce que vous venez de dire, [Reformulation], c'est juste ? • Pouvez-vous me donner un exemple de ce que vous venez de dire ? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment est-ce que tu te formes dans l'institution et en dehors ? OU • Comment tu t'es formé jusqu'à présent ? | <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de ces modes de formation ? • Existe-t-il d'autres types de formation que ceux-ci, que vous trouveriez intéressants ? • Quel est votre ressenti général quant à vos expériences de formation ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment sais-tu que tu dois te former ? OU • A quel moment tu sais que tu dois te former ? | <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les éléments qui te permettent d'identifier ton besoin ? • De quoi aurais-tu besoin pour améliorer cette étape ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment choisis-tu une formation ? | <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont tes principaux critères de choix d'une formation ? • De quoi aurais-tu besoin pour choisir une formation ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment vois-tu la place de la formation entre ta vie pro et ta vie perso ? OU • Où mettrais-tu le curseur de ton investissement en formation, entre ta vie perso et ta vie pro ? | <ul style="list-style-type: none"> • | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment se sont passées tes expériences de formation ici ? | <ul style="list-style-type: none"> • Comment pourrait-on améliorer le dispositif actuel ? | |

| | | |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les limites principales du dispositif ? | |
| <p>CLOTURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a d'autres éléments de la formation, en lien avec votre expérience de physio ici, que nous n'avons pas abordé et qui vous semblent nécessaire de traiter ? <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous d'autre chose à ajouter concernant le thème de la formation des physios ? | | |

Clôture de l'entretien et remerciement

« Nous arrivons au terme de cet entretien. Je te remercie grandement pour le temps que tu m'as accordé. Je vais désormais prendre le temps de traiter les informations que tu m'as donné, pour avancer sur le projet d'ingénierie de formation du service. Je reste à ta disposition, si par hasard, cet entretien éveillerait de nouvelles idées ou interrogations. ».