



HAL
open science

Cadres de santé de proximité et cadres de santé formateurs : Coopérer au profit de la montée en compétences des agents et des étudiants

Cynthia Fraisse

► To cite this version:

Cynthia Fraisse. Cadres de santé de proximité et cadres de santé formateurs : Coopérer au profit de la montée en compétences des agents et des étudiants. Sciences de l'Homme et Société. 2024. dumas-04740927

HAL Id: dumas-04740927

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04740927v1>

Submitted on 21 Oct 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation des Cadres de Santé
CHU de Brest

Université de Bretagne Occidentale

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé
&
Master Mention Administration Economique et Sociale
Parcours Management et Formation en Santé

**Cadres de Santé de proximité et Cadres de Santé formateurs :
Coopérer au profit de la montée en compétences des agents et des étudiants**

Sous la direction et la guidance de
Monsieur Alexandre BENION et Madame Sandrine OLIVE

Cynthia FRAISSE
Promotion 2023-2024

Mai-Juin 2024

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Monsieur Alexandre BENION, directeur de mémoire, et Madame Sandrine OLIVE, référente métier, pour leur guidance, leur accompagnement bienveillant et leur disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail de recherche. Leurs conseils avisés m'ont été très précieux.

Je remercie aussi l'équipe pédagogique de l'IFCS du CHU de Brest pour leur confiance et leur écoute tout au long de la formation. Je remercie également l'équipe pédagogique de l'UBO.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à tous les professionnels qui ont accepté de participer à cette enquête, ainsi qu'à ceux qui m'ont accompagné tout au long de mon projet professionnel, qui m'ont fait confiance et auprès de qui j'ai pu construire mon identité de future Cadre de Santé.

Mes remerciements vont aussi à la direction de mon établissement qui m'a permis de bénéficier de cette année de formation.

Merci à mes collègues de promotion, pour la richesse de nos échanges.

Merci à Julie, Anne-Sophie, Mélinda et Caroline, sans qui cette aventure pédagogique n'aurait pas eu la même saveur.

Merci à mon amie Delphine pour son soutien sans faille, qui confirme qu'elle est vraiment une personne importante dans ma vie.

Enfin je remercie ma famille et mes amis pour avoir cru en moi, et tout particulièrement Pascal, Jules et Zélie pour leur patience et leurs encouragements.

*« La coopération s'instaure si la conception du soin est partagée,
avec une reconnaissance mutuelle des compétences »*

Jacques Lecomte

Glossaire

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

CAFAS : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignante

CAFIM : Certificat d'Aptitude d'Infirmière Monitrice

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante

CDS : Cadre de Santé

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CPF : Compte Personnel de Formation

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DE : Diplôme d'Etat

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIF : Droit Individuel à la Formation

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EAS : Elève Aide-Soignant(e)

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

FPH : fonction publique hospitalière

FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Sommaire¹

Introduction	1
1 Mon parcours professionnel et les situations vécues à l'origine de la thématique de recherche	2
2 Dans quel cadre contextuel s'inscrit cette thématique de recherche ?.....	7
3 La coopération entre cadres de santé de proximité et formateurs : revue de littérature ...	23
4 La question de recherche et les hypothèses	40
5 La méthodologie de recherche	41
6 L'analyse et l'interprétation	45
7 La discussion et la confrontation des hypothèses	73
8 Ma projection professionnelle.....	75
Conclusion.....	85

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

¹ Table des matières Annexe 8

Introduction

« *La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat* ». Dans son discours à l'assemblée générale de l'ONU en 2001, Kofi Annan met en lien et en valeur les concepts de coopération et de partenariat entre les nations dans le but de développer un avenir meilleur pour tous. Dans le domaine de la santé, ces deux notions représentent des leviers favorisant le « travailler ensemble » dans le but de proposer aux patients des prises en soins de qualité.

L'enjeu de ce travail de recherche est de questionner plus particulièrement la coopération entre cadres de santé formateurs et cadres de santé de proximité au profit du développement des compétences des professionnels et des étudiants infirmiers et aides-soignants. Ce sujet reflète complètement mon identité professionnelle, et les valeurs qui m'animent.

Mon expérience en tant que faisant fonction cadre de santé formatrice puis faisant fonction cadre de santé de proximité me permet d'identifier qu'il est important de prendre soin et d'accompagner les professionnels et les étudiants dans leurs parcours professionnels. Prendre soin d'eux représente être à l'écoute de leurs besoins, et leur permettre de développer leurs compétences et de se professionnaliser. Prendre soin d'eux représente aussi s'assurer qu'ils prendront soin des patients.

Après vous avoir exposé mon parcours professionnel et les situations vécues qui m'amènent à réaliser ce travail de recherche, j'expliciterais dans un premier temps le contexte dans lequel s'ancre mon questionnement. Dans un second temps j'exposerai le cadre conceptuel de ma réflexion, en me questionnant autour des notions d'accompagnement, de compétences, de collaboration et enfin de coopération. Ceci me permettra de dégager une question de recherche et de proposer des hypothèses de réponses. Par la suite je vous présenterai la méthodologie de recherche utilisée pour récolter des matériaux, et j'en analyserai les résultats. Ceux-ci seront alors confrontés à mes hypothèses, et je tenterai de répondre à la problématique de départ. Pour conclure, je me projeterai en tant que future cadre de santé.

1 Mon parcours professionnel et les situations vécues à l'origine de la thématique de recherche

Dans cette première partie je vous expose mon parcours professionnel, parcours qui m'amène à me questionner sur l'impact d'une collaboration entre cadre de santé formateur et cadre de santé de proximité dans l'accompagnement des professionnels et des étudiants.

1.1 De mon expérience de faisant fonction cadre formatrice à celle de faisant fonction cadre de proximité

Infirmière depuis 2003, mon expérience professionnelle débute en secteur de pédiatrie. Cette expérience de onze années me permet de consolider mon statut d'infirmière, de forger mon identité professionnelle, et de développer des valeurs soignantes fortes.

En 2017, j'intègre l'Institut de Formation des Professionnels de Santé (IFPS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest. Pendant 4 ans j'y occupe un poste de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) formatrice au sein de l'Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS). Je suis référente des promotions par apprentissage. Cette mission me permet de collaborer avec les employeurs des élèves aides-soignants (EAS), nos partenaires pendant toute la durée de leur formation. Régulièrement je me rends sur le terrain afin de rencontrer les apprentis et leurs maîtres d'apprentissage. Ces rencontres permettent d'accompagner l'apprenant dans l'acquisition de nouvelles compétences, de l'aider à faire du lien entre la théorie et la pratique. Cette collaboration entre formateurs de l'IFAS et employeurs les guide pour donner du sens à leurs pratiques, acquérir des savoirs, des savoir-faire et un savoir être.

En 2021, j'intègre l'équipe de Formation Continue de l'IFPS. J'anime et organise des formations pour les professionnels paramédicaux du secteur sanitaire et médico-social. Les thématiques sont variées, je m'implique particulièrement dans la formation des Assistants de Soins en Gérontologie (ASG), et la formation sur les paramètres vitaux proposées aux aides-soignants (AS). Ces deux formations permettent aux professionnels de maintenir et de développer leurs compétences. Je participe également à la formation tuteur. Former les professionnels au tutorat est un vecteur de qualité pour l'accompagnement des apprenants sur les lieux de stage.

Afin de consolider mon projet professionnel, devenir Cadre De Santé (CDS), j'occupe pendant plus d'un an un poste de FFCS de proximité dans l'unité fonctionnelle des Soins Intensifs de Neurochirurgie du CHU de Brest. A ce poste je suis vigilante, entre autres, à l'accompagnement des professionnels dans leurs parcours de formation. Mon expérience de FFCS formatrice me sensibilise à l'accueil et au tutorat des étudiants accueillis dans l'unité de soins dont je suis responsable.

Ces différentes missions, me rendent particulièrement sensible à la collaboration entre les acteurs de terrain et les acteurs de la formation au profit des professionnels et des étudiants. En effet, il apparaît essentiel que les futurs soignants puissent bénéficier d'un accompagnement de qualité tout au long de leur formation. De même, avec l'évolution des pratiques, l'universitarisation des diplômes paramédicaux, le virage ambulatoire, le vieillissement des populations, les professionnels de santé se doivent de se former tout au long de leur carrière. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation réglementaire.

1.2 Les situations vécues à l'origine des premiers questionnements

Mon expérience professionnelle en tant que FFCS formatrice puis FFCS de proximité m'amène à identifier l'importance de créer du lien entre le terrain et les instituts de formation. Les deux situations de travail que je vais décrire dans ce chapitre en témoignent.

Au cours de mon expérience de FFCS formatrice, j'ai participé en 2020 à la mise en place de la nouvelle réingénierie de la formation des aides-soignants (référentiel du 10 juin 2021). L'année suivante, je suis formatrice en formation continue et initie avec ma binôme la création d'un outil pédagogique permettant aux aides-soignants diplômés avant 2021 de valider les nouvelles compétences AS en lien avec ce récent référentiel de formation. Il s'agit d'une formation hybride que nous proposons à notre Cadre Supérieur de Santé (CSS) : un outil de e-learning en lien avec la théorie, suivi d'une journée de travaux pratiques afin de maîtriser les soins techniques. Ce format de formation nécessite une ingénierie pédagogique en étroite collaboration avec l'IFAS et les unités de soins, afin de répondre au mieux à la réalité du terrain et à leurs problématiques. Mon projet professionnel pour devenir CDS se concrétise alors un peu plus, et j'accède à un poste de FFCS de proximité. Désireuse de continuer à faire vivre ce projet de formation, je propose à mon encadrement supérieur de positionner l'unité dont je suis

responsable comme service test de la formation hybride finalisée. Elle me propose d'être référente au niveau polaire du projet. Commence alors un travail en collaboration avec les CDS formatrices responsables de la mise en œuvre du projet. Nous échangeons régulièrement sur l'avancée technique du module de e-learning, les locaux de l'unité des Soins Intensifs de Neurochirurgie sont exploités pour l'élaboration des vidéos et photos permettant d'illustrer les compétences techniques à acquérir.

De mon côté, lors d'une réunion de service, je propose aux aides-soignantes intéressées de participer et d'évaluer une première session de la formation. Celle-ci a pour objectif d'ajuster le contenu pédagogique en fonction de leurs commentaires. Une dizaine d'agents se portent volontaires (sur 15 agents au total). Quatre d'entre eux vont y participer, deux agents de l'équipe de jour et deux agents de l'équipe de nuit. J'invite également à participer 3 autres aides-soignantes du pôle. Il a été possible d'inscrire un nombre conséquent d'aides-soignants à cette journée car la date avait été anticipée et choisie sur une période d'activité permettant de libérer plus de professionnels (hors période de vacances estivales).

Côté institut de formation, cette collaboration aura permis à l'équipe de CDS formateurs d'évaluer leur formation avec des professionnels de terrain, d'y apporter éventuellement des axes d'amélioration, dans le but de très prochainement pouvoir former de nombreux agents, et leur permettre ainsi de monter en compétences.

Côté unité de soin, les aides-soignants se sont sentis valorisés, et ont apprécié de pouvoir valoriser leur diplôme obtenu avant 2021. Ces agents m'ont fait également le retour qu'il était alors plus légitime pour eux de tutorer les élèves aides-soignants formés avec ce nouveau référentiel.

Ce travail de collaboration a été fluide du fait de mon implication en formation avant de devenir FFCS sur le terrain.

Une autre situation de travail en tant que FFCS de proximité a confirmé l'importance de créer du lien entre le terrain et les instituts de formation.

Je suis interpellée un matin par l'équipe IDE m'informant d'une erreur grave d'administration de médicament par une étudiante infirmière à un patient la veille. Cette erreur aurait pu avoir des conséquences gravissimes pour le patient, heureusement ce ne fut pas le cas.

Après avoir pris connaissances des circonstances ayant amené l'étudiante à cette erreur, j'informe rapidement mon encadrement supérieur ainsi que la formatrice référente de l'étudiante. Avec la CSS nous recevons en entretien l'étudiante en soins infirmiers afin de

prendre connaissance de sa version des faits, de son ressenti. Elle nous confie n'avoir pas souhaité réaliser un stage dans une unité de soins critiques, perspective qui l'angoissait. Une interruption de stage est décidée. Elle semble soulagée. Nous l'invitons à se rendre dès la fin de l'entretien à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) afin de pouvoir rencontrer sa formatrice référente, qui attendait sa venue. Les échanges en amont de l'entretien avec sa formatrice référente ont permis d'accompagner dans la bienveillance l'étudiante. A distance, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) a été réalisé au sein du service de soins. La formatrice référente était présente. Ce travail en aval de la problématique rencontrée lors du stage a permis de mettre en place des axes d'améliorations au sein du service, mais également au sein de l'IFSI. Un de ces axes d'amélioration est de recevoir en stage des étudiants motivés et volontaires à venir se former dans une unité de soins critiques. Ils doivent échanger avec leur formateur référent, afin de motiver leur choix, et seront reçus par la CDS de l'unité. Lors du temps d'accueil par les tuteurs de stage, un rappel sur l'utilisation des médicaments à risques sera fait. En amont du stage, les cadres formateurs travailleront aussi avec les étudiants sur la même problématique.

Ici CDS de proximité et CDS formatrice ont collaboré afin d'éviter une nouvelle erreur médicamenteuse de cet ordre. Chacun a su se remettre en question, et coopérer pour l'accompagnement de la montée en compétences des étudiants.

Ces deux situations m'amènent à me questionner sur la collaboration entre CDS de proximité et CDS formateurs et à identifier une problématique. Je vous l'expose dans la suite de ce travail.

1.3 La question de départ de ce travail de recherche

Les deux situations décrites sont fluides dans la collaboration. Je sais par expérience que cela peut ne pas toujours être le cas. En effet, les cadres de proximité et les cadres formateurs n'ont peut-être pas une connaissance détaillée des missions de l'un et de l'autre, ce qui peut générer des incompréhensions, ou des divergences quant au degré d'urgence à traiter d'une problématique commune. Je souhaite donc m'appuyer sur ces deux situations afin de construire ma réflexion et une analyse sur l'importance de créer et maintenir les liens entre CDS de proximité et CDS formateurs au profit des professionnels et des étudiants IDE et AS.

Quels sont les impacts pour les agents et les étudiants de la collaboration entre CDS formateurs et CDS de proximité ? Comment consolider les liens entre eux au profit de la montée en

compétences des agents et des étudiants ? Comment valoriser ce travail de collaboration ? Quels sont les facteurs favorisants et quels sont les facteurs bloquants ce travail en collaboration ? Chacun connaît-il les rôles et missions de l'autre ? Mon expérience professionnelle en formation et sur le terrain a-t-elle favorisé cette collaboration lors des situations décrites ? Se connaître entre CDS formateurs et CDS de proximité facilite t'il les échanges et l'envie de collaborer ? Chacun happé par des problématiques de plus en plus diverses et complexes, le lien se fait-il facilement entre les deux fonctions ?

Une question de départ s'impose et englobe toutes les autres :

<p>Quels sont les impacts de la collaboration entre CDS de proximité et CDS formateurs sur l'accompagnement des professionnels et des apprenants dans leur montée en compétences ?</p>

L'élaboration d'un cadre contextuel et d'un cadre conceptuel sous forme de revue de littérature scientifique, permettra de faire évoluer et affiner cette question de départ. Il apparait alors essentiel de se pencher sur la définition du métier de CDS, et d'en identifier ses missions. Pour cela, je m'appuierai sur l'évolution socio-historique de la profession.

2 Dans quel cadre contextuel s'inscrit cette thématique de recherche ?

Afin de poursuivre ce travail, il semble primordial de nous intéresser à l'évolution socio-historique ainsi qu'aux référentiels de formations des métiers de CDS, d'IDE et d'AS. Véritable levier pour la montée en compétences des professionnels, nous contextualiserons la formation professionnelle continue, plus particulièrement à l'hôpital.

2.1 De la « mère supérieure » au « manager » : évolution socio-historique de la fonction de cadre de santé

Parallèlement aux événements historiques, la profession de CDS s'est construite au fur et à mesure des transformations de l'hôpital. Dès le Vème siècle, les malades et les déshérités peuvent être accueillis dans des hospices. Le quotidien dans ces établissements est rythmé par la vie religieuse. Au moyen-âge, l'hôpital est un lieu d'accueil pour les vieillards, les infirmes, les pauvres et les blessés de guerre, la médecine étant ancrée dans un fonctionnement très religieux (Bourret, 2006). D'après Calbera (2003), le soignant représente un assistant à la misère sous la coupe des ordres religieux. Les congrégations religieuses exerçaient les soins, ce sont aussi elles qui assuraient le rôle de surveillance. L'ancêtre de la surveillante est la mère supérieure.

A la fin du XIXème siècle, suite à la loi de séparation de l'Eglise et l'Etat en 1905², les missions d'encadrement se laïcisent. Porté par le neurologue Désiré-Magloire Bourneville, le corps médical souhaite la laïcisation du personnel soignant. Bourret (2006) explique que cette volonté politique s'accompagne de l'ouverture d'écoles d'infirmières³ afin de former les nouveaux professionnels qui remplaceront les religieuses. Désiré-Magloire Bourneville s'appuie sur le modèle anglais de Florence Nightingale⁴ et souhaite donner une nouvelle dimension aux soins. « Prendre soin de » devient complémentaire de traiter. Il prône une filiation directe entre ces nouvelles professionnelles formées au métier d'infirmière et leurs cheffes. Il souhaite que ces nouvelles surveillantes fassent régner l'ordre dicté par les médecins dans les services et exercent un contrôle sur les agents et sur les malades. Aucune formation n'est alors obligatoire et la

² Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation de l'Eglise et de l'Etat

³ Première école laïque d'infirmières à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière en 1878

⁴ Florence Nightingale (1820-1910) est une infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes

majorité des surveillantes exercent leur fonction en étant promues à l'ancienneté. Créée en 1924, l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat, demande la création d'un texte officiel permettant aux infirmières d'exercer des fonctions de responsabilités. Le décret du 18 février 1938 prévoyait un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière, mais la déclaration de guerre ne permit pas de l'appliquer (Charles, 1979). En 1943 un décret officialise la fonction de surveillante, en réaffirmant la double autorité à laquelle elle est soumise à ce moment-là, c'est-à-dire l'autorité administrative et l'autorité médicale.

En 1951, la Croix-Rouge propose aux infirmières de pouvoir se former afin d'exercer en tant que surveillante. Il s'agit de la première « *école des cadres des soins infirmiers* » (Divay & Girard, 2019, p 75). Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, suite à un décret de 1958⁵, crée deux certificats, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS) et le Certificat d'Aptitude d'Infirmière Monitrice (CAFIM). Ces deux diplômes posent clairement les notions de fonctions de proximité et de fonctions en pédagogie. Ils donnent accès à une mission bien définie, soit celle de surveillante, soit celle de monitrices (Charles, 1979). Une troisième fonction est actée par un décret de 1973⁶, portant lui sur la création d'un certificat d'infirmière cadre de santé publique. Ce schéma de diplomation investi les trois domaines d'activité des infirmières : l'hôpital, les instituts de formation et le secteur extrahospitalier.

Desserprit (2014) explique que la distinction entre surveillantes et monitrices disparaît suite au décret de 1975⁷, qui promulgue le Certificat de Cadre Infirmier (CCI). L'appellation de « cadre infirmier » apparaît pour la première fois dans un cadre législatif. Cette même année est créée la fonction d'infirmière générale, elle représente une nouvelle marche dans la hiérarchie infirmière, pouvant s'affirmer faces aux médecins et aux administratifs (Divay & Girard, 2019). Il ajoute que le certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique, quant à lui, voit le jour suite à un arrêté de 1976⁸.

⁵ Décret n° 58-1104 du 14 novembre 1958 relatif au CAFIM et au CAFIS.

⁶ Décret n° 73-822 du 7 août 1973 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier cadre de la santé publique.

⁷ Décret n° 95-926 du 18 août 1975 relatif au certificat cadre infirmier

⁸ Arrêté du 22 juillet 1976 relatif au certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique

En 1995 est créé le Diplôme de Cadre de Santé⁹. Catanas (2008) identifie ce nouveau diplôme comme marquant le changement, puisque la fonction est alors accessible aux infirmiers mais aussi aux filières médicot techniques et de rééducation. Il devient interprofessionnel. Le décret permet aux instituts de formation de travailler en collaboration avec les universités, dans le but de proposer aux étudiants CDS une double ou triple diplomation en accédant à des Diplômes Universitaires (DU), Master 1 ou 2, dans le domaine du management et en sciences de l'éducation. Ce diplôme forme les CDS aux fonctions de CDS de proximité et CDS formateur. Le terme de surveillante sera alors oublié. Catanas (2008) précise que la formation s'ouvre aux apprentissages en lien avec le management des ressources humaines, à la problématique économique, à l'approche de la complexité et à la notion de qualité. En 2001 le diplôme devient obligatoire pour exercer.

L'évolution socio-historique de la fonction de CDS nous montre que sa fonction n'a pas cessé d'évoluer : autrefois mère supérieure puis surveillante, aujourd'hui manager et formateur. Il apparaît essentiel de clarifier ses missions et rôles en 2024.

2.2 Qu'en est-il des missions et rôles du cadre de santé en 2024 ?

Dans son rapport de 2009, Chantal De Singly dégage quatre missions principales relatives au métier de CDS. Premièrement, elle met en avant la mission de management d'équipes et d'organisation. Pour cela le CDS conçoit l'organisation des soins, la gestion administrative et logistique de l'unité fonctionnelle dont il est garant. Il accompagne les agents, qui eux exercent au plus près des patients ou des résidents. Deuxièmement, elle parle de mission transversale et de conduite de projet. Le CDS mène des actions au sein de son service, de son pôle d'activité et plus largement au sein de l'établissement où il exerce. Moteur de la démarche projet, il accompagne et anime le changement auprès de son équipe. Troisièmement, lui est attribué une mission d'expertise. Cette expertise est valorisée par la formation de CDS, de possibles formations complémentaires et l'expérience professionnelle. Enfin est citée la mission de formation. En service de soin ou en institut de formation, le CDS accompagne la montée en compétences des étudiants. Qu'il soit CDS de proximité ou CDS formateur, il exerce des fonctions de coordination, d'évaluation et de contrôle. La gestion de la qualité et des risques est

⁹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

prévalente dans son quotidien de travail. Le CDS est le garant de la qualité des prestations de son domaine d'activité. Il est régulateur, il a pour objectif l'application des règles. Cependant il prend en compte la dimension humaine et l'accompagnement de l'autre dans ses champs d'action. Le CDS est amené à gérer des situations complexes, le travail en collaboration avec les autres acteurs de terrain, tant médicaux que paramédicaux, est primordial. Il est le maillon central d'une chaîne professionnelle dense, et endosse un rôle de médiateur.

2.3 Un diplôme, deux fonctions

Le décret no 95-926 du 18 août 1995 portant sur la création d'un diplôme de cadre de santé indique que CDS de proximité et CDS formateurs partagent la même formation. Chacun est sensibilisé aux missions de l'autre. Le CDS peut au cours de sa carrière exercer dans les deux domaines d'activité. Leur objectif principal est la qualité de prise en soin des patients, soit en manageant les équipes de l'unité dans il est responsable, soit en formant les professionnels de demain. Ils sont amenés à collaborer afin d'accompagner au mieux la montée en compétences des étudiants et des professionnels de terrain, en mettant au centre de leur démarche le patient ou le résident. L'organisation de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a établi en 2013 un référentiel d'activité et de compétences pour le métier de Cadre de Santé¹⁰. Il comprend deux référentiels d'activité, celui du cadre de proximité, et celui du cadre formateur. De ces deux référentiels découlent deux référentiels de compétences. Mon expérience professionnelle me permet de faire du lien entre la définition des deux fonctions et la réalité du terrain.

2.3.1 Cadre de santé de proximité : un manager de terrain

La DGOS définit le CDS de proximité comme le responsable d'un secteur d'activités, où il organise l'activité de soins. Il manage l'équipe dont il est responsable et coordonne les moyens de l'unité fonctionnelle dont il est responsable. Sept activités sont détaillées : la conception et la coordination des organisations de soins, la gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités, le management, l'encadrement et l'animation des équipes pluri professionnelles, la gestion et le développement des compétences des professionnels,

¹⁰ Diplôme de Cadre de Santé, Référentiel d'activité et de compétence, Ministère des Affaires sociales et de la santé-Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012

l'animation de la démarche qualité et de la gestion des risques, la démarche projet, la participation à des travaux de recherche.

Mon expérience en tant que faisant fonction CDS de proximité, où l'adaptabilité était de mise, me permet de faire du lien entre cette définition et le terrain.

Suite à des difficultés de recrutement, l'organisation des soins a dû être redéfinie, avec un passage du temps de travail sur 12H. Mon rôle a été d'adapter les fiches de tâches de l'équipe paramédicale, permettant ainsi de redéfinir les missions de chacun sur de nouvelles amplitudes horaires. L'enjeu de cette réorganisation était de permettre à tous de conserver trois semaines de congés sur l'été. La communication, les groupes de travail avec les agents ont permis de trouver un consensus. Je ne peux faire l'impasse sur la gestion au quotidien des ressources humaines. Je participais, chaque semaine, à une réunion polaire en lien avec l'absentéisme des agents. En collaboration avec la CSS et les autres CDS du pôle, nous répartissions les ressources humaines disponibles, en adaptant au mieux les affectations de chacun, privilégiant leurs compétences pour le choix du service. Ces exemples illustrent bien les activités de conception et de coordination des organisations de soins, et de gestion des ressources humaines.

En lien avec l'animation des équipes et la démarche qualité et gestion des risques, il m'a semblé important quelques semaines après ma prise de poste, d'animer en collaboration avec le médecin responsable de l'unité et la CSS une réunion de service. L'objectif de cette réunion était de définir les rôles et missions des référents paramédicaux. Ainsi, j'ai accompagné les référents « hygiène » dans la réalisation d'audits institutionnels, et leur ai délégué la réalisation de la « visite sur le risque infectieux » en collaboration avec l'infirmière hygiéniste référente du service. J'ai réalisé avec les référents « qualité et gestion des risques » des audits à blanc croisés sur différents services du pôle. L'objectif était de sensibiliser l'ensemble des équipes à la démarche qualité et de les impliquer dans la démarche de certification menée par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹¹.

En référence à l'activité de gestion et de développement des compétences des professionnels décrite dans le référentiel métier de la DGOS, quelques semaines après ma prise de poste, j'ai rencontré chacun des professionnels de l'équipe. Ces temps d'échanges m'ont permis de connaître leurs parcours professionnels, leurs souhaits d'évolution de carrière, leurs besoins en

¹¹ Procédure mandatée par la Haute Autorité de Santé. Cette évaluation obligatoire de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé publics et privés est réalisée tous les 4 ans.
Source : www.has-sante.fr

formations. Suite à des échanges très riches, j'ai pu accompagner des agents dans leurs souhaits d'évolution de carrière, connaître leurs besoins en formation, et les inscrire sur les sessions souhaitées. Mon expérience de faisant fonction cadre formatrice a facilité cette activité.

En lien avec l'activité de participation à des études de recherche, l'unité a participé à une étude nationale¹² sur le gaspillage des médicaments dans les services de soins critiques.

Enfin, j'ai accompagné l'équipe IDE dans une démarche projet, qui avait pour objectif la préparation des thérapeutiques au plus près des patients. Ceci illustre également l'activité de conception et de coordination des soins (réorganisation des pratiques), la gestion de l'information et des moyens (commande de matériel), l'animation d'équipe.

2.3.2 Cadre de santé formateur : une approche pédagogique

La DGOS définit le CDS formateur comme compétent pour former des professionnels de santé, concevoir et organiser les apprentissages en formation initiale, tout en veillant à la qualité des prestations. Il coordonne et réalise des actions de formation continue dans les domaines liés aux soins, à la santé, à la pédagogie et au management. Sept activités sont détaillées : la conception, l'organisation et la coordination des actions de formation initiale et continue en soins en santé, la gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation, la réalisation d'enseignements, l'accompagnement de l'apprenant dans son projet de formation, l'animation de la démarche qualité, la démarche projet, la participation à des travaux de recherche.

Mon expérience en tant que faisant fonction CDS formatrice me permet de faire du lien entre cette définition des activités du CDS formateur et la réalité du terrain.

Lors de mon exercice en IFAS, je suis référente de la promotion AS par apprentissage. Je réalise l'alternance pédagogique en organisant la répartition des semaines de cours, des stages et des temps chez l'employeur. Dans le but de dynamiser les apprentissages, je fais appel à des professionnels de terrain pour intervenir auprès des élèves. Je conçois et anime des séquences pédagogiques, à type de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux pratiques, ou encore de séquences de simulations. Elles ont pour objectif de favoriser l'apprentissage du savoir-faire, mais également du savoir-être. Mon rôle de formatrice est aussi d'accompagner

¹² L'étude observationnelle GAME-OVER vise à évaluer le gaspillage de médicaments en réanimation en France et à proposer des pistes pour améliorer les pratiques de soins

individuellement les élèves tout au long de leur parcours de formation. J'organise des suivis pédagogiques individuels pour les apprentis AS dont je suis référente. Ces temps d'échanges privilégiés entre apprenant et formateur sont indispensables. Ils ont pour but de guider le futur professionnel dans son cheminement, de faire l'état des lieux des compétences acquises, de mettre en place des objectifs, si besoin des axes d'amélioration, de l'accompagner dans la construction de son projet professionnel. Des temps d'accompagnement sont aussi organisés sur le terrain. Appelés « encadrements cliniques » et « visites employeurs » ces visites permettent de tisser des liens entre l'institut de formation et les lieux de soins. Mon rôle de formatrice est d'accompagner l'apprenti à faire les liens entre la théorie et la pratique, mais aussi si nécessaire d'échanger sur des problématiques rencontrées.

Depuis 2017, une initiation à la langue bretonne est proposée aux élèves AS. Connaitre quelques mots de breton peut, dans certaines situations de soins, permettre aux soignants de faciliter la communication avec certains patients. Afin de mettre en valeur cette initiative pédagogique, nous avons co-écrit un article professionnel avec l'ensemble de l'équipe pédagogique¹³.

Toutes ces activités réalisées au profit d'apprenants en formation initiales sont transférables à mon exercice en formation continue. J'ai par exemple organisé la formation « Sensibilisation au handicap auditif initiation à la Langue des Signes Française » pour les professionnels de santé. J'ai aussi animé des formations dédiées à la préparation aux concours d'entrée en IFAS et en IFSI. J'ai accompagné une professionnelle dans son parcours de Validation des Acquis d'Expérience (VAE). J'ai participé à plusieurs démarches projets, à la demande des services de soins, afin d'accompagner les agents dans de nouvelles pratiques ou organisations.

La démarche qualité est également au cœur des instituts de formation. J'ai participé avec l'ensemble de l'équipe pédagogique à l'obtention de la certification Qualiopi¹⁴. Ce label atteste la qualité du processus de formation mis en œuvre.

Qu'il soit formateur ou de proximité, le CDS a des missions bien définies. Leur formation est commune, et basée comme pour les autres professions paramédicales sur un référentiel de formation.

¹³ Hamon M, André-Peton D, Gourvenec N, Kermorvan G, Palud C, (2018). Le breton, un outil au service du prendre soin. *L'aide-soignante* (n°199), août-septembre 2018

¹⁴ Qualiopi | Marque de certification qualité des prestataires de formation - Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion (travail-emploi.gouv.fr)

2.4 Les référentiels de formation : formaliser l'apprentissage par compétences

Les référentiels de formations sont présents dans grand nombre des formations paramédicales. Chauvigné citant Figari (2010), définit un référentiel comme le résultat d'un processus qui guidera la production des situations d'enseignement et de formation. Selon Postiaux (2013, p.259), un référentiel est « *ce qui vient faire référence pour un groupe de personnes* ». Il s'agit d'un cadre collectif, d'une organisation partagée par un groupe suivant une formation. Elle précise également les liens indissociables existant entre référentiel de formation, référentiel de compétences et référentiel d'évaluation. Les référentiels de formation se basent donc sur les compétences à acquérir par chaque étudiant afin de se professionnaliser. L'évaluation de ces compétences permettra l'acquisition du diplôme visé.

Le Boterf (1998) définit la compétence comme la combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements, qui ne s'exprime que dans l'action, uniquement dans des situations de travail, et qui est fortement corrélée à un contexte, à des conditions. La compétence est donc la mobilisation de capacités, d'habiletés et de connaissances d'un étudiant ou d'un professionnel afin d'être capable de répondre à des situations complexes rencontrées, mais aussi aux exigences et spécificités du métier pour lequel il se forme. Un référentiel de formation ne peut donc pas exister sans prendre ancrage sur un référentiel de compétences métier.

Postiaux (2013) définit le référentiel de compétences comme un descriptif des compétences attendues par l'apprenant à la fin de sa formation. Elle ajoute que le référentiel de formation sera la mise en œuvre, le développement de ce référentiel des compétences. Il définit les contenus et les méthodes d'enseignement. Il est la colonne vertébrale de la formation, et a pour but de permettre aux apprenants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession. Elle précise également que dans un référentiel de formation seront explicitées les compétences métier, une cartographie des savoirs théoriques et pratiques, et les méthodes pédagogiques requises dans le but de l'obtention du diplôme. Le référentiel de formation est l'outil indispensable au CDS formateur afin d'accompagner les apprenants vers la professionnalisation. Il donne la temporalité afin de faire des allers retours entre théorie et pratique. Le référentiel de certification acte le processus d'évaluation du parcours d'apprentissage, et permet de confirmer ou non l'acquisition des compétences visées (Postiaux,

2013). Pour Le Boterf (2002), une personne peut être reconnue comme compétente si elle est capable de réussir une action, tout en comprenant pourquoi et comment elle s’y prend pour agir. Il s’agit donc bien de l’association du référentiel de compétences, du référentiel de formation et du référentiel de certification qui permettra de reconnaître l’apprenant comme compétent, et prêt à exercer son futur métier.

Les professions de CDS, d’IDE et d’AS évoluent. Leurs métamorphoses se doivent de faire évoluer leurs formations. Elles ont chacune connu des réingénieries, plus ou moins récentes, donnant naissance à de nouveaux référentiels. Nous allons donc définir, dans les prochaines parties de ce travail, comment se décline pour chacune des professions citées précédemment leurs référentiels de formation. Leur principal point commun est qu’elles sont basées pour chacune d’entre elles sur l’apprentissage par compétences.

2.4.1 Référentiel de formation des cadres de santé : du diplôme d’état à l’universitarisation

L’évolution socio historique de la profession des cadres de santé nous amène aujourd’hui à un référentiel de formation basé sur le décret n°95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Ce diplôme est pluriprofessionnel puisqu’il permet aux soignants de la filière infirmière et à tous les personnels paramédicaux des filières médico-techniques et de rééducation d’accéder à la fonction de CDS. La signature des accords de Bologne¹⁵ par la France en 1999 permet d’intégrer progressivement dans un processus universitaire la formation des cadres de santé. Les instituts de formation peuvent développer des partenariats avec les universités et proposer parallèlement au Diplôme d’Etat (DE) de CDS des Licences, des Masters 1 ou Masters 2. A la demande de la ministre de la santé Mme Bachelot, Chantal De Singly réalise en 2009 un travail d’exploration des missions des CDS hospitaliers. Elle rédige un rapport qui propose, entre autres, la reconnaissance universitaire de leur formation.

Le décret du 8 janvier 2019, relatif au cadre national des certifications professionnelles reconnaît le diplôme de CDS comme un diplôme de niveau 6. L’article D. 6113-19 précise que : *« le niveau 6 atteste la capacité à analyser et résoudre des problèmes complexes imprévus dans un domaine spécifique, à formaliser des savoir-faire et des méthodes et à les capitaliser ».*

¹⁵ La Déclaration de Bologne, signée en 1999 par les ministres en charge de l’enseignement supérieur de 29 pays européens, vise à mettre en place un système d’enseignement supérieur européen plus facilement comparable, compatible et cohérent.

Depuis juillet 2020 le diplôme de cadre de santé est inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP). Le RNCP présente sous forme de fiche le contenu des formations. Il s'appuie sur le décret de 1995, il présente le contexte de certification, les activités visées, les compétences et blocs de compétences ainsi que leurs modalités d'évaluation. Seuls les IFCS agréés sont habilités à former les futurs CDS. (Desserprit, 2021). Ils sont soumis au même programme de formation, et proposent des enseignements de plus en plus orientés vers les sciences sociales, la gestion, le management et le droit.

En 2011, la DGOS entame un travail de réingénierie de la formation des cadres de santé. Elle rédige alors les référentiels d'activités et de compétences des cadres de santé de proximité d'un côté, et ceux des cadres de santé formateurs de l'autre¹⁶. Ce travail de réingénierie n'est à ce jour pas encore finalisé.

Tout comme pour les cadres de santé, l'histoire des infirmiers a fait évoluer leur formation. Nous nous intéresserons, dans la partie suivante, à l'évolution de leur fonction ainsi qu'à leur diplomation.

2.4.2 Evolution socio-historique de la fonction infirmière : du premier décret de professionnalisation à l'universitarisation

Avant de définir le référentiel de formation infirmier, il me semble important de revenir sur la construction socio-historique de la profession. Tout comme pour les cadres de santé, ce sont les religieuses qui sont à la genèse de la fonction. Charles (1979) décrit les soins d'entretien de la vie, de confort et de qualité de l'environnement comme faisant partie de l'activité des femmes. Il précise que l'origine du groupe social des infirmières dans les pays occidentaux est celle des ordres religieux. Il faut soigner « par amour de Dieu ». La Révolution française de 1789 modifie les statuts des hôpitaux, ce qui engendre la naissance de l'hôpital laïc. Il devient une entité juridique autonome, où le personnel laïc fait timidement son apparition. A cette époque l'évolution et la formation des soignantes dépend des employeurs et des médecins. Le neurologue Dr Bourneville propose de former des auxiliaires médicales. La Croix-Rouge française va également mettre en place des formations (Dubois Fresney & Perrin, 2017). Les premières écoles d'infirmières sont créés en 1878 sont décrites par Poisson (2019) comme l'acte

¹⁶ Référentiel d'activités et de compétences des cadres (ancim.fr)

fondateur de la profession infirmière en France. La laïcisation des soins n'empêchera pas les religieuses d'exercer encore longtemps une forte influence, en étant en charges d'un certain nombre d'écoles. La première guerre mondiale va permettre à la profession infirmière de s'affirmer. Calbera (2003) expose que l'union des femmes françaises, en 1920, identifie le rôle de l'infirmière comme étant de servir le malade en veillant constamment sur lui, et en secondant assidument et docilement le médecin. Duboys Fresney et Perrin (2017) parleront de dimension holistique des soins infirmiers.

En 1922, Léonie Chaptal, décrite comme l'architecte de la profession infirmière par Diebolt (2012), remet un rapport au conseil supérieur de l'assistance publique. Ce constat donne naissance au décret du 27 juin 1922. Il crée un diplôme national, le Brevet de Capacité d'Infirmière Professionnelle, permettant à ses titulaires de porter le titre d'infirmière de l'état français. La formation se fera sur deux années, (Duboys Fresney & Perrin, 2017).

La seconde guerre mondiale aura un fort impact sur l'évolution de la profession infirmière. Le développement de nouvelles thérapeutiques engendre la multiplication des actes techniques, qui seront délégués pour certains par les médecins aux infirmières. La loi du 8 avril 1946 rend obligatoire le Diplôme d'État pour exercer à l'hôpital. Elle donne une définition au métier : *« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin. »* (Arborio, 2009). Une réforme du programme des études introduit en 1972 le concept de « plan de soin ». La loi n°78-615 du 31 mai 1978, définissant la personne exerçant la profession infirmière, reconnaîtra leur rôle prescrit et leur rôle propre (Broutelle, 2009). Suite à de nombreuses revendications de reconnaissance de leur profession par le groupe social infirmier, le décret n°92-264 du 23 mars 1992, instaure un nouveau diplôme. La durée des études est légèrement supérieure à 3 ans, les élèves deviennent étudiants. Les écoles d'infirmières laissent place aux Instituts de Formation en Soins Infirmiers (Defresne et al, 2004). Suite à la signature du processus de Bologne en 1999, le ministère de la santé propose une réingénierie de la formation infirmière, permettant l'obtention d'un grade Licence. L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif à l'obtention du Diplôme d'Etat présente un référentiel de formation construit à partir des référentiels d'activités et de compétences du métier infirmier¹⁷. Il s'inspire d'une logique universitaire (Bouveret et al, 2012). On y dénombre 9 activités et 10 compétences que l'étudiant devra valider durant 3

¹⁷ Répertoire des métiers de la fonction publique

années de formation¹⁸. Par la disparition du concours d'entrée en IFSI, le processus d'universitarisation s'accélère en 2019 sous l'influence de Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. La sélection se fait via la plateforme universitaire Parcoursup (Lagier et al, 2020). Assurer une universitarisation réussie repose selon Vuillez (2017) sur la préservation de la compétence professionnelle des cadres de santé formateurs. Il ajoute que la dimension professionnalisante ne doit pas disparaître sous couvert de formation théorique renforcée. Cette théorie est à contextualiser afin d'être utilisée au service des patients.

De l'évolution socio-historique de la profession infirmière est née la profession aide-soignante. A suivre, nous nous intéresserons à l'évolution du métier aide-soignant, ainsi qu'à l'évolution de son référentiel de formation.

2.4.3 Evolution socio-historique du métier d'aide-soignant(e) : du premier certificat d'aptitude au référentiel de formation du 10 juin 2021

La reconnaissance de la profession aide-soignante est étroitement liée à la professionnalisation de la fonction infirmière. La loi de 1946, rendant le Diplôme d'Etat obligatoire pour exercer comme infirmière laisse en poste des personnels privés de leur titre mais pas de leurs compétences. En ce sens est créé en 1949 le titre d'aide-soignante (Arborio, 2009). Chevandier (2020) précise qu'aucune formation spécifique n'est dans un premier temps prévu. Les premiers textes insistent sur leur rôle d'assistance, et sur leur positionnement hiérarchique entre les agents de service et les infirmières. Arborio (2021) cite un article du journal Le Monde¹⁹ pour qualifier les aides-soignantes de « *personnel utilisé sous le contrôle de l'infirmier dans les salles ou quartiers de malades pour aider celui-ci dans l'exercice de ses fonctions* ». Elle précise que le maintien de ce titre va très vite être considéré comme nécessaire. Le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignante (CAFAS) est instauré en 1956, suite à l'arrêté du 23 janvier. Il va pérenniser la profession. Il s'obtient suite à une formation de 10 mois, s'articulant sur une partie théorique et des stages pratiques. Le CAFAS devient obligatoire pour exercer en 1960. Arborio (2021) ajoute que le CAFAS permet pour la première fois de définir le métier d'aide-soignante. L'aide-soignante peut donner des soins d'hygiène générale, sont exclus tous

¹⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier

¹⁹ Le Monde 20 avril 1949

soins médicaux, et exerce sous l'autorité du personnel infirmier²⁰. Depuis ce premier certificat, la formation des aides-soignantes a beaucoup évolué, particulièrement son contenu théorique. Passant à 12 mois en 1971²¹, le décret n°96-729 du 12 août 1996 instaure le Diplôme Professionnel des Aides-Soignants (DPAS). Le DPAS permet à l'aide-soignante d'exercer ses fonctions dans le cadre du rôle propre de l'infirmière²². L'arrêté du 22 octobre 2005 instaure la première formation à partir d'un référentiel de compétences, construit en huit modules. La valorisation du métier AS va plus loin avec la création du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS) suite au décret du 31 août 2007. En 2019, les rapports Libault²³ et El Khomri²⁴ renforcent la nécessité d'engager une réingénierie de la formation des Aides-Soignants. Cette réingénierie a pour but de valoriser le métier AS qui connaît de forts besoins en recrutement dans les métiers du grand âge et un manque d'attractivité plus général. L'arrêté du 10 juin 2021 est à l'origine d'un nouveau référentiel de formation, constitué de cinq blocs de compétences (Sifferlen, 2021). L'AS se voit attribué de nouvelles compétences, comme par exemple réaliser une glycémie capillaire ou encore mesurer la saturation en oxygène. Les AS diplômées avant 2021 devront, via la formation continue, se former à ces nouveaux actes.

Après diplomation CDS, IDE et AS continuent à développer des compétences. Elles peuvent être individuelles, collectives, s'acquérir sur le terrain ou par le biais de la formation. Un cadre juridique accompagne ce droit à la formation professionnelle continue.

2.5 La formation professionnelle continue : un levier pour le développement des compétences des agents de la fonction publique hospitalière

La formation professionnelle continue concerne tous les actifs. Elle est réglementée par un cadre législatif qui a évolué depuis plus de 50 ans. A l'hôpital, notamment face à des professions et des pratiques qui évoluent perpétuellement, elle est un véritable levier de développement des compétences.

²⁰ Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et d'aide-soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.

²¹ Arrêté du 25 mai 1971 du Code de la Santé Publique relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant (CAFAS) dans les établissements hospitaliers publics ou privés

²² Loi n°78615 du 31 mai 1978

²³ Libault D. Concertation. Grand âge et autonomie. Grand âge, le temps d'agir. Mars 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.

²⁴ El Khomri M. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024.

2.5.1 Un cadre législatif évolutif depuis 1971

Le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion définit la formation professionnelle comme un outil à disposition de tous les actifs, ayant pour buts de développer et maintenir les compétences, mais également d'accéder à l'emploi (2019).

En 1971, portée par la loi Delors²⁵, est organisée la formation professionnelle continue en France. L'ambition de cette loi est d'en faire un instrument de promotion professionnelle et sociale (Pinte, 2019). Par la suite, la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la Formation Professionnelle tout au Long de la Vie et au dialogue social (FPLV) vise à permettre à chacun d'acquérir et d'actualiser des compétences et des connaissances dans le but d'évoluer professionnellement. Il s'agit d'une obligation nationale intégrée au code du travail. Elle crée le Droit Individuel à la Formation (DIF), permettant aux salariés de cumuler 120 heures de formation sur six ans. Le DIF ne trouvera pas son public. La loi du 5 mars 2014 le remplace par le Compte Personnel de Formation (CPF). La loi du 5 septembre 2018 relative à « la liberté de choisir son avenir professionnel » réforme la formation professionnelle. Le CPF est crédité en euros et non plus en heures de formation (Frétrigné, 2020). Marin (2019) précise que l'accompagnement du développement des compétences des professionnels de santé s'est d'abord construit par la formation initiale, puis par la formation continue, en s'appuyant sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). En 2009, la loi portant sur la réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)²⁶ introduit la notion de Développement Professionnel Continu (DPC). Il ajoute que la loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) rend obligatoire le DPC et en modifie les dispositions. Le DPC a pour objectifs de maintenir, d'actualiser, et de renforcer les connaissances et les compétences. L'amélioration des pratiques des professionnels de santé est le fondement de la qualité et la sécurité du système de santé. Le DPC s'appuie sur l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP), et sur la réflexivité en lien avec des situations de travail réelles. Il concerne tous les professionnels de santé, il renforce le modèle FPLV. L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC), créée par la loi de 2016 assure

²⁵ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

²⁶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

le pilotage du DPC (Bachelard & Espagno-Abadie, 2019). Ce cadre législatif s'applique pour tous les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux, du secteur public ou du secteur privé.

La formation professionnelle continue évolue. Elle est très présente dans les établissements de soin. Elle répond aux enjeux du système de santé et aux attentes des professionnels. Elle a pour buts de proposer une prise en soins de qualité des patients, mais aussi de contribuer à une meilleure qualité de vie au travail. Elle joue un rôle clé dans le maintien et le développement des compétences des professionnels de santé à l'hôpital.

2.5.2 La formation professionnelle continue à l'hôpital : améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins

A l'hôpital, la politique de formation continue est établie par le directeur général et le directeur des ressources humaines. Elle s'appuie sur le projet d'établissement, ainsi que sur le projet social, plus précisément en lien avec la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT). Les besoins en formation des professionnels sont définis dans un plan de formation et répondent aux priorités de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) (Peron, 2020). Le décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie précise que le plan de formation de chaque établissement est établi pour une année. Il a pour buts de permettre aux professionnels d'exercer efficacement leurs fonctions, de favoriser leur développement professionnel, et d'améliorer la qualité du service public hospitalier. Depuis 2019, le plan de formation est intitulé plan de développement des compétences. Trois types d'actions y sont décrites : les actions de formations obligatoires, qui consistent à acquérir ou maintenir des compétences nécessaires à l'exercice d'une profession (formation sécurité incendie, formation de gestes et soins d'urgence, ...), les actions de formation dites non obligatoires, qui consistent à développer des compétences qui ne sont pas indispensables à l'exercice de sa profession sur le poste occupé, constituant une plus-value pour le professionnel formé (formation sur la gestion du stress, le tutorat, ...), et enfin les actions de formation à type de VAE, ou comme le bilan de compétences (Bonnet et al, 2020).

L'article 4 du même décret stipule que chaque année, au cours d'entretiens professionnels réalisés par les CDS de proximité, un état des lieux des besoins et des souhaits en formation est réalisé pour chaque agent. Les CDS repèrent ainsi les besoins individuels de chaque

professionnel, comme par exemple l'expression d'un projet par la réalisation d'une formation diplômante. Il identifie également les besoins collectifs du service, structurant et proposant des actions de formation permettant de s'adapter aux spécificités de l'unité de soins dont il est responsable. Les besoins recensés sont transmis au CSS responsable du pôle, qui de son côté réalisera un plan de formation polaire (Bonnet et al, 2020).

Pour conclure notre cadre contextuel, il est important de préciser qu'il existe un lien fort entre un contexte socio historique riche, l'évolution perpétuelle des métiers paramédicaux à l'hôpital, l'évolution des parcours de formations initiales, l'évolution des techniques de soins, les progrès médicaux et l'évolution des besoins des patients. Cela permet d'identifier que le CDS se doit d'accompagner son équipe et les étudiants dans leur progression professionnelle.

Dans cette démarche professionnalisante que représente la formation professionnelle continue à l'hôpital, CDS de proximité et formateurs jouent un rôle essentiel. Ils repèrent et évaluent les besoins en formations, afin d'accompagner au mieux les professionnels et les étudiants dans leur montée en compétences, au profit des patients. Pour cela, la collaboration entre eux est indispensable.

Mon questionnement de départ ainsi que la contextualisation réalisée m'amènent à préciser ma question de recherche :

Comment optimiser la collaboration entre CDS de proximité et CDS formateurs dans le but d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des apprenants ?

La suite de ce travail de recherche, s'appuie sur une revue de littérature scientifique, dans le but de confirmer ou de faire évoluer cette problématique. Nous allons nous intéresser aux concepts d'accompagnement, de compétence, de collaboration utilisée dans la formulation de notre question de recherche, mais également à celui de coopération qui semble se distinguer de celui de collaboration.

3 La coopération entre cadres de santé de proximité et formateurs : revue de littérature

Dans cette revue de littérature, je décline quatre concepts essentiels à la compréhension de mon sujet : l'accompagnement, la compétence, la collaboration et la coopération. A la suite de ce cadre conceptuel, je formulerai une question de recherche, et identifierai les hypothèses qui en découlent.

3.1 L'accompagnement : vers l'autonomie et le développement des compétences des professionnels et des étudiants IDE et AS

L'accompagnement est un concept pouvant s'appliquer dans différents domaines tels que la santé, l'éducation, les affaires, le sport. Selon Paul (2004), il prend son essor dans le champ professionnel dans les années 1990. Il peut donc être réalisé par différents spécialistes comme les coaches, les mentors, les enseignants, les thérapeutes et les responsables d'équipe. Dans le domaine de la santé, la DGOS identifie des missions d'accompagnement par les CDS auprès des équipes, des étudiants, des patients et de leurs familles. Ils accompagnent également l'évolution des pratiques et la gestion du changement. Qu'il soit CDS de proximité ou CDS formateur, il est garant de la montée en compétences des agents et des étudiants. Pour cela, il accompagne l'autre dans la construction de son parcours professionnel, par exemple par le biais du tutorat, des APP et de la formation continue.

L'origine étymologique du mot accompagnement vient du latin et s'inscrit dans la sémantique du verbe accompagner, « *ac-cum-pagnis* ». Son préfixe « *ac* » signifie le mouvement « *vers* », « *cum* » désigne « *avec* » et « *pagnis* » indique « *le pain* », l'ensemble signifiant « *qui mange son pain avec* ». L'accompagnement est être avec et aller vers. Une double dimension est donc attribuée à ce concept, celle de relation et celle de cheminement (Paul, 2009). Mottaz (2021, p 42) précise que selon le dictionnaire de la langue française le Petit Robert, accompagner se définit par : « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* ». Elle ajoute que l'accompagnement implique une relation à l'autre, et s'inscrit dans une temporalité dédiée au projet de l'autre. Ardoino (2000) définit lui l'accompagnement comme aider l'autre, le soutenir dans son processus de transformation, en lui permettant de s'enrichir dans un espace créé par la rencontre. Il parle « *d'un bout de route fait ensemble* ». Paul (2004) attribue et définit trois synonymes à l'action d'accompagner : conduire, guider et escorter. Conduire reprend alors

le registre du « *cum* » (avec) et valorise l'idée d'orientation (vers). Elle identifie que conduire l'autre revient à le faire aller dans un certain sens, selon certaines règles, tout en étant garant de sa progression. On y retrouve ici une notion de responsabilité. Paul (2004) définit ensuite l'action de guider comme accompagner l'autre en lui montrant le chemin. Il y a ici une dimension de relation humaine. Le guide avance en éclaireur, ayant lui-même une pratique du chemin. Enfin, elle précise que l'action d'escorter facilite la réussite, le développement et l'avancée. Néanmoins le CDS doit être vigilant à ne pas s'imposer dans le choix du chemin. Vial et Capparos-Mencacci (2007) se questionnent sur un second sens pouvant être donné au triptyque conduire-guider-escorter. Conduire pourrait alors se rapprocher de l'idée de faire parvenir l'autre à un endroit déterminé, le conducteur choisissant la route. Guider pourrait s'apparenter à du téléguidage, le guide facilitant le chemin, en aplanissant les difficultés. Ceci ne permettra pas le développement de l'autonomie. Enfin, escorter peut s'apparenter à un chemin minutieusement balisé, ne permettant pas à l'accompagné de prendre des initiatives. Les auteurs précisent que même si l'accompagné est conscient de sa dépendance nous ne sortons pas dans ces situations du dirigisme. Ils citent Paul (2004, p 311) qui précise à ce sujet que « *Conduire une personne là où on a prévu qu'elle aille mais avec son 'consentement éclairé'* » est bien conduire, et non pas accompagner.

Le parallèle entre ces définitions du concept d'accompagnement et la mise en pratique par les CDS se fait très facilement. En effet, le CDS accompagne l'autre dans sa progression professionnelle tout en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins. Il peut être considéré comme un guide, permettant aux professionnels et aux étudiants de progresser sur le chemin des apprentissages en leur permettant de développer leur réflexivité, et ainsi de monter en compétences. Enfin, il est là pour sécuriser le parcours de l'accompagné, en lui portant attention, en l'aiguillant par exemple en situation de difficulté. Le CDS se doit d'être vigilant dans sa façon d'accompagner, ne pas devenir intrusif et limiter l'autonomie de l'autre. Dans cette perspective, conduire correspond à agir avec autorité, dans le but que l'accompagné aille de l'avant, qu'il progresse. Guider consiste à discerner les possibles difficultés, à en faire part à l'autre, permettre de délibérer ensemble de l'orientation ou du chemin à prendre. Escorter consiste à rendre le chemin plus sûr (Vial & Caparros-Mencacci, 2007).

L'accompagnement peut aussi être défini comme une relation qui aide l'accompagné à être acteur de son projet professionnel. Le paradoxe de tout accompagnement étant que son but

ultime est de ne plus exister. La relation d'accompagnement se caractérise par une position active des parties prenantes. Une relation de coopération se crée entre accompagnateur et accompagné (Charlier & Biemar, 2012). Selon Vial, (2007, p. 3), « *accompagner, c'est intervenir sur le destin de l'autre mais à partir d'un cadre qu'on a coconstruit avec cet autre* ». L'autonomisation de la personne accompagnée est visée. L'accompagnateur favorise l'interaction et doit s'adapter à l'évolution de la situation. Il se rend disponible, à l'écoute, et pose une juste distance. Il est important de se référer aux ressources et aux compétences du professionnel ou de l'étudiant accompagné. Cela correspond à une relation singulière, qui valorise l'autre et favorise le développement de son autonomie (Mottaz, 2012). Dans l'accompagnement, le CDS adopte une posture éthique et réflexive, respectant le parcours, les attentes et les idées de l'autre. Cela renforcera son autonomie, l'incitera à répondre aux éventuelles problématiques rencontrées, et développera ainsi sa motivation intrinsèque. Le CDS de proximité ou formateur invite le professionnel ou l'étudiant à se positionner, à être acteur de son projet professionnel. Il l'aide à identifier les leviers et les freins, lui permettant ainsi d'évoluer.

Il est possible de distinguer l'accompagnement individuel et le collectif. L'individuel constitue la forme la plus adaptée et la plus efficace pour permettre à la personne accompagnée de développer sa réflexion et ainsi lui permettre de réaliser des choix pertinents. Le dispositif d'accompagnement collectif met en avant les ressources du groupe. La confrontation des points de vue permet la réflexivité des participants. Toutefois, pour ce format, un contrat moral est à poser avec le groupe, comme la confidentialité des propos qui seront tenus, le respect et le non-jugement (Lhotellier & al, 2020). Sur le terrain ou en institut de formation, le CDS activera des compétences relationnelles et organisationnelles. Il s'adaptera aux professionnels et aux étudiants qu'il accompagne, en privilégiant des temps de rencontre formalisés, individuels ou collectifs. Ces temps sont nécessaires à la prise de recul, et si besoin à l'analyse de certaines situations. Mottaz (2012, p 42) qualifie la posture d'accompagnement comme « *une manière d'être en relation dans un espace et un temps donné, avec bienveillance et sollicitude* ». Paul (2004) précise que l'accompagnement doit être pensé en termes de parcours, assimilé à un processus. Le CDS accompagne donc les professionnels et les étudiants dans leur parcours de professionnalisation, impliquant réflexivité et développement des compétences.

L'accompagnement est un concept qui se définit aussi entre pairs. Nous parlerons plus exactement de compagnonnage. Rajon (2009) différencie les deux termes sur la nature de la relation. L'accompagnement est fondé sur une relation asymétrique, de celui qui sait vers celui qui apprend. Le compagnonnage se base sur une relation mutuelle, entre pairs. Elle est symétrique, égalitaire et horizontale. Prenons l'exemple des étudiants IDE et AS. Chacun de leur référentiel de formation précise que l'étudiant sera capable d'informer et de former ses pairs. Cela fait partie des compétences professionnelles à acquérir. Cela s'apparente donc à du compagnonnage. Lacourt (2013) évoque le fait que la formation ne s'arrête pas au diplôme, celui-ci ne garantissant pas qu'un individu possède toutes les clés lui permettant de savoir agir en situation de travail, d'être compétent. Elle qualifie le compagnonnage comme un mode d'apprentissage, basé sur l'observation, la transmission en situation de travail entre pairs. Dans le domaine de la santé, ce compagnonnage est très présent. Nous pouvons le retrouver au sein des collectifs CDS. Pour faire écho au thème de ce travail, il me semble important de préciser qu'un compagnonnage entre CDS de proximité et CDS formateur existe. Pour exemple, CDS formateurs accompagnent CDS de proximité dans les changements liés à un nouveau référentiel de formation.

Qu'il soit individuel ou collectif, réalisé entre pairs ou non, l'accompagnement a pour but de conduire l'autre vers l'autonomie et le développement de ses compétences. La compétence est le concept suivant que nous allons définir dans ce travail.

3.2 La compétence professionnelle : des ressources individuelles aux ressources collectives

Le concept de la compétence professionnelle est un modèle clé dans de nombreux domaines, tels que le monde de l'entreprise, l'éducation, la santé. Il est aussi largement utilisé dans les champs des sciences humaines comme la psychologie, la sociologie ou la pédagogie (Terraneo & Avanzino, 2006). Ce concept renvoie aux travaux de nombreux auteurs, chacun en ayant une interprétation différente. La compétence professionnelle peut être individuelle ou collective.

3.2.1 La compétence professionnelle

Trois approches de la compétence se croisent : celle en référence à l'emploi, celle en référence à l'individu et celle en référence à l'interaction individu/situation de travail. La première se base sur l'association savoir, savoir-faire et savoir-être. La seconde considère que l'individu dispose de connaissances, d'une personnalité et d'aptitudes. Enfin la troisième est illustrée par l'idée que la compétence se définit dans et pour l'action (savoir agir). Les compétences renvoient à deux registres indissociés, celui des modes opératoires et des manières de faire en situation concrète de travail, et celui des processus de construction de soi et de reconnaissance, la compétence ayant une construction sociale (Dubois, 2019).

Coulet (2011, p 18) définit la compétence comme : « *une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée* ». Zarifian (1999) la définit en trois points. Pour lui, elle est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. Elle est aussi sa faculté à mobiliser un réseau d'acteurs autour des mêmes situations, à en assumer une coresponsabilité. Enfin, il ajoute que la compétence est une intelligence pratique des situations, s'appuyant sur des connaissances acquises, permettant une adaptation à la diversité des situations rencontrées. Il ajoute à cela quelques années plus tard les notions de « *avec succès* » et de « *situations professionnelles en partie événementielles* » (Zarifian, 2009, p 159). Il précise que face à des événements imprévisibles la compétence sera mobilisée avec plus d'intensité. Le Boterf (2002) en parle comme faire face à l'imprévu, innover ou décider dans des situations de travail incertaines. La compétence est donc centrée sur l'individu, et non sur le poste de travail qu'il occupe, elle est liée à l'action et contextualisée en situation réelle²⁷. Pour Lévy-Léboyer (2009) il faut avoir des aptitudes, des traits de caractères en rapport avec le poste de travail, ainsi que différents savoirs acquis, pour être compétent. Cette notion implique une adéquation entre qualités personnelles et qualités requises, dans le but de réaliser une action précise. Elle ajoutera en 2016, que sans ces aptitudes l'expérience ne sert à rien. De par sa formation, le CDS peut exercer comme CDS de proximité ou comme CDS formateur. L'appétence pour l'une ou l'autre de ces fonctions, jumelée à des aptitudes personnelles,

²⁷ Cours de Mme Hentic « Gestion des Ressources Humaines » UE 1.1, Master Mention Administration Economique et Sociale, Parcours Management et Formation en Santé, 2023.

peuvent donc permettre de développer plus facilement les compétences requises soit en formation, soit sur le terrain.

Gottsmann et Delignières (2016) citent le Boterf (1994) pour préciser que la compétence ne réside pas que dans les ressources à mobiliser par l'individu (connaissances, capacités), mais dans la mobilisation même de ces ressources. « *La compétence est de l'ordre du "savoir mobiliser"* » (Le Boterf, 1994, p. 16). Ils citent également Perrenoud (1999, p 16) afin de préciser, en parlant des ressources, qu'il faut « *les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* ». Le Boterf (2020, p.37) a actualisé sa définition du concept de compétence en distinguant d'une part, la compétence comme « *le processus consistant à savoir agir en situation professionnelle* » et d'autre part « *les compétences désignant les ressources à mobiliser dans le savoir-agir* » (savoirs, savoir-faire, savoir-être, ressources émotionnelles...). Il précisera aussi que la notion de compétence renvoie à celle de personne compétente. « *Le sujet apprend, se professionnalise, mais on ne le professionnalise pas* » (Le Boterf & Meignant, 2020, p.28). Chaque individu réalisera une action de façon compétente à sa manière, en mobilisant ses propres ressources.

Dans le domaine de la santé, les professionnels paramédicaux en devenir sont formés, pour la plupart d'entre eux, à partir de référentiels de formations basés sur l'apprentissage par compétences. Ceci se confirme pour les CDS. La DGOS dans son référentiel d'activités et de compétences détaille les compétences du CDS de proximité et celles du CDS formateur. Ces compétences peuvent être qualifiées comme requises ou visées, c'est-à-dire celles qui figurent dans un référentiel de formation. La compétence réelle sera elle acquise en situation de travail, construite par chaque individu. Le concept de compétence doit rendre compte à la compétence réelle, et non uniquement à celle requise (Le Boterf, 2002).

La compétence est qualifiée par plusieurs auteurs comme polysémique. En revanche, ils s'accordent tous pour distinguer les compétences individuelles et les compétences collectives. Leplat (2000), affirme qu'elles sont indissociables, les compétences individuelles étant indispensables à la construction des collectives, et les collectives améliorant les compétences individuelles. Il semble donc nécessaire de décrire ces deux spécificités.

3.2.2 La compétence individuelle

La compétence individuelle fait référence à l'interaction individu/situation de travail. Elle met l'accent sur l'individu, ses ressources, ses mérites et sa motivation (Lefèvre, 2011). Pour Zarifian (1999), la compétence individuelle correspond à la prise d'initiatives et de responsabilités de l'individu en situation professionnelle. Il met en avant par cette définition l'autonomie du travailleur. Il précise qu'il y a engagement personnel du sujet face à l'action à mener. « *Une prise d'initiative est une action qui modifie l'existant, qui introduit du nouveau, qui commence quelque chose, qui crée.* » (Zarifian, 1999, p.71). Lors de leurs stages en unité de soins, les étudiants sont évalués en partie sur leur capacité à prendre des initiatives. CDS de proximité et formateurs les accompagnent en ce sens.

La compétence individuelle est à la fois productive, l'individu oriente et contrôle son activité en regard de la tâche à accomplir et de la situation de travail, et constructive, l'activité permettant de faire évoluer ses propres compétences (Dubois, 2019). Selon Bélorgey et Grolière (2011) le diagnostic des compétences individuelles est composé de trois sections. Ces sections prennent en compte le progrès à court terme et les objectifs de développement des compétences à plus long terme. La première section met en avant les compétences nécessaires pour l'atteinte des objectifs. On y retrouve ici un engagement contractuel entre collaborateur et manager, la montée en compétences en faisant partie. Prenons l'exemple d'un étudiant présentant des difficultés lors de sa formation. Son référent pédagogique (CDS formateur) peut lui proposer un contrat pédagogique. Ce contrat se base sur des objectifs à réaliser par l'étudiant, dans un cadre sécurisant car adapté à la situation, dans le but de développer ses compétences théoriques et/ ou pratiques. En respectant ce contrat, l'étudiant est acteur de sa formation et de ses apprentissages. Le manager se doit d'accompagner le collaborateur dans l'atteinte de ses objectifs, le collaborateur se doit d'être acteur de sa montée en compétences. Ceci fait tout à fait écho au concept d'accompagnement. Dans un service de soin, le CDS accompagnera le professionnel ou l'étudiant vers l'autonomie, lui permettant de progresser en situation de travail.

La seconde section décrite par Bélorgey et Grolière (2011) met en avant les compétences d'adaptabilité aux évolutions et au maintien de l'employabilité. Il s'agit d'anticiper les éventuelles évolutions du secteur dans le but de préparer l'acquisition des nouvelles compétences. Le nouveau référentiel de la formation AS illustre cette section. En effet, CDS

formateurs et CDS de proximité ont dû anticiper les changements à venir (en formation ou sur le terrain) afin d'accompagner au mieux les professionnels et les apprenants dans cette montée en compétences (autorisation de nouveaux actes).

La dernière section décrite est celle mettant en avant les compétences à développer pour préparer une évolution professionnelle. Le manager accompagne le collaborateur dans son projet professionnel. Les CDS formateurs accompagnent les professionnels lors de formations professionnelles continues leur permettant d'évoluer professionnellement (préparation à des concours, accompagnement pour l'obtention d'une VAE...). Les CDS de proximité eux, accompagnent les professionnels en recensant par exemple leurs projets lors des entretiens professionnels.

Une personne sera vraiment reconnue compétente si elle est capable, non seulement de réussir une action, mais surtout de comprendre pourquoi et comment elle s'y prend pour agir. Elle devra également agir avec autonomie, autoréguler ses actions, compter sur ses propres ressources, mais aussi chercher des ressources complémentaires. Être compétent signifie être en mesure de réinvestir ses compétences dans de nouvelles situations de travail. (Le Boterf, 2002). Le professionnel compétent est donc capable de décrire comment et pourquoi il agit. Plus il sera capable d'explicitier le processus, plus il pourra s'adapter et faire évoluer ses pratiques. Wittorski (2014, p 142) citant Chenu définit être compétent comme « *être capable grâce à une activité réflexible, de décontextualiser et de contextualiser des savoirs de manière à être performant* ». Dans cette dynamique, CDS de proximité et CDS formateurs se doivent de développer le processus réflexif des professionnels et des étudiants par exemple par l'animation d'APP, ou encore de CREX.

Quand une situation de travail devient complexe et dépasse les compétences d'un travailleur, celui-ci doit être en capacité de mobiliser un réseau. Les différents travailleurs sollicités se mobiliseront dans un but commun (Terraneo & Avanzino, 2006). Ceci est illustré par Zarifian (1999, p 77) dans une définition de la compétence par « *la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.* ». Nous parlerons alors de compétences collectives.

3.2.3 La compétence collective

La compétence collective est un levier pour le bon fonctionnement d'un collectif, comme par exemple une équipe de soin ou encore un groupe d'apprenants. Cela engage pour les CDS de proximité et formateurs d'identifier les compétences individuelles de chacun et de les mettre en synergie afin de développer les compétences collectives nécessaires à la qualité et la sécurité des soins. Le Boterf (2023)²⁸ utilise à titre d'exemple pour illustrer la compétence collective le parcours de soins dans un hôpital. Il explique que la qualité de ce parcours dépend de la coopération entre les différents acteurs (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistant social, ...). De son point de vue la compétence collective peut être décrite comme « *le maillage pertinent et cohérent d'initiatives de coopération mises en œuvre par un ensemble d'acteurs partageant un objectif commun* » (page internet). Dans l'exemple du parcours de soins à l'hôpital, cet objectif est de proposer aux patients des soins de qualité, et le parcours le plus adapté à sa situation. Le Boterf précise également qu'il convient de réunir les conditions pertinentes et cohérentes « *pour assurer le savoir coopérer, le pouvoir coopérer et le vouloir coopérer* ». Le concept de coopération sera défini dans la suite de ce travail.

Terraneo & Avanzino (2006) précisent que la compétence collective d'une équipe de travail est supérieure à la somme des compétences individuelles qui la compose. Elles expliquent que le groupe favorise les interactions sociales et ainsi la synergie des compétences de chacun. Au sein d'un pôle, le collectif CDS illustre bien ceci. Chacun est riche de son référentiel de compétences individuelles (en lien avec son cadre de référence, sa formation, et son parcours professionnel) et en capacité à partager ses expériences. Le collectif CDS crée alors son référentiel de compétences collectives, ce qui lui permet de répondre à des situations de travail bien précises (gestion de l'absentéisme inopiné, organisation de formations continues au sein du pôle, gestion de crise, ...). Le Boterf (2011) différencie la compétence collective de la compétence collaborative. Il précise que la compétence collaborative est un savoir interagir avec les autres. Dans ce sens, la compétence collaborative est une compétence individuelle, liée à l'individu, à contrario de la compétence collective qui elle se base sur le groupe. En reprenant l'exemple du collectif CDS au sein d'un pôle, les professionnels développent la compétence collaborative (outils de communication, écoute active, reformulation, ...), afin que le groupe

²⁸ G. Le Boterf (2023) Être compétent, c'est être capable de savoir agir en situation | Le portail de la fonction publique (fonction-publique.gouv.fr)

soit en capacité de développer des compétences collectives. Le concept de la collaboration sera lui aussi défini dans la suite de ce travail.

Le groupe est donc acteur de la compétence collective. Chacun possède un référentiel de compétences individuelles qui lui est propre. L'addition de ces référentiels individuels forme alors le référentiel commun, qui correspond à la synergie des différents points de vue, des expériences de chacun. Cette synergie produit un nouveau référentiel, plus complexe, et en perpétuelle évolution (Terraneo & Avanzino, 2006). Le rôle du CDS est d'optimiser cette dynamique de groupe. Il devra faire émerger une identité au groupe, à partir de profils hétérogènes (par exemple des professions différentes, des âges différents, une culture du soin différente, ...). Instaurer une identité forte est un levier afin de donner du sens et de la cohérence à une action collective (Picq, 2022). Le CDS accompagne le groupe dans cette construction, en favorisant la réflexivité. Des actions de formation ou des temps de cohésion sont dans ce cas des leviers de développement des compétences collectives. La dynamisation des individus composant le groupe et le développement des compétences dépendent à la fois du fait d'agir directement sur les compétences individuelles que de miser sur les compétences collectives. Le CDS doit connaître son équipe dans l'ensemble, et chaque agent plus particulièrement.

Le lien individu/équipe est indispensable, le CDS joue un rôle de régulateur (Lefèvre, 2011). Breton & Bertolucci (2020), citant Dubois & Retour (1999) et Kozłowski & Ilgen (2006) confirment que la compétence collective implique la mobilisation et la combinaison de compétences individuelles, en s'appuyant sur la coopération. Le Boterf confirme cette idée en précisant que la compétence collective est une résultante. « *Elle émerge à partir de la coopération et de la synergie existant entre les compétences individuelles* » (Le Boterf, 2011, p. 120). Il précise aussi que la compétence collective ne se développe pas de façon spontanée, le manager a pour rôle de réunir les conditions favorables à ce développement.

Le management des compétences est un concept à définir dans ce travail sur l'accompagnement des professionnels et les étudiants dans le développement de leurs compétences, tant individuelles que collectives.

3.2.4 Manager les compétences

L'activité 4 « Gestion et développement des compétences » du référentiel d'activités et de compétences du CDS de la DGOS identifie très clairement les missions du CDS de proximité en lien avec le management des compétences. Il y est stipulé que le CDS définit les compétences requises à l'activité de la structure, réalise des entretiens d'évaluation des compétences et de la performance individuelle et collective des membres de son équipe et des étudiants, accompagne les agents dans leurs projets professionnels, définit les besoins en formation, construit et met en place des modalités de liaisons entre terrains de stage et instituts de formation, réalise des actions de formation, met en place des démarches d'analyse des pratiques professionnelles. Pour le CDS formateur, la DGOS identifie les activités d'élaboration d'outils d'évaluation des savoirs et des compétences des personnes en formation, de mise en œuvre d'entretiens d'évaluation des compétences, de réalisation de suivis pédagogiques et d'accompagnement de la personne en formation dans ses apprentissages et dans sa progression.

Le management individualisé des compétences favorise pour le collaborateur le développement de son autonomie, de sa motivation et de ses compétences professionnelles. Le management d'équipe consiste lui à développer l'autonomie du groupe, sa motivation, et sa capacité à travailler ensemble. Il s'appuie sur le management individualisé (Lefèvre & Mura, 2010). Ceci fait clairement référence aux compétences individuelles et collectives. Le manager valorisera donc les compétences de chaque collaborateur, les mettra en synergie afin de développer les compétences collectives au sein de son équipe. Dietrich (2018) définit les deux principaux outils du management des compétences : le référentiel de compétences et l'entretien professionnel annuel. Le décret n° 2020-719 du 12 juin 2020²⁹ relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière, énonce que la valeur professionnelle des agents se fonde sur l'entretien professionnel annuel. Il doit permettre d'évaluer les compétences professionnelles. Ce temps d'échanges, permet de formaliser les besoins en formation, et d'évoquer les perspectives d'évolution de l'agent. Le CDS par ce biais participe activement à la démarche de ressources humaines GPMC. L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)³⁰ définit ce mode de gestion des ressources humaines comme dynamique

²⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041991080/2021-01-03/>

³⁰ https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre_agir_sequiper.pdf

et préventif, pouvant être déployé à l'échelle de l'institution, d'un pôle ou d'un service de soin. Dietrich (2018) précise que l'entretien est un outil pour faire évoluer le management. Le management des compétences, à contrario du management autoritaire, est centré sur la coopération et le développement individuel. Le CDS est responsable de réaliser l'évaluation des compétences de chacun des agents de son équipe, en fonction de leur référentiel de compétences. Il observera son équipe tout au long de l'année afin de pouvoir évaluer leurs compétences individuelles et collectives. Orluck (2014) citant Martory et Crozet (2005) parle de méthode d'observation des comportements. Le manager peut apprécier les compétences individuelles des agents et ainsi les valoriser. Le CDS de proximité se basera donc sur ses observations et sur l'échange réalisé avec les agents pour les accompagner dans le développement de leurs compétences. Le CDS formateur lui organisera des suivis pédagogiques auprès des étudiants. Basés aussi sur l'observation lors de la formation, ces entretiens font écho aux entretiens annuels. Ces temps d'échanges permettent de faire le point sur l'acquisition des compétences requises par l'étudiant en fonction de son avancée dans la formation.

Pour Barabel & Meier (2015) le management des compétences facilite l'autonomisation et la responsabilisation de son équipe, tout en veillant au développement des compétences. Cette définition représente l'engagement du CDS dans l'accompagnement de son équipe. Pour Flück (2015) le management des compétences mobilise des valeurs humaines et engage toutes les parties prenantes. Elle met en avant la nécessité de collaboration entre les différents acteurs, tels que la DRH, les cadres de proximité, les formateurs, les référents... Randon (2021) affirme que les compétences professionnelles mobilisées dans le domaine de la santé sont à la fois complexes et multidimensionnelles. Elle précise qu'il existe en lien fort entre compétences et qualité et sécurité des soins. Les CDS sont garants de la qualité et la sécurité des soins de l'unité dont ils sont responsables. Cette qualité des soins est assurée par le maintien et le développement des compétences des agents de son équipe. Cela passe par la formation. L'HAS dans un rapport sur l'évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé (2015)³¹ identifie les mécanismes de formation et de développement professionnel continu comme une base essentielle au développement et au maintien des compétences. Les CDS formateurs sont eux garants de la qualité des apprentissages proposés aux apprenants. CDS de proximité et formateurs sont amenés à collaborer afin d'accompagner la montée en compétences.

³¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/has-_gcs_synthese_eval_competences_vd.pdf

Les notions de collaboration et de coopération reviennent régulièrement dans cette revue de littérature sur l'accompagnement de la montée en compétences. Il me semble important de les définir à leur tour.

3.3 Travailler ensemble : entre collaboration et coopération

Collaboration et coopération sont des termes souvent associés au travail en équipe. Il est possible également de les corréler au travail en réseau. Ces deux concepts sont très proches. Ils ont comme similitude le fait de travailler à plusieurs, dans un but commun. Il semble donc intéressant de nommer cette partie « travailler ensemble ». Nous allons dans la suite de cette revue de littérature développer les deux concepts.

3.3.1 La collaboration

La collaboration, selon le CNRTL³², est la participation à l'élaboration d'une œuvre commune avec le concours d'un ou plusieurs collaborateurs. Pour les auteurs Brangier & Valléry (2021, p.156), la collaboration est l'action « *de travailler ou de réfléchir ensemble pour atteindre un objectif ou pour élaborer une œuvre commune* ». Elle peut être assimilée à la construction d'une équipe ou d'un groupe autour d'un projet commun. Ils précisent que cette notion est étroitement liée à la dimension d'activité collective guidée par une tâche commune. Grasset (2019) confirme que le collectif est bien plus qu'une addition d'individus, il participe à donner le sens et la valeur du travail à réaliser ensemble. Il ajoute en citant Aristote que « *la totalité est bien plus que la somme des parties* » (p.135).

Brangier & Valléry (2021) citent Andriessen & Baker pour définir le principe de collaboration comme reposant sur les principes de co-construction, d'égalité et de respect mutuel. La co-construction ne correspond pas à la somme des idées de chacun, mais à une élaboration collective. Ce processus volontaire et formalisé permet à plusieurs personnes de s'accorder sur la définition de l'objectif commun. Les acteurs seront capables d'élaborer, de construire, d'analyser un projet, une méthode, un accompagnement... Les parties prenantes s'accordent collectivement sur la façon de définir le plan d'action à partir de points de vue pas toujours

³² CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

convergençs au départ (Foudriat, 2019). Cela fait écho à la notion d'égalité citée par Brangier & Valléry. L'égalité renvoie à un effort conjoint dans l'élaboration d'une conception partagée. Enfin, ils définissent la notion de respect mutuel comme à la fois une condition et un produit de la collaboration. Dans le groupe de travail collaboratif, il y a respect des idées de chacun, encouragement à s'exprimer et gestion des émotions dans l'interaction. Un sentiment d'appartenance au groupe de travail se traduit par le partage de valeurs professionnelles collectives. L'engagement personnel et le travail en collaboration permettent ainsi d'assurer le succès du groupe (Ball, 2011). A l'hôpital, au sein d'un pôle, les CDS travaillent au cœur d'un collectif cadres. Chacun d'entre eux collabore dans le but commun d'assurer au sein du pôle la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Les CDS peuvent également collaborer avec d'autres professionnels du réseau, et former ainsi de nouveaux groupes de travail collaboratif. Lodé (2010), dans un article issu d'un travail de recherche sur la collaboration entre cadres de santé, précise que les cadres interrogés considèrent comme important de collaborer entre eux. Ils ressentent cependant le besoin d'y trouver un bénéfice pour leurs pratiques personnelles. Ils évoquent aussi la notion d'entraide et associent la collaboration à un moyen de pallier une partie des difficultés rencontrées dans leur quotidien. Ils vont plus loin en précisant que l'aide et le soutien apporté entre pairs est fondamental. Gangloff-Ziegler (2009) confirme cette notion en définissant le travail collaboratif comme une organisation solidaire où la coordination se fait par ajustement mutuel, et où chaque acteur est responsable de l'ensemble du travail réalisé.

Gréselle-Zaïbet (2007) définit l'intelligence collective comme un ensemble de facteurs permettant la collaboration. Ces facteurs humains sont entre autres le respect mutuel, l'empathie et la confiance. Se joue ici la création d'une relation sociale, qui favorisera l'intelligence collective. L'auteure précise que le concept de confiance en est le socle. Karaki (2021) précise que la collaboration se construit dans de bonnes conditions socio-émotionnelles. Elle ajoute que la recherche en neurosciences présente la partie du cerveau permettant de communiquer, de comprendre l'autre et de créer collectivement comme plus opérationnelle quand celui-ci n'est pas préoccupé par des menaces psycho-sociales. La dimension humaine positive du collectif de travail est donc un levier indispensable au travail en collaboration.

Pour résumer, la collaboration est l'action de travailler ensemble, dans une équité de charge de travail, en partageant une responsabilité commune de la réalisation de l'objectif à atteindre. Cette notion reste très proche de celle de coopération, elles sont souvent utilisées dans le monde

du travail sans réelle distinction. Nous allons dans la suite de ce travail définir la coopération, et identifier ainsi les similitudes et les différences entre ces deux concepts du travailler ensemble.

3.3.2 La coopération

La coopération selon, le CNRTL est l'action de travailler conjointement avec quelqu'un en vue de participer, de concourir à une œuvre ou une action commune. Les termes de coopération et de collaboration sont souvent indifférenciés. Le ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (1998) confirme que collaboration et coopération sont parfois employés sans distinction, chacun renvoyant à une forme de travail collectif. Le ministère confirme bien que le travail collaboratif est porté par une responsabilité collective de la production. Son fonctionnement est transversal, solidaire, impliquant interactivité, motivation et confiance interpersonnelle. Il définit le travail coopératif comme l'addition de travaux individuels. Les tâches de chacun sont définies au préalable par un coordinateur, chaque participant est responsable de ses actions. Dans la coopération, le fonctionnement est plutôt vertical. Michel & Collin-Lachaud (2019) attribuent à la coopération un degré supérieur de travail avec autrui qu'à la collaboration, ainsi qu'un niveau supérieur d'interdépendance interpersonnelle.

A l'hôpital, dans un service de soins, nous avons tendance à parler de travail en collaboration entre les agents d'une même équipe. Il s'agit en fait de coopération. En effet, chacun dans son domaine de compétences, réalisera des actions différentes, mais dans un but commun, celui d'une prise en soins de qualité du patient. Le Boterf (2010) considère la compétence d'un collectif de travail comme une résultante de la qualité des relations de coopération entre les professionnels. Elle n'est pas l'addition de compétences individuelles mais leur mise en coopération. Il définit les conditions permettant à un professionnel d'agir avec compétence par le savoir agir, le pouvoir agir, et le vouloir agir (2023). Parallèlement à cette triade, il explique que pour développer la compétence collective il faut développer le savoir coopérer, le pouvoir coopérer et le vouloir coopérer (2011). La coopération se base sur la mise en œuvre de conditions favorables, donnant aux professionnels les moyens de travailler ensemble, dans une dynamique motivante, avec un objectif commun.

Zarifian (2009) identifie la coopération comme l'action d'opérer ensemble, l'exigence d'agir en commun et en connaissance de cause. Il ajoute que pour coopérer il faut savoir ce que l'on peut attendre de l'autre et réciproquement. Il est indispensable de se mettre d'accord, ce qui impose des temps d'échanges, laissant la possibilité de rectifier ou de réajuster ensemble. Il met en corrélation coopération et intercompréhension. Cela désigne pour lui une compréhension réciproque de l'autre, une connaissance de ses missions, ses intentions, ses attentes dans le but de mieux coopérer. L'intercompréhension est donc primordiale dans une coopération interprofessionnelle. Elle permettra de se mettre d'accord sur le sens et les manières de travailler ensemble (Zarifian, 2009). Ceci fait écho au concept de « genre professionnel », qui met en évidence la dimension collective et l'importance des interactions sociales dans la construction de ce collectif. Clot & Faïta (2000) définissent le genre professionnel comme la partie sous-entendue de l'activité commune, ce que les professionnels connaissent et voient, ce qu'ils apprécient ou redoutent, ce qui leur est commun et les réunit. Ils comparent le genre professionnel à « l'âme sociale de l'activité » (p 11). Fromholtz Scandella (2016) citant Clot (2000) précise que le genre professionnel définit à la fois le comportement des membres du collectif entre eux mais aussi leur façon de travailler ensemble. À travers lui ils s'estiment et se jugent mutuellement, chacun évaluant sa propre action. CDS formateurs et CDS de proximité appartiennent au même genre professionnel. Ils sont issus de la même diplomation. Chacun a donc conscience de l'autre et de ses fonctions. Un parcours de formation commun permet de développer les connaissances des missions de l'autre, et engendre la reconnaissance de ses compétences. Ils appartiennent au même horizon professionnel, partagent un langage commun mais pas les mêmes missions. Il semble donc indispensable d'établir une intercompréhension entre eux dans l'optique de coopérer au mieux.

La coopération est considérée comme une relation de réciprocité avec une perspective de coévolution. C'est avoir besoin des autres pour fonctionner (Vander Borgh, 2019). La relation fonctionnelle entre CDS formateurs et CDS de proximité est en adéquation avec cette définition. Le formateur a besoin de l'expertise de terrain du CDS de proximité. Il sera ses yeux, il évaluera les apprentissages réalisés par les étudiants en situations de soins. Réciproquement, le CDS de proximité a besoin du CDS formateur, comme par exemple pour accompagner les professionnels de son équipe lors de formations, permettant ainsi la montée en compétences des agents. Chacun co-évolue avec l'autre, et développe ainsi la compétence collective. Pour exister, la coopération s'appuie sur le collectif de travail. Celui-ci se définit par le partage de

règles de métiers, et se construit par la reconnaissance des compétences de chacun, la confiance et le partage des valeurs. (Caroly, 2019). Le principal levier de la reconnaissance entre professionnels est la confiance. Elle se construit au fur et à mesure des interactions. Arnould & Falzon (2014) citant Motté (2012) et Motté & Haradji (2010) précisent que la mobilisation de profils professionnels différents travaillant dans le cadre d'une activité collective conjointe peut aboutir à la création d'un collectif de travail transverse. Les auteurs, citant Lorino (2009), ajoutent que cela implique que les professionnels du collectif puissent apporter des compétences différentes, mais coordonnées. Ils précisent également que ce collectif transverse existera grâce à la connaissance partagée du processus commun, d'une connaissance du travail de l'autre, d'une confiance mutuelle, de la reconnaissance des compétences de chacun et d'une volonté partagée de faire mieux ensemble.

Dans ce schéma, la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité sera valorisée par la création d'un collectif de travail transverse, et permettra d'accompagner au mieux les professionnels et les étudiants dans leur montée en compétences. Elle repose sur les représentations de chacun et leur volonté d'améliorer les choses ensemble.

Pour conclure ce cadre conceptuel, il semble important de préciser que les concepts d'accompagnement, de compétence, de collaboration et de coopération développés dans cette revue de littérature s'imbriquent les uns aux autres au bénéfice du travailler ensemble. Cette conception reflète bien le travail à l'hôpital. En effet, il s'agit d'un lieu d'apprentissages perpétuels, du fait de l'évolution rapide des pratiques. Le CDS manage son équipe pour l'accompagner vers une montée en compétences, qu'elles soient individuelles ou collectives. Pour cela il n'est pas seul, et peut bénéficier des compétences de ses pairs. Le CDS formateur accompagne les apprenants pour leur permettre également de développer de nouvelles compétences. Dans cette dynamique de progression professionnelle, il est indispensable de créer des liens entre les instituts de formation et le terrain, en y instaurant confiance et reconnaissance mutuelle. CDS formateurs et CDS de proximité, chacun expert dans son domaine, gagneront à coopérer pour potentialiser la qualité de leurs accompagnements.

Pour faire suite à cette revue de littérature, nous identifierons dans la suite de ce travail la question de recherche de cette étude ainsi que les hypothèses de réponses proposées.

4 La question de recherche et les hypothèses

La revue de littérature réalisée dans le cadre conceptuel m'amène à affiner ma problématique. En effet, la nuance entre collaboration et coopération m'amène à me questionner sur la pertinence de ma question de recherche. Ayant des fonctions et des missions différentes, CDS formateurs et CDS de proximité développent des compétences différentes. Chacun les mobilisera dans l'accompagnement des professionnels et des étudiants. Travailler ensemble au profit des agents et des apprenants se définit alors par des actions différentes, par un partage de compétences, vers un but commun qu'est la montée en compétences. Cela s'apparente donc à mon sens à de la coopération.

La reformulation de ma question de départ sera donc :

Comment optimiser la coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs dans le but d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des apprenants ?

Afin de tenter de répondre à cette problématique, je pose les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience pour favoriser l'intercompréhension.

Hypothèse 2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages.

Hypothèse 3 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences

Suite à ce travail de recherche théorique, il semble indispensable de réaliser une enquête de terrain. Interroger des professionnels de santé permettra de questionner ces hypothèses, l'objectif étant de confronter les données recueillies et d'obtenir une vision nuancée de la question étudiée. Pour réaliser cette enquête, je choisis bien évidemment d'interroger des CDS formateurs et des CDS de proximité. Dans le but d'avoir une vision plus macro sur le sujet, je souhaite récolter également le point de vue de l'encadrement supérieur.

5 La méthodologie de recherche

L'objectif de cette étude est de questionner des professionnels de la formation et du terrain afin de comprendre la place qu'occupe leur possible coopération dans l'accompagnement des agents et des professionnels apprenants. Je souhaite accéder aux représentations de chacun et découvrir les leviers et les freins permettant ou non d'optimiser cette coopération.

Afin de mettre en avant la méthodologie de recherche réalisée pour ce travail, je présenterai dans un premier temps la population étudiée, je décrirai ensuite l'outil d'investigation. Je conclurai cette partie en exposant les limites rencontrées lors de cette étude.

5.1 La population étudiée

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai réalisé mon enquête au sein de deux établissements de santé publics du même GHT, chacun étant support d'un institut de formation. Après avoir obtenu l'accord des directeurs de soins des deux établissements concernés (Annexes 1 et 2), j'ai contacté dix professionnels de santé, cinq travaillant en formation, et cinq issus des services de soins, dans le but de réaliser des entretiens. Tous ont répondu favorablement à ma demande.

Les dix professionnels interviewés sont :

- 4 CDS de proximité, chacun travaillant dans un secteur d'activité différent (médecine, chirurgie ou pédiatrie).
- 4 CDS formateurs, dont 3 exerçant en IFSI, et 1 en FC.
- 1 CSS de proximité, exerçant dans un pôle de chirurgie.
- 1 CSS exerçant en IFAS.

J'ai rencontré huit femmes et deux hommes, âgés de 30 à 55 ans, ayant entre deux et vingt ans d'expérience en tant que CDS. Ils sont quatre à avoir exercé uniquement comme CDS de proximité, deux à avoir exercé exclusivement en formation, et les quatre autres à avoir exercé dans les deux domaines. Ce panel de participants me paraît relativement homogène. Il me permettra de repérer les différentes composantes permettant d'optimiser le travail en coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité. Pour cela je croiserai et comparerai les réponses du panel de professionnels. L'objectif est d'en réaliser une analyse mais aussi de les confronter aux hypothèses posées précédemment.

Voici le talon sociologique des professionnels interviewés :

Identification	Date/ Durée de l'entretien	Genre	Age	Fonction	Expérience CDS	Service Actuel	Ancienneté dans le service	Etablissement
CDS 1 (Proximité)	24/01/24 54 min	F	Non communiqué	CDS	20 ans	Chirurgie	3 ans	CH
CDS 2 (Proximité)	25/01/24 32 min	F	34 ans	CDS	2 ans	Chirurgie	2 ans	CHU
CDS 3 (Formatrice)	29/01/24 37 min	F	52 ans	CDS	16 ans	IFSI	6 ans	CH
CDS 4 (Formatrice)	29/01/24 47 min	F	53 ans	CDS	4 ans	IFSI	4 ans	CH
CSS 1 (Proximité)	2/02/24 27 min	H	Non communiqué	CSS	17 ans	Pôle de chirurgie	3 ans	CH
CDS 5 (Formatrice)	6/02/24 35 min	F	54 ans	CDS	14 ans	IFSI	10 ans	CH
CDS 6 (Proximité)	7/02/24 29 min	F	37 ans	CDS	5 ans	Médecine	2 ans	CHU
CDS 7 (Proximité)	8/02/24 30 min	F	46 ans	CDS	4 ans	Pédiatrie	4 ans	CH
CSS 2 (Formation)	14/02/24 37 min	H	Non communiqué	CSS	9 ans	IFAS	3 ans	CHU
CDS 8 (Formatrice)	15/02/24 32 min	F	43 ans	CDS	2 ans	FC	2 ans	CHU

Tableau 1 : Talon sociologique des professionnels interrogés

Après avoir présenté la population étudiée pour cette étude, nous allons détailler la méthode de recherche utilisée.

5.2 L'outil d'investigation

Pour réaliser le recueil de matériaux, j'ai opté pour une méthode qualitative, celle de l'entretien semi-directif. Cette technique d'investigation permet à l'enquêté de s'exprimer librement, et de partager ses expériences vécues en lien avec l'objet de recherche. Les thèmes à questionner sont au préalable choisis par le chercheur, il adaptera la façon de les aborder en fonction du

déroulement de l'entretien. Son rôle est de faciliter les échanges tout en restant au plus près de l'objet d'étude. Sauvayre (2021) citant Berthier (2016) précise que l'entretien semi-directif favorise l'exploration de la pensée dans un climat de confiance, afin d'obtenir des informations sur les thèmes définis à l'avance par le chercheur.

Pour mener à bien cette étude, j'ai élaboré quatre guides d'entretiens adaptés à chaque catégorie professionnelle constituant le panel : CDS formateurs (Annexe 3), CDS de proximité (Annexe 4), CSS de proximité (Annexe 5) et CSS travaillant en institut de formation (Annex 6). Ils sont constitués de questions ouvertes associées à des sous questions de relance, permettant ainsi à la personne interrogée d'approfondir ses propos. J'ai alors effectué deux entretiens exploratoires, un auprès d'un CDS formateur, un auprès d'un CDS de proximité. Cela m'a permis d'évaluer la durée des entretiens, de tester les guides, de les réajuster, de me les approprier et ainsi améliorer ma conduite d'entretien.

J'ai mené dix entretiens sur une période de trois semaines, du 24/01/24 au 15/02/24. Deux d'entre eux ont été effectués en visioconférence, les huit autres sur le lieu de travail des professionnels. Afin de faciliter leur retranscription, et avec l'accord des interviewés, j'ai enregistré chaque entretien. Leur durée varie entre 27 et 54 minutes.

Ces échanges m'ont permis de recueillir des informations saillantes concernant les liens fonctionnels entre CDS formateurs et CDS de proximité, mais aussi sur les représentations de chacun.

J'ai eu l'opportunité de réaliser tous les entretiens de façon rapprochée, dans des conditions optimales de disponibilité des interviewés. Mais tout travail de recherche rencontre des freins. Dans la suite de ce travail nous identifierons les limites de l'étude.

5.3 Les limites de l'étude

Plusieurs freins sont venus poser les limites de ce recueil de données. Ils sont de l'ordre de la temporalité, des accords institutionnels et de la maîtrise limitée de l'outil d'investigation.

Tout d'abord le temps imparti à la réalisation de ce travail de recherche a limité le nombre d'entretiens réalisés. Les résultats de cette enquête qualitative ne sont donc pas exhaustifs. De

ce fait, une généralisation des données recueillies n'est pas envisageable. Ensuite, les demandes d'autorisations d'enquêtes réalisées auprès des établissements de santé ont tardé à être acceptées. Un des établissements sollicités n'a pas donné suite à ma demande, ce qui ne m'a pas permis d'interroger des professionnels d'un autre GHT, et ainsi d'élargir le panel. Enfin, réaliser des entretiens semi-directifs requiert une certaine aisance. L'utilisation de quatre guides d'entretiens différents a fait que j'ai pu ressentir par moment des difficultés à me détacher de l'outil. Malgré tout, je me sentais de plus en plus à l'aise au fur et à mesure des entretiens réalisés. J'ai cependant constaté lors des retranscriptions que certaines réponses auraient pu être plus approfondies par des questions de relance de ma part.

Ces limites de l'étude n'ont pas empêché un recueil de matériaux riche. Chacun des interviewés a précisé être intéressé par le sujet, ce qui a permis de réaliser ces entretiens dans un climat de confiance mutuelle. Nous allons dans la suite de ce travail nous intéresser à l'analyse et l'interprétation des données recueillies.

6 L'analyse et l'interprétation

Dans cette partie nous allons exposer les résultats recueillis suite à l'analyse qualitative des dix entretiens réalisés. Ils seront confrontés par la suite aux hypothèses de départ, celles-ci pourront ou non être confirmées. La retranscription des entretiens a permis de récolter les verbatims des professionnels interviewés (ANNEXE 7), et ainsi dégager des thèmes récurrents, mais aussi des données nouvelles ne figurant pas dans le cadre conceptuel décrit précédemment. Ce travail a également permis de confronter les avis des dix professionnels interrogés. L'ensemble des matériaux recueillis a favorisé l'obtention de données significatives concernant les liens entre les CDS formateurs et les CDS de proximité ainsi que les représentations de chacun sur les missions de l'autre. L'étudiant ressort comme véritable trait d'union de cette relation. Il se dégage également que cette coopération est élargie à d'autres professionnels, et qu'elle se développe au profit de la montée en compétences des professionnels, par le biais de la formation continue.

6.1 Travailler ensemble : entre représentations et légitimité

La notion de travailler ensemble est un élément central de ce travail de recherche. Comme nous l'avons décrit dans la revue de littérature de notre cadre conceptuel, l'intercompréhension est un levier favorisant la coopération. Les professionnels interrogés ont partagé leurs représentations et ont conscience des difficultés à entrevoir réellement les rôles et missions de chacun. Nous nous intéresserons premièrement à cette notion de représentations, car l'analyse des différents entretiens nous fait remarquer qu'elle a un impact sur la reconnaissance de légitimité des cadres formateurs.

6.1.1 Les représentations sur les rôles et missions de chacun

L'analyse des différents entretiens laisse apparaître une méconnaissance des missions du CDS formateur par les CDS de proximité qui n'ont jamais exercé en formation. CSS 1 (proximité) évoque « *une vision pas toujours objective* » des CDS de proximité de son équipe sur le métier de CDS formateur. A son niveau, il précise que « *quand on n'a pas fait ce métier-là, c'est quelque chose qui est...pour moi... à mon niveau, c'est quelque chose qui est un peu nébuleux* ». Il ajoute aussi que « *c'est complètement différent du métier que font les CDS sur le terrain, c'est*

d'autres choses, c'est un autre métier ». CDS 2 (proximité) confirme ce ressenti en précisant que pour les CDS de proximité il existe une « *méconnaissance du travail des formateurs* ». CDS 7 (proximité) quant à elle nous dit : « *L'idée que je m'en fais, c'est que c'est totalement je pense différent du CDS en service de soins* ». Tous s'accordent à penser que les missions du CDS formateur sont différentes de leurs propres missions, sans en avoir pour autant connaissance, allant jusqu'à parler d'un autre métier. L'identité métier, qui est une déclinaison de l'identité collective, est ici questionnée (Wittorski,2008). CDS 2 (proximité) parle « *d'un métier qui est loin de la réalité du terrain* » et pense « *qu'il y a des inégalités par rapport au terrain* ». Nous retrouvons là une représentation négative de la fonction de CDS formateur. Elle revient à plusieurs reprises dans les entretiens réalisés, et concerne principalement les horaires, les jours de vacances, et la méconnaissance du terrain. CDS 3 (formatrice) évoque l'existence d'un « *clivage entre la formation et les services* ». Elle ressent que, pour certains CDS de proximité, CDS formateur représente « *un poste pépère, où tu fais 9H/17H, et à 17H00 tu prends tes cliques et tes claques et puis ta journée est terminée...* ». Nous identifions ici le manque d'intercompréhension des CDS de proximité sur les missions du CDS formateur comme vecteur favorisant les représentations négatives. CDS 2 (proximité) et CDS 6 (proximité) vont plus loin en évoquant pour la première un rythme lui semblant moins soutenu que dans les services de soin : « *on voit bien que le rythme, enfin quand on parle des congés, quand on parle du temps de travail même voilà, il y a des inégalités* ». Elle précise que selon elle, « *les cadres formateurs devraient un temps donné retourner sur le terrain, pour permettre à ceux du terrain de souffler* ». La seconde nous dit que plus d'équité sur le sujet permettrait de changer les préjugés : « *Je pense que pour qu'on évite en fait qu'il y ait des idées sur les cadres formateurs [...] peut-être qu'il faudrait rendre tout ça un peu plus équitable* ». Elle ajoute que « *si jamais ils ont des semaines où ils n'ont pas de cours, bah est-ce qu'ils ne pourraient pas aller dans des services de soins, [...] et réaliser un petit peu plus la réalité du terrain ?* ».

Mais qu'en est-il de la vision des CDS formateurs sur les rôles et missions du CDS de proximité ? Les deux CDS formatrices interviewées qui n'ont jamais exercé en tant que CDS de proximité (CDS 4 et CDS 8) s'accordent à dire que l'occupation principale des CDS de proximité est la gestion des ressources humaines. CDS 4 (formatrice) nous explique qu'elle n'a jamais voulu être CDS de proximité. Pour elle, « *passer autant de temps à gérer des plannings ce n'est pas possible* ». Elle précise que « *le cadre de santé passe trop de temps à ça. Et c'est*

vraiment dommage parce que je pense qu'il y a plein d'autres choses à faire ». CDS 8 (formatrice) nous explique avoir confirmé ses représentations lors de ses stages à l'école des cadres. Elle nous précise avoir pu constater que les CDS de proximité « *passent beaucoup de temps à la gestion des ressources humaines, la gestion des équipes* ». La notion de manque de temps revient également dans la priorisation de leurs actions. CDS 5 (formatrice), qui elle a déjà travaillé en unité de soin, perçoit à l'heure actuelle comme difficile le quotidien des CDS de proximité. Elle les définit comme « *des personnes qui sont polyvalentes, débordées, happées par les tâches quotidiennes* ». CDS 8 (formatrice) a identifié que la formation n'était pas la priorité dans les services. « *C'est vraiment si elles ont le temps du coup qu'elles peuvent proposer de mettre en place des formations ou de pouvoir amener les agents en formation parce que on s'aperçoit que par rapport à la gestion de l'absentéisme ce n'est pas une priorité* ».

Happés par leurs missions respectives, les CDS formateurs et CDS de proximité interrogés précisent éprouver des difficultés à trouver le temps nécessaire pour se rencontrer, apprendre à connaître les missions de l'autre et travailler ensemble. Ils qualifient d'importants mais de trop rares ces temps privilégiés entre professionnels du terrain et de la formation. Ces échanges seraient un levier à l'intercompréhension et donc à un travail en coopération de meilleure qualité. Les notions de construction sociale et d'identité métier sont très présentes ici. CDS 7 (proximité) nous dit que pour elle, « *ce qui manque, c'est des temps d'échanges entre les formateurs et nous sur le terrain* ». CSS 2 (formateur) évoque le fait « *qu'il y ait des zones d'incertitudes entre ce que l'un fait et ce que l'autre fait* ». CSS 1 (proximité) nous dit que « *ce sont les échanges qui sont souvent formateurs. Cela permet de lever certains éléments d'incompréhension parfois [...]* ». Conjard & Journoud (2013) définissent les espaces de discussions professionnels comme permettant de co-construire un sens au travail, de fixer une nouvelle direction à suivre, de créer un espace de soutien entre pairs et de participer ainsi à la reconstruction d'une identité métier. La formation commune aux CDS de proximité et CDS formateurs permet ces échanges entre les professionnels des deux secteurs. Grâce à ce temps passé en formation, ils peuvent échanger sur leurs pratiques respectives. CDS 2 (Proximité) nous dit que le fait d'avoir eu pendant sa formation de cadre une collègue qui était cadre formatrice lui a permis de changer un peu sa vision des choses. « *J'ai relativisé la vision que j'avais. Et puis peut-être que quand on dit qu'elles ne font rien, ben en fait, monter une formation ça prend énormément de temps ! On ne se rend pas compte de ce qu'elles*

fournissent ». Cette formation commune favorise les échanges d'expériences et donc l'intercompréhension.

Cette confrontation entre les représentations de chacun fait écho à la notion d'intercompréhension évoquée dans le cadre conceptuel de ce travail. Nous avons identifié la corrélation entre intercompréhension et coopération, et définit que celle-ci est indispensable en situation de coopération interprofessionnelle. Nous pouvons penser à ce stade de l'analyse qu'un manque de connaissance de la fonction de CDS formateur par les CDS de proximité, que leur sentiment de non équité en lien avec les congés et le rythme de travail, que le décalage entre formation et terrain, mais aussi que la réduction du quotidien des CDS de proximité à la gestion des ressources humaines par les CDS formateurs, seraient des freins à une coopération réussie.

Les professionnels de proximité interrogés se questionnent sur la problématique de distance entre les CDS formateurs et la réalité du terrain. Les CDS formateurs eux se questionnent sur leur légitimité. C'est ce que nous allons développer dans la suite de cette analyse.

6.1.2 La légitimité du cadre formateur

La notion de légitimité du CDS formateur ressort dans l'analyse de ces entretiens. CDS 3 (formatrice) nous dit que « *pour certains cadres dans les unités de soins, on n'est pas considéré comme des cadres de santé* ». Elle ajoute que dans l'hôpital où elle exerce « *on entend que à l'IFSI on n'est pas des cadres, et cela perdure dans l'imaginaire de certains* ». La notion de décalage entre formation et terrain est récurrente. CDS 6 (proximité) nous dit : « *Je pense clairement qu'il y a un décalage quand même entre l'IFSI et nous* ». Elle explique ce décalage par le fait que les formateurs ne sont plus dans les soins depuis des années, ce qui engendre selon elle des incompréhensions. CDS 2 (proximité) évoque que « *les CDS formateurs devraient retourner dans les services, et faire le lien avec la réalité du terrain* ». La légitimité de CDS formateur est ici questionnée.

CDS 5 (formatrice) nous explique que quand elle a quitté la fonction CDS sur le terrain, et qu'elle est arrivée en poste à l'IFSI, elle se sentait très proche des deux fonctions. Elle précise : « *D'ailleurs, je pouvais aller dans les services, chercher une situation de soin* ». Elle nous

explique ensuite que plus le temps passe et plus elle s'éloigne du terrain. « *Et voilà plus ça va... plus je m'éloigne du terrain, et moins je connais les cadres* ». Elle exprime sa sensation d'être « *déconnectée des situations de terrain* », même en ayant au début l'envie de continuer à en être proche. Elle précise : « *Je me disais que je garderai toujours un contact avec le terrain. Mais voilà... On est quand même déconnecté des situations de terrain* ».

CDS 4 (formatrice) évoque le terrain comme « *la vraie vie* », et exprime la notion de challenge qu'elle perçoit quand elle se rend dans les services de soins. « *Je trouve justement que le challenge, c'est justement pour nous, en tant que formateur, c'est d'arriver...Humilité, hein ? On ne vient pas juger ce qu'ils font, ni comment ils font* ». CDS 1 (proximité) évoque le fait que les CDS formateurs viennent plus facilement vers elle, du fait de son exercice passé en formation, pour des demandes à type de participation à des jury de CAC³³. Selon elle se joue ici un sentiment de légitimité. Elle ajoute, à son niveau ne pas se servir de ça pour rendre les échanges plus faciles mais pense que « *peut être qu'eux sont plus à l'aise aussi, ils se sentent peut-être plus légitimes ??* ». Elle ajoute ne pas savoir comment se sentent les CDS formateurs quand ils viennent dans un service en visite de stage. Elle revient sur son expérience et dit : « *Quand j'étais en visite de stage pour voir des étudiants, ben des fois on se dit quel regard les cadres des services ont sur le formateur ?* ». Clot & Materre (2017) évoque le fait que « *Pour être reconnus, les professionnels doivent accepter d'être vus par l'autre, d'être évalué et jugé* ». Ils citent Jobert, ethnologue du monde du travail, précisant que « *la subjectivation de l'activité efficiente ne prend sens pour le sujet que dans la mesure où celle-ci s'accomplit sous le regard d'autrui, où elle est soumise à un jugement dans un espace public* ». Ils mettent aussi en parallèle le besoin de se réaliser de Maslow conduisant à s'impliquer dans le travail. CDS 4 (formatrice), qui n'a jamais exercé comme CDS de proximité évoque la place du formateur sur le terrain. Elle nous dit : « *c'est dans nos missions en fait de venir sur le terrain* ».

Nous retrouvons à plusieurs reprises dans ces entretiens la notion de temps à distance du terrain qui impacterait la légitimité des CDS formateurs, et mettrait en doute leurs compétences. CDS 1 (proximité) rendrait plus légitime la venue sur le terrain d'un CDS formateur ayant quitté les soins depuis peu de temps. Elle nous explique avoir déjà travaillé sur le terrain avec la CDS formatrice référente de son unité de soins, et nous précise « *qu'elle n'a pas quitté les soins depuis très longtemps, donc elle est quand même très à même, enfin elle n'est pas éloignée* ».

³³ Commission d'Attribution des Crédits

encore beaucoup du terrain si on peut dire ». Friry (2020) précise que la légitimité professionnelle aborde les notions d'évaluation, d'acceptation et de construction sociale au sein d'un environnement de travail. Il cite Bouquet (2014) qui définit la légitimité comme reposant sur la reconnaissance des activités professionnelles, sur la capacité relationnelle et sur l'expertise professionnelle. Ce qui se joue dans cette quête de légitimité du CDS formateur, est la reconnaissance par le CDS de proximité de son expertise professionnelle. Ce qui ressort de cette partie de l'analyse, est que cette reconnaissance est mise à mal par la distance définie par les CDS de proximité entre CDS formateurs et la réalité du terrain.

CDS 1 (proximité), qui a exercé pendant trois années comme CDS formatrice, nous parle de sa double expérience. Elle nous dit que « *aujourd'hui il y a une discordance avec la réalité de terrain...comment tu peux apprendre des soins techniques aux étudiants alors que toi-même tu ne les maîtrises pas ??* ». Son parcours lui fait penser que « *c'est quand même bien de faire les deux fonctions [...]. Ça permet de rester connecté. Au niveau du respect en tout cas je trouve que c'est quand même plus facile. Ça facilite quand même les échanges* ». La notion de respect qu'elle évoque ici est en fait la reconnaissance professionnelle du CDS formateur par le CDS de proximité, sa légitimité à revenir sur le terrain, la reconnaissance de ses compétences. Deschanet & al (2022) nous rappellent que la compétence est la résultante de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Ce qui est remis en question ici est la dimension de savoir-faire, définit comme compétences opérationnelles dans le but de réaliser des tâches, des manières de procéder, de raisonner, d'anticiper, d'organiser. CDS 1(proximité) nous explique que des formateurs lui avaient confié « *voilà moi je ne connais rien à la technique mais je suis très bonne en enseignement* ». La compétence professionnelle à reconnaître ici n'est donc pas celle du savoir-faire technique, mais du savoir-accompagner l'étudiant dans sa montée en compétences pour acquérir les soins techniques.

La notion de compétence que nous avons développée dans la revue de littérature de notre cadre conceptuel est questionnée ici. Comment un CDS formateur, qui semble éloigné de la réalité du terrain, peut être légitime à accompagner les étudiants et les professionnels dans l'acquisition de ses compétences professionnelles ? Se joue ici le développement des compétences collectives entre CDS formateurs et CDS de proximité : le premier apporte la théorie, la méthode, le second l'expertise du terrain. Tous s'accordent pour dire que les rencontres entre terrain et formation sont un levier pour la reconnaissance de légitimité de chacun et la coopération.

Dans l'ensemble des entretiens réalisés l'étudiant ressort comme véritable trait d'union entre CDS formateurs et CDS de proximité. Une quête de légitimité se retrouve également pour les professionnels de proximité, notamment dans le cadre de l'évaluation des étudiants en stage. La notion de partenariat entre unité de soins et instituts de formation se dessine. Nous allons l'identifier maintenant.

6.2 L'étudiant : trait d'union entre CDS formateurs et CDS de proximité

Ce travail de recherche porte sur l'accompagnement par les CDS de la montée en compétences des étudiants et des professionnels. CDS 7 (proximité) exprime que « *c'est les étudiants qui créent les liens entre nous et les formateurs* ». Lors des entretiens réalisés, l'étudiant apparaît comme le maillon central de la relation entre CDS formateurs et CDS de proximité. En ce sens, la notion de partenariat se dégage. C'est ce que nous allons analyser maintenant.

6.2.1 Partenariat entre instituts de formation et unités de soins

Le partenariat est un concept qui émerge de l'analyse des entretiens réalisés. L'ensemble des CDS formateurs interrogés évoquent cette notion de partenariat entre les instituts de formation et les unités de soins. CSS 2 (formation) nous explique que l'objectif commun dans ce partenariat est la diplomation des étudiants. Il précise que « *[...] pour justement permettre aux élèves l'acquisition de compétences et leur reconnaissance une fois diplômés, pour ça il faut une relation de partenariat entre nous et les services pendant leur formation* ». Il met ici en avant le fait de prendre en considération le rôle des professionnels de terrain dans l'évaluation des compétences des étudiants. Il ajoute que pour lui « *une compétence est à acquérir en terrain de stage, donc l'avis des professionnels compte beaucoup pour moi* ». CDS 4 (formatrice) met en avant cette notion de partenariat lorsqu'elle anime la formation tutorat. Elle leur dit : « *[...] on est des partenaires ! Vous êtes en charge de l'apprentissage clinique, nous à l'IFSI, on est plutôt sur l'apprentissage théorique* ». Elle nous informe aller toujours à la rencontre des CDS de proximité lors de ses visites sur les lieux de stages, et précise faire cela pour tisser un partenariat. Ce qu'elle nomme ici partenariat est en fait un travail en réseau professionnel spontané, où les acteurs interagissent entre eux au regard d'une situation donnée (Dumont, 2020). Pour illustrer cela, CDS 5 (formatrice) précise demander conseil aux professionnels du terrain pour l'élaboration de cas concrets. Elle nous dit : « *Moi ça m'est arrivé de les solliciter,*

pour avoir des situations concrètes de soins pour des cas concrets, pour me rapprocher au plus de la réalité du terrain, pour faire travailler les étudiants sur des cas réels ». Cette vision pose le fait que chacun possède ses propres compétences, dans le but commun qu'est l'accompagnement des étudiants.

Le concept de coopération se retrouve bien au cœur de ce partenariat. Tremblay (2002) citant Landry (1994) définit une échelle à huit degrés illustrant le travailler ensemble, allant du degré le plus informel au degré le plus structuré. Ces huit étapes sont l'information, la consultation, la coordination, la concertation, la coopération, le partenariat, la cogestion et enfin la fusion. Henripin (1994), cité par Tremblay (2002) définit le partenariat comme une relation équitable entre plusieurs parties, ayant chacune sa mission propre, pour la réalisation d'un objectif commun. Il ajoute que cela suppose une définition précise des rôles et responsabilités de chacun des partenaires, jumelée à un partage de valeurs communes sur lesquelles vont s'appuyer les actions. Le partage des valeurs communes fait ici écho au genre professionnel défini dans notre cadre conceptuel. Coopération et partenariat se situent l'un après l'autre sur cette échelle de niveaux, partenariat renforçant la notion d'engagement entre les parties prenantes. CDS 4 (formatrice) affirme : « [...] si on veut travailler ensemble, il faut qu'on ait une vraie relation de partenaires ». Il s'agirait donc de reconnaître et de laisser à chacun sa place dans le processus d'accompagnement des étudiants, tout en communiquant et en partageant les mêmes valeurs. CSS 1 (proximité) nous confirme qu'il existe un lien formalisé entre l'IFSI, l'IFAS et les services de soins : « Chaque cadre de santé formateur a en référence un service, voire plusieurs services ». Il précise « [...] qu'en termes de suivi pédagogique et de liens qu'il y a avec les cadres formateurs, c'est plus facile ». Nous pouvons identifier ici un travail en réseau professionnel formel permettant la co-construction et le développement d'un fonctionnement collectif (Dumont, 2020).

CDS 3 (formatrice) évoque des difficultés rencontrées par plusieurs étudiants dans un des services de soins dont elle est référente. Il a été décidé de suspendre les stages dans ce service. Elle parle là de « rupture de partenariat ». Le partenariat se définit comme un engagement formel, définissant coordination, coopération et mutualisation mises en œuvre par les parties prenantes (Dumont 2020). Dans cet exemple il y a bien rupture de partenariat, une des parties prenantes n'étant plus en mesure d'assurer son engagement. CDS 3 (formatrice) nous parle aussi de son dernier poste en unité de soins et nous décrit des temps d'échanges entre les CDS

de proximité du pôle où elle exerçait et les CDS formateurs référents de ce pôle. Ces derniers étaient conviés à assister à leurs réunions d'encadrement de secteur à chaque fois qu'une thématique autour de l'accompagnement des étudiants était à l'ordre du jour. Elle précise que « *rencontrer des formateurs à cette occasion là nous a permis de renforcer un peu notre partenariat* ». Chacune des parties prenantes se doit de faire vivre ce partenariat.

Il ressort dans l'ensemble des dix entretiens que des moments de rencontres favorisent le travailler ensemble. Le facteur temps, identifié par tous, empêche d'arriver à cela. CSS 2 (formation) évoque que dans son établissement les CSS (formation et proximité) avaient commencé à essayer de se réunir régulièrement. Il précise que ces rencontres sont difficiles à organiser, du fait de la situation sanitaire actuelle, et des priorités de chacun. Il dit que : « *c'est complexe, parce que on n'a pas forcément les mêmes dispos. [...]. Il y a aussi les urgences. Voilà, on est sur une période sanitaire où l'épidémiologie priorise la gestion des lits. Donc bah nous on est un peu en 2ème ligne. Ce qui fait qu'après, le calendrier passe et je vois que on pourrait faire mieux, mais c'est toute la complexité des organisations* ». Il évoque avec cet exemple l'envie des uns et des autres de se rencontrer pour renforcer les liens et les difficultés pour y arriver.

Les cinq professionnels de la formation interrogés mettent en avant cette notion de partenariat. Mais qu'en est-il pour les professionnels de proximité ? Certaines équipes ne s'y retrouvent pas toujours, ne se sentant pas écoutées. CDS 6 (proximité) nous parle de la situation d'accompagnement d'une étudiante où l'équipe infirmière s'est sentie en difficulté, ne souhaitant pas valider le stage, et ne se sentant pas entendue par l'IFSI. « *Ce qui était un peu dommage, c'est qu'on a été laissé un peu... On a dû gérer ce problème-là, nous quoi, dans le service. Et les formateurs, nous dire que c'était quelqu'un qui était bien, que ça fonctionnait, un peu pour nous influencer dans notre décision quoi. Ça, ça a été difficile* ». Les notions de confiance et de respect du rôle de chacun ne semblent pas présentes dans cette situation. CDS 7 (proximité) évoque également des difficultés rencontrées. Elle exprime : « *[...] je ne trouvais pas forcément simple en fait de communiquer. Je n'avais pas l'impression d'avoir une personne référente avec qui communiquer sur les situations. On pouvait communiquer par mail, mais j'aurais aimé rencontrer un peu plus souvent en fait les cadres formateurs* ». CDS 2 (proximité) évoque le fait que parfois les CDS formateurs ne sont pas aidants. « *Il y a des fois des formateurs qui ne sont pas forcément aidants non plus et qui nous laissent, qui nous demandent des*

rapports, qui nous demandent des choses... ». CDS 3 (formatrice) exprime qu'il est parfois difficile d'être complètement dans un partenariat. Elle nous dit : « *C'est encore un peu difficile, on n'y est pas complètement dans ce partenariat. C'est encore trop clivé en fait* ». Elle se questionne sur l'arrivée de la nouvelle réforme et son impact sur les relations entre formation et terrain. « *Alors je ne sais pas ce que ça donnera avec la nouvelle réforme. Je ne sais pas à quoi il faut s'attendre. [...] On n'a pas beaucoup d'infos mais peut-être que ça va aider [...]* ».

L'étudiant est le maillon principal qui unit CDS formateurs et CDS de proximité. L'accompagnement conjoint des étudiants dans l'acquisition de leurs compétences se fait grâce au travail coopératif et au partenariat des professionnels de la formation et du terrain. CDS de proximité et CDS formateurs partagent le même genre professionnel, ce qui leur permet de mobiliser les mêmes valeurs pour l'accompagnement des étudiants, mettant en avant les mêmes critères de qualité de ce travail. Nous nous rendons compte qu'appartient à chacune des parties prenantes la responsabilité de faire vivre ce partenariat, en favorisant le travail en réseau formel ou spontané. Des freins existent, mais tous gardent en tête leur but commun : accompagner la professionnalisation des soignants de demain.

Les exemples explicités dans cette partie de l'analyse nous montrent que le partenariat entre les instituts de formation et le terrain peut devenir moins fluide lors de situation d'accompagnement complexes. Mais est-ce toujours le cas ? Nous allons le développer dans la suite de ce travail.

6.2.2 Coopérer dans des situations complexes

CDS 2 (proximité) évoque le fait que dans la majorité des cas, quand elle collabore avec des formateurs « *c'est pour des arrêts de stage et des arrêts de formation avec des rapports circonstanciés à faire* ». CDS 6 (proximité) évoque que selon elle il est important que les CDS formateurs aient un lien avec le terrain. Elle précise « *si l'étudiant a des difficultés, ben c'est important que nous aussi on fasse des retours aux CDS formateurs si vraiment ça impacte le stage* ». Les CDS de proximité n'hésitent donc pas à contacter les CDS formateurs en cas de difficultés rencontrées avec un étudiant. CSS 2 (formation) considère ne pas pouvoir identifier comme « *projets coopératifs* » les rencontres liées à des difficultés rencontrées par les étudiants lors d'un stage. Il y voit cependant une consonance positive. Il dit que « *souvent les cadres nous contactent pour essayer de comprendre et nous demande de venir pour mieux savoir comment*

eux se situent, comment mieux accompagner ou quand ils sont face à une difficulté pédagogique ou d'apprentissage complexe ». CDS 5 (formatrice) nous explique que les formateurs eux aussi sollicitent si besoin les CDS de proximité suite à des retours d'étudiants. Elle nous dit : « *Parfois ça vient de moi quand l'étudiant arrive là et me dit ça ne va pas bien. Là je me permets d'appeler le service pour dire que l'étudiant est là, et puis qu'il y a un problème peut être* ». Ces exemples font lien avec le concept de travail collectif transverse décrit dans le cadre conceptuel de ce mémoire. En effet, se joue ici la confiance mutuelle, la reconnaissance des compétences de chacun et la volonté partagée de faire mieux ensemble. Le collectif transverse facilite l'activité conjointe, ici la résolution d'une situation complexe en stage, et constitue une réelle ressource à la résolution de cette situation problème (Arnoud & Falzon, 2014).

CDS 3 (formatrice) évoquant l'arrêt de partenariat avec un terrain de stage nous précise que pour reprendre ce partenariat, un an plus tard, il a fallu coopérer avec la CDS du service. « *Là on a coopéré, puis on continue à le faire. [...] La cadre, elle sait qu'elle peut se tourner vers moi si elle est en difficulté* ». CDS 7 (proximité) explique avoir à plusieurs reprises échangé avec des CDS formateurs, à chaque fois pour des situations compliquées d'accompagnement d'étudiants. « *Des échanges, oui, j'en ai eu. Plus par rapport aux accueils des étudiants un petit peu compliqués dans le service* ». CSS 2 (formation) nous précise que : « *J'ai des fois des CSS au téléphone parce qu'il y a eu tel problème avec un apprenant et c'est un peu lourd à gérer pour l'équipe. Et il préfère passer directement de CSS à CSS* ».

CDS 6 (proximité) nous parle d'une étudiante pour qui « *c'était compliqué, elle n'y arrivait pas en fait* ». Elle précise avoir contacté l'IFSI : « *Du coup j'ai contacté l'IFSI qui m'a dit qu'il faut que ce soit écrit, enfin qu'il y ait un rapport qui soit fait, donc on a fait* ». CDS 7 (proximité) évoque les difficultés rencontrées avec une étudiante concernant l'acquisition de compétences techniques. Elle nous précise avoir contacté la formatrice référente de son service. « *Elle est venue plusieurs fois du coup sur le terrain rencontrer l'étudiante. [...] Elle était consciente des difficultés de cette étudiante aussi. On a fait quelque chose ensemble. On lui a posé des objectifs ensemble, tout en lui expliquant aussi que si les objectifs qu'on lui posait n'étaient pas atteints, on ne pourrait pas valider le stage parce que le risque serait de la mettre en difficulté pour la suite* ».

CDS 1 (proximité) évoque que dans son établissement une CSS fait le lien entre le terrain et l'institut de formation. Elle précise « [...] elle fait le lien avec l'IFSI et qu'elle souhaite être informée quand il y a des difficultés, pour aussi pouvoir recevoir les étudiants aux besoins. Et après elle se met aussi en contact avec la directrice de de l'IFSI pour voir ce que l'on peut faire pour l'étudiant ». L'appui institutionnel au tutorat permet de créer un lien fort entre les professionnels de terrain et les formateurs, favorisant ainsi le travail en commun, les échanges. Ce partenariat valorise l'action des professionnels et participe à la reconnaissance de chacun (Clot & Materre, 2017). Il est d'autant plus indispensable lors de situations complexes, voire d'invalidation de stage.

La majorité des CDS interrogés précisent que les rencontres physiques sont une plus-value à la coopération lors de situations complexes. CDS 1 (proximité) précise que : « C'est facile d'appeler les formateurs pour voir avec eux s'ils veulent un rapport circonstancié, s'ils ont besoin d'explications complémentaires parce que souvent le rapport ne suffit pas. Ou alors on revoit ensemble pour qu'ils passent pour voir les étudiants qui ont des difficultés, on se rencontre à ce moment-là ». CDS 5 (formatrice) précise que quand il y a une difficulté, le fait de se déplacer et d'aller à la rencontre des équipes rend les échanges plus fluides et favorise l'accompagnement des étudiants : Elle dit : « C'est toujours mieux quand on se déplace, toujours ! C'est toujours plus fluide et on arrive toujours à accompagner mieux l'étudiant, en tout cas quand il y a une difficulté ». Elle ajoute que : « Je sens une dynamique plus forte quand je me déplace ». CSS 1 (proximité) confirme le postulat qu'il est toujours plus bénéfique de se rencontrer. Il nous donne l'exemple d'accompagnements d'étudiants IDE dans le service de psychiatrie dans lequel il travaillait. Il nous explique que pour lui les étudiants étaient en difficulté pour réaliser des démarches de soins. Il a rencontré les formateurs pour échanger sur le sujet et les attendus et nous précise que « quand il y a ces rencontres, ben ça permet de lever des incompréhensions ». CDS 6 (proximité) confirme elle aussi cette idée. Elle explique que pour des raisons qu'elle ignore, les élèves AS ne réalisaient plus de stage dans l'unité de soin dont elle était responsable. Elle nous dit : « Donc moi j'ai demandé à ce qu'on en ait et ça a été compliqué parce que les AS elles n'en avaient pas eu depuis longtemps. [...] Donc on a fait venir les formateurs aussi pour échanger avec eux ». Le fait de demander aux formateurs de se déplacer à la rencontre de l'équipe a permis de recréer un partenariat et ainsi d'accueillir à nouveau dans les meilleures conditions les élèves AS. Elle ajoute que « ça a permis justement d'améliorer les relations et de poursuivre sur des stages ».

Nous avons évoqué précédemment dans l'analyse que l'équipe infirmière du service de CDS 6 (proximité) avait ressenti des difficultés concernant l'accompagnement d'une étudiante. Elle nous explique qu'elle regrette de ne pas avoir initié une rencontre entre les formateurs et l'équipe infirmière, comme réalisé avec l'équipe AS. Elle précise que : *« au niveau infirmier on ne l'a pas fait. Et je pense que ça vaudrait le coup parce qu'elles ont tendance à penser que de toute façon on n'est pas écouté... »*. Ceci fait écho aux espaces de discussion, définis par Conjard & Journoud (2013) comme *« des lieux de prise en charge collective des tensions provoquées par la montée des contraintes dans les organisations »*. CDS 6 (proximité) précise que le fait de rencontrer les formateurs dans le cadre de cet accompagnement aurait pu faire améliorer les choses. Elle nous dit : *« Oui ça aurait pu changer. Ouais. Parce que l'équipe était très remontée, parce que du coup on n'avait pas été entendu »*. Une rencontre ouvrant sur un espace de discussion aurait permis à tous de s'exprimer.

Afin d'anticiper des situations complexes et ainsi fluidifier l'accompagnement des étudiants, CDS de proximité anticipent l'accueil des étudiants. CDS 5 (formatrice) nous explique que la CDS d'un terrain de stage l'a contactée afin d'harmoniser l'accueil des étudiants avec les apports théoriques qu'ils recevaient à l'IFSI. *« J'ai eu récemment un cadre qui m'a appelé pour avoir des protocoles, des cours qu'on dispense aux étudiants pour qu'elle puisse s'accorder et harmoniser dans le service par rapport à ce qu'on leur enseigne à l'IFSI. [...] Voilà, elle s'intéressait, elle s'inquiétait de savoir qu'est-ce qu'ils avaient comme apports théoriques pour pouvoir s'ajuster »*. Elle ajoute avoir également été contactée par une CDS de proximité concernant l'accueil des étudiants. *« Ça m'est arrivé quand même qu'une CDS de proximité me demande comment faire pour organiser au mieux l'arrivée d'un étudiant. On l'a fait par mail »*.

Les situations complexes sont au cœur des relations entre CDS formateurs et de proximité, rendant la coopération plus que nécessaire. Elles peuvent parfois la rendre difficile et mettre en doute le partenariat. Les professionnels interrogés sont tous unanimes pour mettre en avant que le fait de se rencontrer lors de situations complexes favorise la coopération, et permet ainsi un accompagnement de meilleure qualité des étudiants. L'étudiant est bien le trait d'union de cette coopération, où chaque partenaire a à cœur l'objectif commun de la professionnalisation des apprenants, et ainsi la qualité et sécurité des soins pour les patients.

Les CDS ne sont pas les seuls protagonistes intervenant dans une coopération au profit de la montée en compétences des étudiants. En effet les équipes infirmières et AS, plus particulièrement les tuteurs, mais aussi l'encadrement supérieur y jouent un rôle. Cette coopération se déploie au niveau de l'institution et concerne également la montée en compétences des professionnels. Nous allons nous y intéresser dans la suite de cette analyse.

6.3 Une coopération élargie

La professionnalisation des étudiants et la montée en compétences des agents sont l'affaire de tous. Chacun y joue son propre rôle, que ce soit au sein des services, des pôles ou de l'institution. L'objectif commun à tous est la prise en soins de qualité des patients. Pour cela, le concept de « travailler ensemble » à tout son sens. Nous retrouvons également dans cette dynamique de coopération la place des équipes, des tuteurs de stage, de l'encadrement supérieur et de l'institution.

6.3.1 La place des tuteurs de stages et de l'équipe

- L'appétence des professionnels pour le tutorat

CDS 1 (proximité) nous dit prévoir, lors de la visite d'un formateur, la présence d'un professionnel référent de l'étudiant concerné par la visite de stage. « *Donc à chaque fois qu'ils passent voir l'étudiant j'organise pour que la référente soit là. Mais aussi on échange un petit peu entre nous, je fais un retour aussi de ce que j'ai pu observer et les équipes également* ». Cet exemple nous montre bien que la coopération CDS formateurs/CDS de proximité au profit de la montée en compétences des étudiants est élargie au reste de l'équipe. CSS 2 (formation) encourage les formateurs de son équipe à aller à la rencontre des CDS de proximité, mais aussi des tuteurs de stage. Il précise que malgré la charge de travail des soignants qui augmente, l'appétence des professionnels pour le tutorat reste intacte. Il nous dit « *qu'une grande partie des professionnels a à cœur le tutorat dans leur dynamique professionnelle, et que c'est assez naturel pour les formateurs d'aller rencontrer les cadres et les tuteurs* ». CDS 4 (formatrice) confirme cette appétence, en précisant que les CDS la contacte régulièrement pour inscrire des agents à la formation tutorat. Le tutorat est plus qu'une appétence, l'accompagnement des étudiants fait partie du rôle propre des professionnels de santé, et se retrouve clairement identifié dans les référentiels de formation des CDS, des IDE et des AS.

CDS 4 (formatrice) imagine pouvoir un jour développer une « *équipe mobile de tutorat* », afin de répondre à la demande des professionnels de terrain. « *Nous, dans notre imaginaire ce serait qu'au-delà de la formation tutorat de 4 jours, [...], on pourrait imaginer une sorte d'équipe mobile de tutorat* ». Elle imagine qu'une équipe mobile permettrait de faciliter les accompagnements. Pour illustrer cela, elle nous expose une situation concernant des retours négatifs d'étudiants sur les exigences d'un terrain de stage à leur égard. « *Comment on va emmener ça pour pas braquer les équipes, pour continuer à travailler en partenariat et ne pas couper la dynamique et la communication ?* ». Dans ce cas, l'équipe mobile de tutorat imaginée pourrait intervenir.

- Le trinôme maître de stage, tuteur et formateur

CDS 4 (formatrice) nous parle de la place de médiateur que peut prendre le CDS de proximité entre l'équipe et l'institut de formation. Dans des situations plus simples d'accompagnement, le tuteur peut prendre la main dans le partenariat avec les instituts de formation. CDS 2 (proximité) nous dit ne pas recevoir de façon systématique en entretien les étudiants pour qui le stage se déroule bien. « *Je fais confiance aux référents en ayant quand même un regard sur l'accompagnement. Si je peux je rencontre le formateur qui vient pour l'encadrement clinique, sinon c'est le tuteur qui fera* ». Dans cet exemple, le CDS délègue au tuteur. Elle nous précise rencontrer le formateur avec le tuteur dans les situations plus complexes. « *[...] des fois on se retrouve avec certains étudiants où il faut les voir régulièrement, et essayer de savoir si ce sont des problématiques du service, puisque ça peut arriver aussi, ou si ce sont des problématiques en lien avec l'étudiant. On a déjà avec le tuteur appelé les formateurs* ».

CDS 5 (formatrice) nous informe que dans son établissement la formation tutorat n'est pas ouverte aux CDS. Elle nous dit : « *Il y a une raison pour ça, c'est pour laisser la place aux tuteurs, qui ne sont pas les maîtres de stage, ce sont les cadres qui le sont* ». Sont identifiés ici trois protagonistes dans l'accompagnement des étudiants : le formateur, le maître de stage, et le tuteur. Ce trinôme accompagne les étudiants dans leur professionnalisation. Elle ajoute que pour elle les CDS de proximité ne sont pas toujours assez informés. Elle pense que « *on ne diffuse pas assez d'infos auprès des cadres de santé par rapport au tutorat. Et les tuteurs du coup, peuvent se retrouver en difficulté* ». Quand la situation le nécessite elle nous explique aller à la rencontre de l'équipe. Elle précise : « *On essaie de comprendre ce que l'étudiant a besoin. Les*

équipes, quand je les rencontre, que ce soit cadres ou tuteurs, ils sont partants pour accompagner ». De Oliveira Pinho (2013) confirme qu'il s'agit bien de la coopération de l'ensemble des acteurs du tutorat qui garantit un encadrement de qualité des étudiants.

- L'accueil des étudiants

CDS 7 (proximité) nous dit avoir rencontré des difficultés au sein de son équipe dans l'accueil des étudiants. Plusieurs retours négatifs d'étudiants, et notamment celui d'une étudiante qui s'est mise en arrêt de travail pendant son stage parce qu'elle se sentait mal accueillie, ont été recensés par l'IFSI. En parlant de cette étudiante, CDS 7 (proximité) nous dit : *« Elle avait du mal à trouver sa place au sein de l'équipe. Elle avait l'impression de gêner »*. Elle ajoute avoir été informée par l'IFSI que du fait de ces retours négatifs, une pause sur l'accueil des étudiants infirmiers s'imposait. CDS 7 a donc proposé à une IDE formée au tutorat de devenir référente sur l'unité. *« Elle a pris le sujet vraiment à cœur, construit des outils pour les étudiants, et les a présentés au reste de l'équipe »*. Elle ajoute que : *« L'idée c'est de former le maximum de professionnels à cette formation-là, parce que celles qui y sont allées sont revenues très satisfaites en disant qu'effectivement elles n'encadraient pas bien les étudiants. Elles avaient une méconnaissance en fait du parcours, du référentiel et de l'évolution finalement de la formation. Elles faisaient des demandes aux étudiants qui n'avaient plus lieu d'être finalement, parce que la formation a évolué »*. CDS 7 (proximité) précise bien *« qu'elles n'avaient pas l'impression de mal faire leur travail de tuteur, de référents, d'encadrants. Donc ça les a mis un peu à mal dans leur travail »*. Cette situation montre bien l'importance de la place de l'équipe et des tuteurs dans l'accompagnement des étudiants. Ici la pause des affectations en stage a permis à l'équipe de réfléchir sur ses pratiques, et de les faire évoluer. CDS 7 (proximité) conclue cet exemple par : *« Finalement, je trouve que ça nous a reboosté parce que depuis, on a accueilli de nouveaux des étudiants, et les retours que j'ai de l'IFSI, c'est des retours très très positifs »*.

Nous nous rendons compte à ce stade de l'analyse que la dynamique de coopération encourageant la montée en compétences des étudiants ne se limite pas à la seule coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité. La formation des professionnels de terrain à la fonction de tuteur est une plus-value à cet accompagnement. Nous identifions ici un trinôme important : le formateur, le CDS de proximité ou maître de stage, et le professionnel tuteur. Ils œuvrent tous vers le but commun d'accompagner les étudiants vers la professionnalisation.

Dans le cadre de ce travail de recherche, les entretiens réalisés ont permis de dégager également le rôle de l'encadrement supérieur et la place de l'institution dans cette coopération d'accompagnement de la montée en compétences des étudiants et des professionnels. Nous allons l'évoquer maintenant.

6.3.2 La place de l'encadrement supérieur et de l'institution

- Un « pont de co-construction » entre formation et terrain

CSS 2 (formation) nous dit s'être déjà déplacé à plusieurs reprises sur le terrain. Son but était d'accompagner les équipes qui pouvaient se sentir en difficulté face à certaines situations difficiles d'accompagnement d'étudiants. Il nous parle « *d'un pont de co-construction* » dans la façon de travailler ensemble, en essayant de répondre aux attentes des professionnels de terrain sur la façon de les aider et les accompagner. Il nous dit : « *ils ne sont pas seuls, on est là ! [...] Si on doit arrêter un stage, on n'a pas de problème avec ça ! [...] les professionnels n'ont pas à tout porter* ». Il ajoute que souvent se crée un lien, et que la rencontre est très riche et finie positivement. Comme définit dans notre cadre conceptuel, la co-construction décrite ici permettra aux parties prenantes de s'accorder sur la définition de l'objectif commun, l'élaboration collective d'un accompagnement et la définition du plan d'action (Foudriat, 2019).

CDS 7 (proximité) confirme l'importance de la place du CSS dans la dynamique d'accompagnement de la montée en compétences des étudiants et des professionnels. Elle revient sur la situation d'interruption de stage dans son unité et précise avoir plusieurs fois rencontré la formatrice responsable des stages, dont à deux reprises en présence du CSS du pôle. Le CSS a également participé à des temps d'échanges avec l'équipe, afin de poser des objectifs d'amélioration. « *Au cours d'une réunion de service, on avait mis à l'ordre du jour la prise en charge et l'accueil des étudiants. [...] Donc Mr X, le cadre supérieur est venu. Il a fait un point sur le pourquoi on n'accueillait plus d'étudiants infirmiers et pourquoi il fallait à nouveau en accueillir* ». Il précisa à l'équipe que la direction des soins souhaitait vivement la réintégration d'étudiants infirmiers au sein du service.

Cette problématique d'accueil en stage n'est pas isolée. CSS 2 (formation) évoque le fait que son rôle est de réguler les affectations en stage. Il nous dit sans aucun jugement que : « *C'est souvent, qu'on sent qu'il y a un terrain de stage qui vit une période un petit peu difficile, que ce*

soit en ressources humaines, en termes de professionnels formés au tutorat... On sait que on a cette chance de pouvoir orienter les apprenants sur d'autres terrains de stage et se dire on va laisser peut-être la dynamique d'équipe se réinstaller, que le cadre repose un peu les projets ». Il nous explique que deux formatrices de son équipe sont référentes des affectations des élèves en stage. *« Elles sont peut-être plus aguerries que moi pour savoir si c'est la bonne période ou pas forcément la meilleure pour faire un stage. Et voilà c'est souvent elles qui me le remontent et s'il y a vraiment un sujet, c'est moi qui gère ».* Il précise : *« Les cadres et les cadres supérieurs savent aussi nous dire par exemple lors d'une restructuration, voilà, ce n'est pas trop le moment d'accueillir un stagiaire parce qu'on ne va pas apporter la qualité que l'on aimerait ».* Cet exemple nous montre l'importance du rôle du CSS dans la décision d'affectations ou non d'étudiants sur un lieu de stage. Est pris en compte ici la disponibilité des professionnels, afin de ne mettre personne (soignants et étudiants) en difficulté, ceci favorise les relations de partenariat.

- CSS : son rôle de représentant de l'institution

L'intervention des CSS ne se limite pas à des situations problématiques. Ils ont aussi un rôle de conseil, et de représentants de l'institution. Toujours dans le but d'accueillir au mieux les apprenants, CDS 1 (proximité) nous explique que dans son établissement, un accueil commun est proposé à tous les étudiants débutant un stage. La CSS responsable de faire le lien entre les services et l'IFSI l'anime. Elle nous précise que *« à chaque début de stage, tous les étudiants de l'IFSI de XXX, le lundi matin ont une présentation de l'établissement. Il y a une intervention qui est faite par la CSS et également les ressources humaines. Il y a plein d'informations, sur l'hygiène, sur l'organisation des repas pendant le stage, sur ce que propose l'hôpital... ».* CDS 6 (proximité) évoque aussi la participation institutionnelle de son établissement dans l'accueil des étudiants. Elle précise que cela a été instauré car *« les étudiants avaient du mal à s'intégrer dans les services ».* Elle ajoute que : *« il y a des documents qui ont été faits, recto-verso, avec toutes les infos pour l'étudiant, que ce soit au niveau des repas, au niveau du stage, les soins prévalents... Et tout ça donc ça a été quelque chose de positif ».* Ces deux exemples montrent la volonté des établissements d'accueillir au mieux les apprenants. Il y a donc ici coopération entre établissements de formation et établissements supports. CSS 1 (proximité) nous précise que dans son établissement, à une époque, la direction de l'IFSI contactait directement certains CDS de proximité, pour participer à des jurys de mémoires pour les étudiants infirmiers. Il nous dit que *« [...] ça a duré quelques années, jusqu'à ce que la direction des soins demande à ce*

qu'il y ait une information générale faite aux encadrants volontaires ». L'institution ici s'est positionnée pour ouvrir la coopération au plus grand nombre. « Le directeur des soins de l'époque ici s'est positionné différemment puisqu'il voulait que l'ensemble des cadres y participent, que je trouve très bien ».

- Rôle du CSS dans l'accompagnement de la montée en compétences des professionnels

Concernant la montée en compétences des professionnels, CDS 2 (proximité) nous parle du rôle de la CSS de son pôle qui l'a mise en relation avec des cadres formateurs afin de travailler ensemble sur l'organisation d'une formation continue à destination des professionnels de l'établissement en lien avec une spécificité de son unité de soins. Le CSS a donc été facilitateur pour permettre ce travail coopératif. Une des situations de départ de ce travail porte sur les nouveaux actes AS. CSS 2 (formation) nous explique aller à la rencontre de l'encadrement de proximité afin de présenter le nouveau référentiel AS. « Hier j'étais aux urgences, et j'ai rencontré toute l'équipe avec la cadre de santé, pour justement parler des nouveaux actes, mais aussi de la formation AS et des ponts qu'on pourrait construire pour répondre aussi aux attendus des professionnels. ». Il ajoute être sollicité par les services, en lien avec de récents changements des feuilles de compétences à remplir lors de chaque stage. « On est contacté, on va aller voir et là on essaie d'accompagner ceux qui se retrouvent en difficulté dans le remplissage de ce document ». Il nous confie : « On essaie de réfléchir à comment passer ce message. Il faut qu'on fasse vraiment des points Flash avec des outils sympas [...] ». Il ajoute que pour cela il faut trouver le bon moment, et que ça ne mobilise pas trop de temps. Ces deux exemples nous montrent l'implication de l'encadrement supérieur dans l'accompagnement du développement des compétences des professionnels, et les liens qu'ils créent entre terrain et formation.

- L'engagement institutionnel

La majorité des cadres interviewés évoquent les réunions institutionnelles d'encadrement. Le choix des établissements concernant l'organisation de ces réunions peut jouer un rôle dans la facilitation ou non du travail en coopération des CDS. CSS 1 (proximité) nous précise que dans son établissement, il n'y a pas de CSS à l'IFSI. « Il y a la directrice et les cadres référents de promotion ou référent sur les thématiques bien spécifiques, donc du coup il n'y a pas de CSS qui participe par exemple à nos réunions direction ». Il ajoute que par contre, les cadres formateurs sont invités tous les deux mois aux réunions d'encadrement élargies, ainsi qu'à la

commission des soins et à des instances comme le CLUD³⁴. CDS 3 (formatrice) précise que les réunions d'encadrement sont une fois sur deux à destination des CDS de proximité, animée par la direction des soins, et la deuxième fois à destination de tous les cadres de l'établissement (administratifs, services techniques, CDS...) animée par la direction des ressources humaines. Elle précise ressentir « *un petit clivage là aussi* ». CDS 5 (formatrice) nous confie : « *moi je n'y vais plus en réunion cadres... pour dire que je m'éloigne du terrain ! [...] Je ne me sens plus concernée. Avant, systématiquement, quand je suis arrivée, systématiquement, il y avait un point formation. [...] ça s'est arrêté* ». Elle précise trouver cela dommage.

CDS 3 (formatrice) nous explique que la nouvelle directrice des soins de son établissement envisage « *qu'à chaque réunion des cadres de santé, il y ait un point à l'ordre du jour qui relève de l'IFSI* ». Concernant les habitudes institutionnelles du deuxième établissement représenté dans cette analyse, CDS 8 (formatrice) nous informe participer tous les mois aux réunions d'encadrement. Elle nous dit : « *[...] c'est essentiel pour moi que je sois présente à ces réunions pour pouvoir entendre les projets de l'établissement, [...], je peux peut-être aller à la rencontre de telle ou telle unité de soins pour dire qu'on peut travailler ensemble sur ce projet-là* ». Elle ajoute que ces temps lui permettent de créer un réseau de travail. L'objectif « *d'institutionnaliser ces espaces de discussions* » permet de rendre visible les problématiques, de les atténuer à travers leur mise en discussion, et de travailler ensemble à l'élaboration de plans d'action. Inscrite dans le long terme, cette dynamique permet la construction de la confiance, et de la reconnaissance des compétences de chacun. (Conjard & Journoud (2013) citant Detchessahar et al., (2009).

La montée en compétences des étudiants et des professionnels mobilise donc de nombreux protagonistes. Une coopération élargie se dessine entre CDS formateurs, CDS de proximité, mais également avec les équipes, les tuteurs de stage, et les CSS. Cette coopération est portée par les choix institutionnels.

Dans cette analyse où l'étudiant est considéré comme le principal trait d'union entre les CDS formateurs et les CDS de proximité, la montée en compétences des professionnels y trouve

³⁴ Comité de lutte contre la douleur

également une place importante. Nous nous intéressons dans la suite de ce travail d'analyse à l'accompagnement des professionnels au profit de leur montée en compétences.

6.4 La FC : accompagner la montée en compétences des professionnels

Le développement des compétences des professionnels représente un enjeu majeur afin d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en soins des patients. La formation continue est l'outil permettant d'y accéder. Une des missions des CDS de proximité est d'évaluer les besoins en formations des agents. Les CDS formateurs eux se doivent d'accompagner les équipes sur ce chemin.

6.4.1 Evaluer les besoins en formation

- Les demandes de l'institution

CSS 1 (proximité) évoque les demandes de l'établissement concernant la montée en compétences des professionnels. *« A la demande de l'établissement, c'est souvent l'IFSI qui répond à des appels à projets sur la possibilité de développer telle ou telle formation et être centre formateur. [...] Et puis il y a aussi des demandes de la direction des soins. Je prends l'exemple des aides-soignants, pour ceux qui sont diplômés avant 2005, qui n'avaient pas le droit de prendre des tensions. Voilà donc maintenant il y a des sessions de formation qui se mettent en place »*. Dans cet exemple un besoin en formation a été identifié par la direction des soins. CDS 5 (formatrice) confirme la place de l'institution dans l'évaluation des besoins en formation. Elle nous dit n'avoir jamais organisé de formation à la demande d'un service de soins, la demande vient toujours du centre hospitalier. Elle nous précise : *« On va monter deux formations à la demande du centre hospitalier : formation « se sensibiliser à la prise en soin des personnes âgées », et une formation « Pression artérielle »*. Pour la première, elle se questionne sur le fait de faire appel à des CDS de proximité d'EHPAD³⁵. *« Ce serait plus que bénéfique [...] parce qu'on serait au plus près des besoins des agents. C'est sûr, c'est une plus-value [...] »*. Elle ajoute en revenant sur ses représentations du métier de CDS de proximité que : *« On a tellement l'impression [...] que les cadres sont tellement débordés qu'on n'est pas sûr qu'ils aient le temps pour cela »*.

³⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- L'entretien annuel

L'ensemble des CDS de proximité interrogés nous disent évaluer les besoins en formation des professionnels lors des entretiens annuels. L'entretien annuel, légiféré³⁶ et obligatoire, est un temps de dialogue qui permet de repérer et formaliser les besoins en formation des agents. CDS 2 (proximité) nous dit : « *Pendant les entretiens annuels, il y a une partie sur la formation. Moi je cible les formations obligatoires, mais je prends aussi note de toutes les formations non obligatoires que les professionnels demandent* ». CDS 6 affirme : « *C'est important de suivre les formations obligatoires. Après ce qui est important aussi c'est de voir un peu les appétences de chacun, de voir si on a des gens qui seraient peut-être doués sur la communication, d'autres ce serait plus sur les soins palliatifs et en fonction les mettre référents* ». Elle ajoute qu'accompagner les agents dans des missions spécifiques est important. Elle considère la formation continue comme une valorisation de l'implication des agents. « *Il faut repérer les personnes ressources suivant les spécificités. On ne peut pas envoyer tout le monde à tout, on n'a pas les moyens, mais au moins quand on a vraiment quelqu'un qui est motivé, qui est moteur, qui s'implique déjà au niveau institutionnel sur les réunions, on a envie de l'envoyer encore pour qu'il continue à progresser* ». CDS 7 (proximité) dit : « *Au cours de l'entretien annuel de formation, l'entretien professionnel, elles me font part de leurs souhaits de formations. [...] Parfois quand elles ne font pas spécialement de choix de formation, je les dirige, les aiguille un petit peu quand même sur ce que je pense qu'elles pourraient faire* ».

Ces temps d'échanges permettent de recenser les demandes spécifiques des agents, mais aussi de les orienter. CSS 1 (proximité) nous explique recevoir suite à la réalisation des entretiens annuels des agents réalisés par les CDS de son équipe les souhaits de formation recensés. « *Toutes les demandes je les épiluche, je les parcours parce que j'aime bien voir ce que les agents demandent [...]* ». Il ajoute que pour engager la réflexivité des agents, il encourage les demandes de formation continue. « *J'invite vraiment les professionnels, de manière générale, et je le dis aussi aux cadres, je ne censure pas les demandes de formation. [...] Je trouve intéressant aussi que l'agent par lui-même cherche à aller faire une formation dans son domaine de prédilection à partir du moment où ça répond à des objectifs de service, à un projet médical... Et pour les cadres c'est pareil* ».

³⁶ Décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière

- L'évaluation des besoins à la prise de poste

CDS 2 (proximité) nous parle de chaque prise de poste comme un moment clé pour faire le point sur le parcours en formation des professionnels. *« A chaque prise de poste je fais un point sur les formations obligatoires que les professionnels ont suivi. Donc je mets en place un tableau, qui n'est pas forcément toujours mis à jour par manque de temps [...] »*. CDS 6 (proximité) confirme l'importance de cet état des lieux lors d'une prise de poste : *« Par exemple là je viens d'arriver dans le service, donc je vais utiliser le logiciel Gestform³⁷ dans un premier temps. Je vais faire le point des formations qu'elles ont eu ou pas eu. Et comme je viens d'arriver j'aurais voulu les voir individuellement chacun »*. Lors de sa prise de poste, CDS 7 (proximité) a identifié un besoin en formation de son équipe : *« Je trouvais qu'il y avait un manque de formation sur le sujet de la prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent. [...] Je voyais qu'elles étaient en difficulté, quand on avait en charge des adolescents notamment pour des syndromes dépressifs, tentatives de suicide. Voilà surtout qu'on en a eu beaucoup au post-confinement post-COVID »*. Après échanges en équipe pluriprofessionnelle, CDS 7 (proximité) a identifié l'envie des professionnels à se former sur le sujet. *« C'est un point que j'ai mis en projet de service en 2022 validé par le cadre sup »*. Les agents ont donc participé en binôme à une formation sur cette thématique. Elle ajoute avoir remarqué aussi que l'évaluation du risque suicidaire à l'accueil des patients n'était pas réalisée. *« On a une fiche spécifique sur le logiciel de soins qui sert à évaluer l'urgence, la dangerosité, et le risque suicidaire. Et j'avais remarqué que systématiquement cette fiche, elle était vide, elle n'était jamais remplie. [...] Et en questionnant l'équipe, je leur ai demandé, pourquoi vous ne remplissez pas cette fiche ? Bah parce qu'on ne sait pas à quoi ça sert... On ne sait pas comment la remplir, on ne sait pas pourquoi elle a été mise en place »*. Parallèlement à la formation en lien avec le projet de service, elle nous informe : *« j'ai demandé à la cadre qui était référente sur le suicide de venir dans le service faire une formation interne à l'équipe. Voilà donc elle est venue avec une de ses infirmières. Et elles ont formé l'équipe »*.

³⁷ Outil numérique permettant de dématérialiser l'entretien auprès des cadres, de recueillir les besoins de formation, de consulter le parcours de formation des agents, d'inscrire les agents en formation.

- La survenue d'un évènement indésirable

Les besoins en formation peuvent également être identifiés suite à la survenue d'un événement indésirable. CDS 7 (proximité) nous explique : « *Là, on est en train de travailler actuellement sur une formation entre la pédiatrie et la maternité [...]. Ça fait suite à un dysfonctionnement, la déclaration d'un événement indésirable* ». Elle nous précise que cette formation sera réalisée en interne, avec une pédiatre. « *On s'est rendu compte en fait que le manque de pratique fait que ça génère beaucoup, beaucoup d'angoisse en lien avec la méconnaissance de l'organisation de la salle de naissance, où se trouve le matériel, qui fait quoi ? [...] On peut faire des formations en interne puisque on a des pédiatres qui sont tout à fait capables de faire des formations* ». CDS 7 (proximité) évoque à deux reprises les formations proposées en interne. CDS 1 (proximité) également : « *Quand j'étais dans mon ancien service, on a fait des formations avec le chef de service, sur des pathologies spécifiques et la prise en charge. Donc on le faisait pour le service en interne* ». CDS 2 (proximité) le notifie aussi : « *Il y a toutes les formations internes qu'on organise dans le service, les équipes sont pas mal en demande de formations internes réalisées par les médecins. C'est simple. On essaie de les mettre en place. [...] En médecine interne, on avait mis ça en place une fois par mois* ». CDS 8 (formatrice) évoque le fait que les CDS de proximité ne pensent pas coopérer avec les CDS formateurs pour accompagner le développement des connaissances, peut être par méconnaissance de leurs missions : « *Les cadres de santé de proximité ont tendance peut-être à oublier qu'ils peuvent faire appel à nous pour les accompagner à développer les compétences* ».

Evaluer les besoins en formation est indispensable pour accompagner les professionnels dans le développement de leurs compétences. Ce recensement s'effectue d'une part par l'institution, et d'autre part par les CDS de proximité à des moments clés, tels que les entretiens annuels, leur prise de poste, mais aussi suite à la survenue d'un événement indésirable. Ils sont attentifs au sujet, en priorisant les formations obligatoires. Ils privilégient les formations en interne, et n'ont pas forcément le réflexe de faire appel à des CDS formateurs pour les accompagner dans cette démarche de développement des compétences.

Comment les CDS formateurs peuvent-ils créer du lien avec le terrain et ainsi promouvoir le développement des compétences des professionnels ? Nous allons l'identifier dans la suite de l'analyse.

6.4.2 Aller vers le terrain : communiquer, créer du lien, accompagner et valoriser la montée en compétences

- Présenter ses missions et communiquer

CDS 8 (formatrice) évoque le fait qu'aller vers les professionnels du terrain fait partie de ses missions. Elle nous dit : « *La communication, d'aller à la rencontre des cadres de santé, des cadres de santé supérieurs, des responsables de formation continue des établissements... ça fait partie vraiment intégrante de ma fonction, pour présenter mes missions et dire que ça existe et dire qu'on peut accompagner les cadres de santé dans le développement des compétences des professionnels* ». CDS 1 (proximité) nous explique que les cadres de proximité de sa structure ont été invité à l'IFAS pour une présentation par les formateurs du nouveau référentiel de formation. « *Il y a eu un temps où ils avaient invité les cadres. Ils nous ont présenté la nouvelle formation AS* ». Ces deux exemples montrent que les CDS formateurs vont à la rencontre du terrain, soucieux de présenter leurs missions et les nouveautés en lien avec la formation. CDS 4 (formatrice) le confirme en précisant que : « *Le cadre de proximité il vient nous chercher quand il a besoin en fait, pour des suivis d'étudiants le plus souvent. [...] Nous on ne vient pas parce qu'ils ont besoin de nous, c'est dans nos missions [...]* ». CDS 8 (formatrice) nous dit présenter ses missions plus particulièrement à l'encadrement supérieur. « *Je les rencontre, je leur présente mes missions, je repère aussi leurs besoins. Et je formule du coup des propositions de dispositifs de formation type, ou pour valoriser les actions déjà entreprises au sein des services* ». Elle ajoute que « *[...] la coopération avec le cadre de terrains demande quand même beaucoup de présentations, de contacts, d'échange de mails, pour décloisonner les deux lieux pour les étudiants ou pour les professionnels de santé. C'est plus la formation qui va vers le terrain que l'inverse* ».

- Valoriser les compétences

CDS 2 (proximité) nous expliquait avoir été mise en relation sur un projet de formation avec des CDS formateurs par l'intermédiaire de la CSS de son pôle. Elle nous explique que l'objectif de cette rencontre est « *de pouvoir mettre en place une formation DPC³⁸, et valoriser ce qui est fait dans notre service* ». Elle ajoute que cette formation serait proposée aux professionnels de l'établissement, mais aussi aux professionnels extérieurs. « *Parce que on travaille pas mal avec*

³⁸ Développement Professionnel Continu

les SSR³⁹. On voit qu'il y a des fois des refus de prise en charge parce que ces soins spécifiques ça fait peur. [...] Ce serait animé par une spécialiste de mon service ». Elle exprime qu'il s'agit d'un beau projet, « une véritable plus-value pour le service et pour les patients ». Elle précise que « là c'est vraiment de la coopération, puisque monter une formation, nous on ne sait pas le faire. Monter le dossier DPC, on n'irait pas le faire, on n'aurait pas le temps de le faire ».

- La formation In Situ

CDS 6 (proximité) évoque la coopération, à sa demande, entre elle et des cadres formateurs concernant la notion de collaboration IDE/AS au sein de son unité. Elle nous explique avoir constaté lors de sa prise de poste dans ce service que le travail en binôme IDE/AS n'était pas installé. De ce constat elle a sollicité les CDS formateurs. « Les formatrices sont venues sur place. Elles sont venues voir comment ça fonctionnait, elles observaient. [...] Moi je leur ai expliqué ce qui n'allait pas et elles ont créé une formation. Elles ont monté une formation en fonction de nos problématiques, pour essayer d'y remédier ». CDS 6 (proximité) souhaitait avoir un avis extérieur sur la situation et précise que l'équipe a très bien vécu la visite des formatrices. « Il y a un problème effectivement, une problématique, mais on essaie de trouver des solutions. En fait, on ne nous pointe pas du doigt, on ne nous sanctionne pas ». Une formation In Situ a été réalisée par la suite et proposée à l'ensemble des services du pôle. La formation in situ est une méthode permettant de faciliter l'articulation des liens entre les contenus théoriques et la pratique (Plante & Catalan, 2018). L'expérience de terrain favorise les apprentissages.

- Créer un réseau

CDS 3 (formatrice) met en avant l'importance de se créer et d'entretenir un réseau. Elle nous explique que plusieurs CDS formatrice de l'IFSI où elle exerce animent la formation tutorat au sein de leur établissement. Elle nous dit : « Mais on participe tous dans l'équipe à la formation tutorat. C'est à tour de rôle qu'on intervient pour animer les séquences en fait. Ça nous permet de rencontrer les acteurs du terrain, et qu'eux nous connaissent ». CDS 8 (formatrice) met en avant que sa participation aux réunions d'encadrement favorise le développement du réseau professionnel. Pour susciter les demandes, elle nous précise « On présente à l'encadrement, nos missions et à l'issue on est contacté par les cadres de santé ou les cadres de santé supérieurs

³⁹ Soins de Suite et de Réadaptation

pour venir faire une présentation en réunion d'encadrement. [...] Suite à notre dernière intervention, il y a une CSS du pôle mère-enfant qui nous a contacté. On a organisé une rencontre avec les CDS de son équipe, par rapport à leurs projets de formations. Elle a souhaité une rencontre et qu'on puisse du coup faire le point sur ce qu'on pourrait faire, et comment on pourrait les accompagner ». Le réseau professionnel s'édifie sur la relation humaine. Une relation de confiance réciproque s'installe rendant possible le travail en coopération. Cette relation développe un partenariat qui permettra d'instaurer des liens de coopération entre les parties prenantes (Dumont, 2020). CDS 8 (formatrice) confirme l'importance du réseau professionnel. Elle évoque une situation où le réseau lui a permis de coopérer et ainsi mettre en œuvre et la valoriser une formation In Situ. Elle évoque un projet pour lequel elle a été contactée par une CSS. « Je connais la CSS, on a travaillé ensemble. C'est elle qui est venue vers moi pour savoir s'il y avait possibilité de valoriser un dispositif de formation au sein de son pôle, et on a travaillé ensemble [...] ».

- L'Analyse des Pratiques Professionnelles

Suite à l'exemple précédent, CDS 8 (formatrice) précise : « on a monté une formation au format DPC ». Elle ajoute que les agents ont reçu la formation théorique, et qu'au bout de six mois ils participeront à une séquence d'APP. « C'est ce qui est demandé dans la méthodologie HAS et dans la méthodologie et les attentes de l'ANDPC ». Cette situation décrite met en avant l'intérêt des APP, permettant aux professionnels de réfléchir ensemble sur leurs pratiques et ainsi développer leur réflexivité au profit de leur montée en compétences. CDS 5 (formatrice) nous dit que « Je suis formée à l'APP, j'en ai fait beaucoup. [...] J'en étais arrivée à la conclusion qu'il faut en inclure dans nos formations. Je pense à faire venir des tuteurs pour animer avec moi des APP pendant la formation tutorat ». Elle souhaite créer du lien avec des professionnels métiers afin d'accompagner les stagiaires. Cet exemple nous montre l'intérêt pour le développement des compétences des professionnels de la coopération entre terrain et formation. CDS 8 (formatrice) nous dit « Je voudrais développer la réalisation d'APP dans les services, pour les équipes ou avec les cadres [...] ». Robo (2023) affirme que l'analyse des pratiques professionnelles initialement pensée au service de l'individu produit aussi des effets bénéfiques sur l'accompagnement et le développement professionnel des collectifs. Les APP favorisent la co-réflexivité, permet de s'ouvrir au dialogue professionnel. Se joue aussi un sentiment mutuel de sécurité, parce que le collectif se connaît mieux, se parle, se comprend. Les APP peuvent donc également servir au développement de l'intercompréhension.

- Coopérer avec le terrain pour l'ingénierie de formation

Nous avons analysé à plusieurs reprises les demandes du terrain auprès des formateurs concernant la mise en place d'actions de formation. Les formateurs eux aussi peuvent être à l'origine de demandes spécifiques auprès des services. Concernant la formation nouveaux actes AS, CDS 8 (formatrice) nous explique avoir sollicité le terrain. Elle nous dit : « *Pour la formation aux nouveaux actes AS, on a sollicité le terrain pour pouvoir tester et expérimenter notre dispositif auprès des agents : pour avoir un retour et également pouvoir avoir des images, des photos, des illustrations, des vidéos de certains actes* ». Elle précise que dans ce projet il y a eu plusieurs rencontres avec les professionnels du terrain, elle a pu formuler ses besoins, et échanger sur le format hybride de la formation. « *C'est une formation professionnelle qui permet de réajuster les compétences des aides-soignants au niveau de la légitimation, comme il y a eu un changement dans la législation. C'est harmoniser les pratiques professionnelles au sein des équipes. Donc les cadres de santé ont été réceptifs à la proposition et ensuite très engagés pour inscrire les agents à cette formation* ». CDS 8 (formatrice) s'est appuyée sur le retour des agents ayant testé le prototype, ce qui lui a permis d'y apporter des axes d'améliorations et de répondre au plus près aux besoins du terrain.

La coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité ressort comme essentielle pour accompagner le développement des compétences des professionnels par le biais de la formation continue. Créer et entretenir un réseau professionnel entre terrain et formation favorise cette dynamique coopérative. Cette approche permet d'ajuster les formations aux réels besoins des professionnels. L'utilisation des APP lors des formations, encouragée par les CDS formateurs, favorise la réflexivité des agents sur leurs pratiques professionnelles, leur permettant ainsi de développer leurs compétences. Les APP favorisent la co-réflexivité et permettent le dialogue professionnel.

Cette analyse va maintenant nous permettre de croiser les données recueillies et de les mettre en corrélation avec les hypothèses formulées au début de ce travail.

7 La discussion et la confrontation des hypothèses

Les données empiriques recueillies par le biais des entretiens semi-directifs nous permettent d'apporter des éléments de réponse en lien avec la problématique de ce travail de recherche qui est de savoir comment optimiser la coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs dans le but d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des apprenants.

Nous allons maintenant confronter les résultats de notre analyse aux trois hypothèses posées précédemment.

Hypothèse 1 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience pour favoriser l'intercompréhension.

Les données recueillies ont pu mettre en évidence l'importance de l'intercompréhension sur la qualité de la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité. L'analyse révèle qu'il existe beaucoup de non connaissance et d'interprétations des missions de chacun, ce qui peut créer un frein à cette coopération. Des temps d'échanges et de partages d'expériences sont plébiscités afin d'améliorer la connaissance des missions de chacun et ainsi favoriser la légitimité de tous. Consolider le lien entre terrain et formation permet de favoriser le développement des compétences des agents et des étudiants.

Hypothèse 2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages.

Les données recueillies ont pu mettre en évidence comme objectif partagé entre CDS formateurs et CDS de proximité, celui d'accompagner les professionnels et les étudiants dans le développement de leurs compétences et leur professionnalisation. Pour cela, ils coopèrent afin d'adapter au mieux les environnements de travail et de formation, les rendant le plus possible propices aux apprentissages. La formation des professionnels au tutorat permet de mettre en œuvre un environnement favorable aux apprentissages pour les étudiants. Coopérer entre CDS formateurs et CDS de proximité dans le but de proposer des actions de formations spécifiques à une équipe ou à un besoin particulier permet de mettre en œuvre un environnement de travail propice au développement des compétences professionnelles.

Hypothèse 3 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences

Les données recueillies ont pu mettre en évidence que la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité permet de faire le lien entre la théorie et la pratique. Chacun construit cette coopération avec ses propres compétences, créant ainsi un socle de compétences collectives qui optimisera l'accompagnement de la montée en compétences et la professionnalisation des agents et des étudiants. L'analyse nous montre que cette coopération est élargie aux tuteurs, aux CSS et à l'institution. CDS formateurs et CDS de proximité font le lien entre tous. Leur coopération est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences

Au regard des entretiens réalisés, les trois hypothèses sont validées.

L'analyse et la discussion me permettent d'apporter des éléments de réponses à ma problématique. Il semble donc que pour optimiser la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité il soit important de créer et formaliser des temps d'échanges et de partages d'expériences afin de favoriser la communication et de créer du lien entre le terrain et la formation. L'institution a un rôle à jouer dans cette dynamique. Ces temps permettraient d'apprendre à mieux connaître les missions de chacun, d'échanger sur des projets, de travailler ensemble sur la résolution de problématiques, de créer un partenariat. Le but commun à tous est d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des étudiants. L'optimisation de cette coopération permettra également de proposer aux patients des prises en soins de qualité.

Ce travail de recherche m'amène à réfléchir sur ma projection professionnelle. Il m'a permis d'enrichir mes connaissances sur les concepts d'accompagnement, de compétence et de coopération. Mon expérience professionnelle passée en tant que FFCS formatrice puis FFCS de proximité me permet de me projeter dans les deux fonctions. Je vais le développer maintenant.

8 Ma projection professionnelle

Ce travail a été très enrichissant sur le plan professionnel mais également personnel. Les rencontres effectuées lors des entretiens m'ont permis de mieux appréhender les liens qui existent entre la formation et le terrain, ainsi que les attentes des uns et des autres dans le but de renforcer une coopération.

Je ne connais pas encore quelle sera mon affectation en tant que CDS. Que je sois CDS formatrice ou de proximité je souhaite optimiser la coopération entre les deux fonctions, et ainsi créer un partenariat qui permettra d'accompagner au mieux le développement des compétences des professionnels et des étudiants. A mon sens, les missions de CDS de proximité et de CDS formateur sont étroitement liées, raison pour laquelle je souhaite renforcer le décloisonnement entre les deux fonctions. Le but ultime est de proposer aux patients une prise en soin de qualité.

J'ai la chance d'avoir pu exercer en tant que FFCS formatrice et FFCS de proximité, ce qui me permet d'avoir une connaissance détaillée des missions de chacun et d'être sensibilisée au fort intérêt de travailler ensemble. Mon année de formation à l'IFCS, les stages réalisés me permettent de développer des compétences tant managériales que pédagogiques. Je vais donc m'appuyer sur ces expériences ainsi que sur les résultats obtenus lors de ce travail de recherche pour me projeter professionnellement dans chacune des deux fonctions.

8.1 Ma projection professionnelle en tant que CDS formatrice

Au sein de l'établissement qui m'accompagne dans la réalisation de mon projet professionnel s'offre à moi la possibilité de travailler à l'Institut de Formation des Professionnels de Santé en tant que CDS formatrice, soit auprès des étudiants infirmiers et des élèves AS, soit auprès des professionnels de santé par le biais de son équipe de FC. Dans cette projection, je souhaite devenir une CDS formatrice qui s'adapte aux différents apprenants dans le but d'accompagner le développement de leurs compétences.

8.1.1 Une CDS formatrice qui crée ou entretient un partenariat avec le terrain

Il ressort comme élément saillant de cette étude la nécessité de favoriser l'intercompréhension entre CDS formateurs et CDS de proximité, et ainsi déconstruire les représentations existantes pour optimiser la coopération entre eux. Décloisonner permettrait de renforcer les compétences des étudiants et des professionnels en favorisant les liens entre la théorie et la pratique. A mon sens, pour réaliser cela, il est important de renforcer le partenariat entre les instituts de formation et les unités de soins. Pour ce faire, à ma prise de poste, j'envisage d'aller à la rencontre des CDS de proximité responsables des secteurs d'activités avec lesquels je serai susceptible de travailler. Il me semble indispensable de me présenter à eux, d'évoquer mon parcours professionnel, de leur présenter mes missions et mes valeurs soignantes. Ce moment clé permettra de poser les bases d'une coopération nouvelle, éventuellement de construire ensemble une charte de fonctionnement, et ainsi instaurer une relation de confiance et d'intercompréhension. Je souhaite être disponible et réactive pour faire vivre cette coopération, et ne pas attendre qu'une situation se passe mal pour se rencontrer.

Dans l'analyse de ce travail de recherche ressort également l'importance de créer un réseau. Pour cela, il me semble primordial en tant que CDS formatrice de participer aux réunions institutionnelles mensuelles, pratique autorisée dans l'établissement où j'exerce, afin de garder contact avec les professionnels de terrain. Participer à ces réunions animées par la direction des soins me permettra de me tenir informée sur les projets institutionnels mais également de maintenir un lien régulier avec les CDS de proximité. Ces temps peuvent également permettre de présenter des informations relatives à la formation à l'ensemble des CDS de proximité.

J'ai eu la chance, lors de mon exercice en tant que FFCDS formatrice en IFAS, d'organiser à plusieurs reprises des temps d'échanges avec des professionnels de terrains (CDS de proximité maîtres d'apprentissage) ainsi que les représentants de leurs établissements engagés dans l'accompagnement d'élèves AS en formation par apprentissage. M'appuyant sur cette expérience professionnelle et sur les résultats observés sur la qualité de l'accompagnement des élèves, il me semble important en tant que CDS formatrice de continuer à proposer des temps d'échanges. La formation de CDS et ce travail de recherche m'amènent à me projeter dans la réalisation d'APP entre les différents acteurs engagés dans l'accompagnement des étudiants, et

également entre CDS formateurs et CDS de proximité. Cette dynamique engage la réflexivité de chacun, mais aussi la co-réflexivité, et favorise les liens et consolident le partenariat.

La place des tuteurs de stage dans une coopération au profit de la montée en compétences des étudiants a été identifiée dans l'analyse des entretiens réalisés. En tant que CDS formatrice, il est primordial de favoriser les liens avec ces professionnels.

8.1.2 Une CDS formatrice qui favorise les liens avec les tuteurs de stage

Le tutorat est un dispositif indispensable pour favoriser le transfert de connaissances. Il ressort de l'analyse de ce travail que les tuteurs de stage représentent un des maillons essentiels dans la chaîne d'accompagnement des étudiants vers leur professionnalisation. J'ai eu l'opportunité lors de mon exercice en tant que FFCS en FC de coanimer des sessions de formation à destination des tuteurs de stage. Cette expérience m'a permis de créer du lien de comprendre leurs attentes envers les instituts de formation. Il me semble primordial en tant que future CDS formatrice de faire vivre ce lien. Ce travail de recherche, mon année de formation et les stages réalisés m'encouragent à valoriser le trinôme maître de stage/tuteur /formateur. Pour cela, je me rendrai disponible pour répondre aux éventuelles sollicitations des tuteurs et des maîtres de stages, irai à leur rencontre, de façon programmée et anticipée, lors de mes visites sur les terrains de stage.

Lors de ma prise de poste, il me semble important d'identifier les tuteurs de stage des secteurs dont je serai amenée à être référente, et de les rencontrer. Réalisé conjointement à la rencontre de leur CDS de proximité, ce temps serait propice aux échanges. Il favoriserait la création d'un climat de confiance facilitant ainsi la communication et les futurs échanges. Il permettrait également de poser les règles de fonctionnement de chacun et de présenter les outils du tutorat existants, et pourquoi pas de coopérer pour en créer si besoin. Cette rencontre développerait également mes connaissances concernant les spécificités liées à leur secteur d'activité et me permettrait d'entrevoir la dynamique de leur service en lien avec le tutorat. Tout cela m'aiderait à adapter l'accompagnement des stagiaires dans la préparation de leur stage, comme par exemple pour l'élaboration de leurs objectifs.

L'IFPS de mon établissement propose aux agents formés au tutorat une rencontre annuelle. Il me semblerait intéressant lors de cette demie journée de réaliser des temps d'APP, favorisant ainsi leur réflexivité, ce qui leur permettrait de faire évoluer si besoin leurs pratiques en termes de tutorat, ou au contraire de confirmer la qualité de leur accompagnement.

Au sein de mon établissement, la formation tutorat est proposée aux professionnels paramédicaux, mais pas aux CDS. Il serait intéressant de réfléchir entre CDS formateurs de la pertinence ou non à organiser une formation dédiée aux CDS de proximité en lien avec leur fonction de maître de stage.

Dans le but d'accompagner la montée en compétences de tous, en tant que CDS formatrice, en collaboration avec mes pairs et l'encadrement supérieur, il me faudra évaluer les besoins en formation des professionnels.

8.1.3 Une CDS formatrice qui s'adapte aux besoins des étudiants et des professionnels

Le concept d'accompagnement décrit dans le cadre conceptuel de ce travail m'amène à me projeter en tant que CDS formatrice ayant une posture favorisant la création d'un environnement propice aux apprentissages pour les étudiants et les professionnels en quête de développement de leurs compétences et de professionnalisation. Lors de cette année de formation à l'IFCS, j'ai eu l'opportunité d'obtenir le DU FMPI⁴⁰, axé sur la simulation en santé et les méthodes pédagogiques adressées aux adultes. Poser un contrat pédagogique permet d'instaurer une relation de confiance, de formaliser les attendus de chacun, et favorise ainsi l'acquisition ou la consolidation des apprentissages. A mon sens, le contrat pédagogique permet de sécuriser l'apprenant dans son cursus de formation.

En tant que future CDS formatrice en formation initiale, il serait primordial que je maîtrise le référentiel de formation en lien avec la filière où je peux être affectée. Je souhaite avoir un rôle de facilitateur pour accompagner les étudiants jusqu'à leur diplomation, leur permettant d'être acteurs de leur formation. L'entretien pédagogique est un outil essentiel dans

⁴⁰ Diplôme Universitaire de Formation aux Méthodes Pédagogiques Innovantes

l'accompagnement des étudiants, qui permet une individualisation de sa formation, et dans lequel je crois beaucoup. Ce temps d'échanges clé permet de poser des objectifs à l'apprenant, d'entendre ou de repérer ses besoins, et de créer un lien de confiance. Mon rôle sera aussi de les évaluer tout au long de leur cursus théorique, l'évaluation faisant partie intégrante du processus d'apprentissage. Concernant l'évaluation des pratiques en stage, le travail en coopération et la confiance envers les équipes du terrain est indispensable. L'analyse réalisée dans ce travail montre que parfois les professionnels de terrain ne se sentent pas entendus par les professionnels de la formation. En tant que CDS formatrice je souhaite donner de l'importance à la voix du terrain, et me rendre disponible pour les accompagner si besoin dans la non validation d'un stage. Cela se programme, chacun étant happé par d'autres préoccupations.

En tant que future CDS formatrice en FC, mon rôle serait de repérer les besoins en formation des professionnels de terrain et d'y répondre en organisant des formations adaptées à la demande. Pour cela je souhaite mettre en place un accompagnement bienveillant et propice au renforcement de leurs compétences professionnelles et au développement de leur posture réflexive. Il me semble indispensable de concevoir des formations permettant aux professionnels de développer de nouvelles compétences en lien avec le soin, mais il me paraît tout aussi primordial de leur proposer des formations en lien avec le bien-être et la qualité de vie au travail. Des thématiques comme « la gestion du stress » ou « donner du sens à sa pratique professionnelle » peuvent à mon sens permettre aux professionnels de développer des compétences en ce sens. La coopération avec les CDS de proximité, qui connaissent les besoins spécifiques des professionnels, est indispensable. La demande peut venir d'eux, et je dois me montrer disponible pour répondre à leurs sollicitations, cela faisant partie intégrante des fonctions du CDS formateur en FC. Dans l'impossibilité de me rendre disponible, je m'appuierai sur le collectif CDS formateurs dans lequel je travaillerai.

S'adapter aux besoins des apprenants pour les accompagner dans le développement de leurs compétences techniques et relationnelles est indispensable pour proposer aux patients des soins de qualité. Que ce soit en formation initiale ou en formation continue, j'ai à cœur de leurs transmettre les valeurs soignantes qui m'animent.

Les qualités professionnelles indispensables à la fonction de CDS formateur sont pour moi dans l'ensemble transférables à la fonction de CDS de proximité. Je vais me projeter maintenant dans cette fonction.

8.2 Ma projection professionnelle en tant que CDS de proximité

L'établissement qui m'accompagne dans la réalisation de mon projet professionnel peut me proposer également un panel varié d'unités de soins dans lesquelles je peux me projeter en tant que CDS de proximité. Dans cette projection je souhaite devenir une cadre de proximité favorisant les liens de partenariat avec les instituts de formation, impliquée dans l'accompagnement des étudiants, et investie auprès des professionnels de mon équipe pour les accompagner dans le développement de leurs compétences professionnelles.

8.2.1 Une CDS de proximité qui crée ou entretient un partenariat avec les instituts de formation

Du fait de mon expérience professionnelle, je suis sensibilisée à l'importance de la coopération entre les unités de soins et les instituts de formation. Cette identité professionnelle me permet de connaître les missions de chacun, ce qui est un levier favorisant la communication et le travail en coopération. En tant que future CDS de proximité, je souhaite créer ou entretenir un partenariat entre le service dont je serai responsable et les instituts de formation. Pour ce faire, je me rendrai disponible pour répondre aux sollicitations des formateurs, et favoriserai leur venue dans le service dès que cela sera préconisé. Connaissant leurs missions, je n'hésiterai pas non plus de mon côté à les solliciter dès que nécessaire, comme par exemple pour informer les agents sur de nouvelles modalités d'évaluations des étudiants. Cette disponibilité s'anticipe et se programme. En cas d'indisponibilité, je délèguerai cette mission aux tuteurs.

Lors de ma prise de fonction, il me semble indispensable de rencontrer les formateurs référents des stages effectués dans mon service. Je souhaite partager avec eux mes valeurs soignantes, découvrir les leurs et créer un climat de confiance. Ces échanges peuvent permettre de définir un mode de fonctionnement adapté aux besoins et aux attentes de tous.

Lors des encadrements cliniques ou visites de stage, l'accueil du formateur est un moment clé. J'y serai particulièrement attentive en privilégiant un temps d'échange et en mettant à leur disposition un bureau pour pouvoir échanger, dans un endroit calme et propice aux apprentissages, avec l'étudiant. Je l'impulserai dans le service auprès des professionnels de l'équipe. Dans la mesure du possible je détacherai un professionnel de proximité afin de l'accompagner, en totalité ou partiellement, dans ce temps d'échange avec l'étudiant.

Je souhaite également, si elle n'existe pas, impulser cette dynamique au sein du pôle dans lequel j'exercerai. L'analyse effectuée nous montre que les représentations de chacun ne favorisent pas toujours la coopération. J'aurai à cœur de partager mon expérience au sein du collectif cadre, pour ainsi favoriser l'intercompréhension. Comme décrit dans une des situations de départ de ce travail, si cela se présente, je souhaite me porter volontaire pour être référente sur des missions en lien avec la formation, et travailler en lien avec le CSS.

Je souhaite participer aux instances proposées par les instituts de formation, et continuer ainsi à développer mon réseau professionnel. Il me semble également important d'impliquer des professionnels de mon équipe dans ce partenariat, en leur permettant de réaliser des cours à L'IFPS dans leurs domaines d'expertises, ou par exemple en participant à des jurys MIRSI⁴¹.

En tant que future CDS de proximité, je serai maître de stage et responsable de l'accueil et de l'accompagnement des étudiants au sein de mon unité. Pour cela, travailler en collaboration avec les tuteurs de stage est un levier indispensable au développement des compétences des apprenants.

8.2.2 Une CDS de proximité impliquée dans l'accompagnement du développement des compétences des étudiants

En tant que future CDS de proximité, une de mes missions sera la coordination de l'accompagnement des étudiants au sein de mon unité de soins. Lors de ma prise de poste il sera indispensable que je fasse l'état des lieux des professionnels formés au tutorat, ainsi que des outils existants dans le service. Si aucun professionnel n'est formé au tutorat, je pourrai

⁴¹ Mémoire d'Initiation de Recherche en Soins Infirmiers

dans un premier temps leur proposer une sensibilisation sur le sujet, repérer les agents ayant une appétence pour l'accompagnement des étudiants, et leur proposer de se former. Si des tuteurs ou référents sont identifiés, je prendrai le temps de les rencontrer, pour avoir une vision détaillée du fonctionnement de l'équipe concernant l'accueil et le suivi des étudiants. Mon rôle ne sera pas de déconstruire ce qui existe déjà, mais au besoin de les accompagner vers des axes d'amélioration.

Proposer un environnement propice aux apprentissages pour les étudiants permet de leur donner l'opportunité d'acquérir ou de développer des compétences. Pour ce faire, je porterai une attention particulière à leur accueil sur le lieu de stage, notamment en leur proposant un contrat pédagogique. Cette contractualisation a pour objectifs de poser les bases de notre accompagnement, et de rendre l'étudiant acteur de ses apprentissages. Ce contrat ou cette charte de fonctionnement est à définir en équipe, porté par moi, les tuteurs de stages ou les référents, et doit favoriser l'engagement des apprenants.

En tant que maître de stage, mon rôle sera de préparer l'arrivée des apprenants. Pour cela j'anticiperai l'élaboration de leurs plannings de stage, y indiquerai les professionnels de proximité référents chaque jour, ainsi que les temps forts comme le bilan de mi stage et le bilan de fin de stage. J'anticiperai également la récupération de leurs codes d'accès aux différents logiciels métiers. La place des tuteurs de stage n'est pas à négliger. Il me semble primordial dans cette dynamique de tutorat de les inclure à chacune des étapes et de leur déléguer les missions. Plus de professionnels seront sensibilisés à cette démarche et plus les accueils seront de qualité, et favoriseront ainsi l'intégration et la validation de compétences pour les étudiants.

J'envisage de personnaliser le parcours de stage des étudiants en fonction de leur cursus et de leurs objectifs de stage. Pour ce faire, je pourrai leur proposer de découvrir le parcours patient spécifique à l'unité de soins, en réalisant par exemple des journées de stage en consultation, en hôpital de jour, ou au bloc opératoire... L'expertise des professionnels de proximité me permettra de définir ce qui peut correspondre au mieux à chaque étudiant, le but étant de ne pas les mettre en difficulté.

En tant que future CDS de proximité, je souhaite accompagner les apprenants vers la déconstruction de leurs représentations de la fonction de cadre de santé. Pour cela je les inviterai à ne pas hésiter à venir vers moi s'ils en ressentent le besoin, et de mon côté je prendrai de leurs

nouvelles régulièrement pendant toute la durée du stage. Je souhaite également qu'ils n'hésitent pas à me faire un rapport d'étonnement, ce qui me permettra si besoin d'ajuster les pratiques. Enfin, il me semble indispensable de recenser leur avis sur leur vécu de stage. Pour cela j'envisage l'utilisation d'un questionnaire numérique à remplir par l'étudiant à la fin de son stage. Cela permettra une remise en question et des réajustements si nécessaire de la part de l'équipe.

L'accompagnement des étudiants dans le développement de leurs compétences me tient autant à cœur que celui des professionnels de mon équipe. Ce que je viens de vous décrire est à mon sens applicable à l'accueil d'un nouveau professionnel, sécurisant et favorisant ainsi son intégration au sein du service.

8.2.3 Une CDS de proximité impliquée dans l'accompagnement du développement des compétences des professionnels

Il incombe au CDS de proximité de s'impliquer dans le parcours professionnel des soignants. En tant que future CDS de proximité, je souhaite être facilitatrice de leur montée en compétences, selon les besoins constatés ou les souhaits d'évolution des professionnels de l'équipe. A ma prise de poste, je souhaite rencontrer individuellement chaque agent, afin de me présenter, d'apprendre à les connaître, de repérer ainsi leurs valeurs ajoutées.

Les services de soins sont des environnements en perpétuelle évolution, il est donc indispensable en tant que CDS de proximité d'identifier les besoins en formation des agents afin de s'adapter à l'évolution des pratiques. Mon but sera de proposer aux patients une prise en soins de qualité. Je m'appuierai sur leurs retours de satisfaction afin d'évaluer les axes d'amélioration nécessaires.

Comme évoqué dans l'analyse, l'entretien annuel est un moment privilégié entre le CDS et les professionnels pour échanger sur les besoins en formation. Cet espace de discussion permet de valoriser les compétences maîtrisées mais aussi de faire un point sur celles à consolider ou à développer. En tant que future CDS de proximité, je souhaite accompagner les professionnels dans le développement de leurs compétences en les encourageant, en fonction des possibilités, à participer à des sessions de formations. Je souhaite valoriser leur implication en leur

permettant de devenir référent des missions pour lesquelles ils sont formés, de réaliser des retours à l'équipe et ainsi favoriser et promouvoir le développement des compétences collectives. J'envisage de coopérer avec les formateurs de FC, soit en les sollicitant pour organiser d'éventuelles sessions de formations nécessaires à l'équipe, soit en partageant l'expertise des agents et ainsi organiser des formations à destination d'autres professionnels.

Je souhaite également développer au sein de mon service des sessions de formation de Simulation In situ, dans le but par exemple de promouvoir la pluridisciplinarité lors d'une situation d'urgence vitale. Cette méthode pédagogique permettra aux professionnels de développer leur réflexivité en analysant leurs pratiques, et de potentialiser le travail d'équipe.

Pour accompagner les professionnels je souhaite également participer à des formations qui me permettront de progresser dans mes pratiques managériales, et ainsi développer, moi aussi, de nouvelles compétences.

Conclusion

Comment optimiser la coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs dans le but d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des apprenants ? Ce travail de recherche nous permet d'apporter des éléments de réponses à cette problématique. Tout d'abord, nous pouvons affirmer que cette coopération est un véritable levier pour le développement des compétences professionnelles et de la professionnalisation des étudiants. Les principaux facteurs identifiés pour une coopération de qualité sont l'intercompréhension et la reconnaissance des compétences professionnelles de chacun. Il ressort de cette étude l'importance du soutien institutionnel favorisant des temps d'échanges et de discussion entre les professionnels de la formation et les professionnels de proximité. Par ce biais sera formalisé et optimisé le partenariat à l'origine d'une coopération entre les parties prenantes.

Le thème de ce travail de recherche représente mon identité professionnelle. A la fois bercée par la pédagogie et le management, je me projette facilement dans les deux domaines d'exercice. J'ai toujours eu à cœur d'optimiser les liens entre les unités de soins et les instituts de formation, et perçois la pédagogie et le management comme intimement liés. Qu'il soit CDS formateur ou CDS de proximité, le cadre joue un rôle central dans le développement des compétences des étudiants et des professionnels au profit des patients.

La formation de cadre de santé, rythmée par la réalisation de ce travail de recherche, les stages ainsi que les apports théoriques et interventions proposées par l'IFCS et l'Université, me permet de développer des compétences tant pédagogiques que managériales. Cette double expertise renforce mon engagement et ma volonté d'accompagner les professionnels de santé d'aujourd'hui et de demain, pour qu'ils puissent progresser dans les meilleures conditions professionnelles possibles, et ainsi prodiguer des soins de qualité aux patients.

Centrée sur des valeurs soignantes fortes, je souhaite prendre soin des étudiants et des professionnels afin de favoriser leur qualité de vie au travail et ainsi leur permettre d'être les plus compétents possibles dans l'accompagnement des patients et de leurs familles, et proposer des prises en soins de qualité. Prendre soin d'eux passe par reconnaître et valoriser leurs compétences professionnelles, et ainsi impulser la motivation et une dynamique de travail positive.

La réalisation de ce travail de recherche m'amène à réfléchir sur la notion de partenariat. Ici, nous avons identifié celui entre les unités de soins et les instituts de formation via la coopération entre CDS. Le partenariat permet de faire du lien entre les différents acteurs de santé et peut prendre racine au cœur de la coopération entre médecins et CDS, entre services, entre établissements, ou encore via la mise en place d'un réseau ville/hôpital. Le patient en sera le premier bénéficiaire, un partenariat avec lui sera aussi à privilégier.

BIBLIOGRAPHIE

➤ Ouvrages

- Arborio, A. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans : Demazière, D., *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 51-61). Paris : La découverte.
- Barabel, M., Meier, O. (2015). *Manageor : Tout le monde à l'ère digitale*. Paris : Dunod.
- Bêlorgey, P., & Grollière, B., (2011). Chapitre 2. Le diagnostic des compétences individuelles. Dans : Bêlorgey, P., & Grollière, B., *Le Manager de talents : Des outils pour développer les compétences de votre équipe* (pp. 33-66). Paris : Dunod.
- Bourret P., (2006) *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible* (pp15-39) Paris : Éditions Séli Arslan.
- Brangier, É., Valléry, G. (2021). *Ergonomie : 150 notions clés*. Dunod.
- Caroly, S., (2019). Collectif de travail. Dans : Gérard Valléry, *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (pp. 105-108). Paris : Dunod.
- Charles, G., (1979), « *L'infirmière d'hier à aujourd'hui* ». Paris : Le Centurion
- Charlier, É., & Biemar, S., (2012). *Accompagner : Un agir professionnel*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Desserpit, G., (2021). La fiche métier du cadre de santé. Dans : *Cadre de santé : En 24 notions* (pp. 7-22). Paris : Dunod.
- Dietrich, A., (2018). *Management des compétences*. Paris : Vuibert
- Dubois, M., (2019). Compétences (processus). Dans : Gérard V., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (pp. 112-116). Paris : Dunod.
- Flück P., (2015). *Gestion et management des compétences*. Le Mans : Gereso.
- Foudriat, M., (2019). Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction. Dans : Foudriat, M., *La co-construction : Une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Grasset, Y. (2019). Collectif de travail : (working collective, workgroup – colectivo de trabajo). Dans : Vandeveld-Rougale, A., *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 135-136). Toulouse : Ed Erès

- Karaki, S., (2021). *Chapitre 1. Remettre les émotions au cœur de la collaboration*. Dans : S. Karaki, (2021). *Le travail en équipe : Un peu de neurosciences pour les pros qui veulent collaborer autrement* (pp. 15-24). Paris : Dunod.
- Le Boterf, G., (1994). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Éd. d'Organisation.
- Le Boterf, G., (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Ed d'Organisation.
- Le Boterf, G., (2002). *Développer la compétence des professionnels*. Paris : Ed d'Organisation.
- Le Boterf, G., (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Lefèvre, P. & Mura, Y. (2010). Chapitre 8. Le management individualisé. Dans : P. Lefèvre & Y. Mura (Dir), *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale* (pp. 175-209). Paris : Dunod.
- Lefèvre, P., (2011). Chapitre 6. Développer une politique des ressources humaines. Dans : P. Lefèvre, *Guide du métier de directeur : en action sociale et médico-sociale* (pp. 389-452). Paris : Dunod.
- Lévy-Leboyer, C., (2009). *La gestion des compétences*, Paris, Editions d'organisation.
- Lhotellier, L., Sovet, L., Arnoux-Nicolas, C. & Moreau Pelayo, F. (2020). Chapitre 2. Pratique de l'accompagnement psychologique centré sur le développement du sens de la vie et du travail. Dans : L. Lhotellier, L. Sovet, C. Arnoux-Nicolas & F. Moreau Pelayo (Dir), *Psychologie de l'accompagnement : Concepts et outils pour développer le sens de la vie et du travail* (pp. 55-140). Paris : Dunod.
- Marin, P. (2019). Le développement professionnel continu, outil stratégique du développement des compétences des professionnels de santé. Dans : Olivier Bachelard éd., *La formation professionnelle dans les services publics : Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques* (pp. 37-46). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Mottaz, A., (2012). Accompagnement. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 42-43). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Paul M., (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Ed. L'Harmattan, Paris.

- Picq, T., (2022). Chapitre 5. La dynamique de groupe d'une équipe projet. Dans : T. Picq, *Manager une équipe projet : L'humain au cœur de la performance* (pp. 109-133). Paris : Dunod.
- Postiaux, N., (2013). *Référentiel de formation*. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 259-264). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Sauvayre, R., (2021). Chapitre 2. Choisir un type d'entretien. Dans : *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (pp. 17-28). Paris : Armand Colin.
- Vial, M., & Caparros-Mencacci, N., (2007). Chapitre 1. Distinguer l'accompagnement professionnel. Dans : M. Vial & N. Caparros-Mencacci (Dir), *L'accompagnement professionnel : Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative* (pp. 19-71). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Vander Borgh, C., (2019). Coopération. Dans: Vandeveldde-Rougale, A. & Fugier, P., (2019). *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse : Érès.
- Wittorski, R., (2008). La notion d'identité collective. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebois et M. Vasconcellos (éd.), *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique* (p. 195-213). Paris : L'Harmattan, Logiques Sociales.
- Zarifian, Ph., (1999). *Objectif compétence*. Paris : Editions Liaisons.
- Zarifian, Ph., (2004). *Le modèle de la compétence*. Paris : Éditions Liaisons.
- Zarifian, Ph., (2009). 3 Intercompréhension et coopération dans le travail. Dans : P. Zarifian, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* (pp. 53-62). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Zarifian, Ph., (2009). 10. La compétence et ses soubassements philosophiques. Dans : P. Zarifian, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* (pp. 157-179). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

➤ **Articles**

- Arborio, A. M., (2021). Dothead dossier Sous-dothead Évolution de la profession aide-soignante historique Retour sur la genèse du métier d'aide-soignante.
- Ardoino J., (2000), Le paradigme de l'accompagnement et le statut de partenaire. *Editorial de Pratiques de formation-analyses, n° 40*, Paris.
- Arnoud, J. & Falzon, P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le travail humain, n°77*, 127-153.
- Bachelard, O., & Espagno-Abadie, D., (2019). La formation professionnelle dans les services publics : Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques. *Presses de l'EHESP*.
- Ball, S. (2011), Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé, *Soins cadres, n°79*.
- Beton, L., & Bertolucci, M., (2020). Dynamique de déconstruction de la compétence collective : Le cas d'une équipe en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). *Revue française de gestion, n° 290*, 85-106.
- Bonnet, F., Boukellal, N., Conan F., Tuytten, A., « les enjeux du plan de développement des compétences au sein d'un pôle », *Soins Cadres, n°120*, pp.17-20.
- Bouveret, A., Lima, L., Michon, D. & Grangeat, M. (2012). Au cœur de la réforme des études en soins infirmiers : enquête auprès des enseignants formateurs en IFSI. *Recherche en soins infirmiers, n°108*, 95-105.
- Broutelle, A., (2009). Infirmière : une profession problématique. *Regards croisés sur l'économie, n° 5*, 178-180.
- Calbéra J-B., (2003), *La profession infirmière. L'historique et le mythe. VST- Vie sociale et traitements, 2003/3, n°79*, 55-57.
- Chauvigné C., Lenoir Y., (2010) « Les référentiels en formation : enjeux, légitimité, contenu et usage », *Recherche et formation, n°64*, pp 9-14.
- Chevandier, C., (2020). Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers. *Revue française d'administration publique, n°174*, pp 317-328.
- Clot H., Materre N., (2017), Impact des fonctions de proximité de tuteur et de maître de stage. *Soins Cadres, n° 102*, 40-42.
- Clot Y., Faïta D., (2000). Theorie - Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler, n°4* pp 7-42

- Conjard, P., Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail. *Management & Avenir*, n°63, 81-97.
- Coulet, J.C., (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain*, n°74, 1-30.
- De Oliveira Pinho, M., (2023). La reconnaissance de la fonction tutorale dans les organisations de soins. *Soins Cadres*, n° 147, 32-33.
- Deschanet, E., Distler, F. & Rasolofo-Distler, F. (2022). Reconnaissance des compétences : savoirs, savoir-faire et savoir-être de l'étudiant : Le cas de trois dispositifs : Bonus étudiant engagé, VAE et blocs de compétences. *Projectics / Proyética / Projectique*, n°33, 91-110.
- Desserpit. G., (2014). Brève histoire de la formation des cadres de santé. *EMC - Savoirs et soins infirmiers ; Vol 1 [Article 60-080-C-10]*.
- Diebolt, É., (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), Architecte de la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, n°109, 93-107.
- Divay S., Girard L., (2019), Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : La formation des infirmières et leurs cheffes. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 2019/4, n° 139, 64-83.
- Dumont, R., (2020). Travailler en réseau ou en partenariat. *Les Cahiers de l'Actif*, 526-527, 7-28.
- Duboys Fresney C., Perrin G., (2017). Le métier d'infirmière en France. *Presses Universitaires de France*.
- Frégné, C., (2020). De la liberté de choisir son avenir professionnel, *Soins Cadres*, n°120, pp.9-11.
- Friry, D., (2020). Influence du leadership dans le processus de légitimation du cadre de santé hors filière débutant. *Projectics / Proyética / Projectique*, hors-série, 61-84.
- Gangloff-Ziegler, C. (2009). Les freins au travail collaboratif. *Marché et organisations*, n° 10, 95-112.
- Gottsmann, L., & Delignières, D., (2016). À propos des obstacles épistémologiques à l'émergence du concept de compétence. *Mouvement & Sport Sciences*, n° 94, 71-81.
- Gréselle-Zaïbet, O., (2007). Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. *Management & Avenir*, n°14, 41-59.

- Lacourt, I., (2013). Le compagnonnage dans les métiers de l'humain. Description d'un dispositif d'auto-formation basé sur l'échange de bonnes pratiques. *Pensée plurielle*, n°32, 129-137.
- Lagier C., Plantier A, Barros S, Madec C, Michel A, Menotti J.E, (2020). Les formateurs d'IFSI à l'heure de l'universitarisation, *Soins cadres, Vol 29 - n° 117*.
- Le Boterf G., Meignant A, (2020). Qualité de la formation ou qualité du processus de production des compétences individuelles et collectives ? *Éducation Permanente*, n° 223, 21-32.
- Le Boterf, G., (2020). Les enjeux de la reconnaissance des compétences : la demande de professionnalisme et ses conséquences. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, n° 71, 36-37.
- Le Boterf, G., (2010). Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soin, *Gestions hospitalières*, n°493.
- Le Boterf, G., (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin. *Soins cadres*, n° 41, 1-3.
- Leplat, J., (2000). *Compétences individuelles, compétences collectives. Psychologie du Travail et des Organisations*, n°6.
- Lodé, S., (2010). La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ? *Soins cadres, vol 19*, n°75S, 19-21.
- Michel, G., & Collin-Lachaud, I., (2019). Collaborer, coopérer et co-créeer en recherche. *Décisions Marketing*, n° 95, 5-14.
- O'Daniel, M., et Rosenstein A.H., (2008). Communication professionnelle et collaboration d'équipe. Dans R. G. Hughes (éd.), Sécurité et qualité des patients : un guide fondé sur des données probantes à l'intention des infirmières et infirmiers. *Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (États-Unis)*.
- Orluk, C., (2014). Cadre de santé, manager des compétences professionnelles. *Soins Cadres*, n° 90, 56-58.
- Paul, M., (2009). Autour du mot : *Accompagnement. Recherche et formation*, n° 62.
- Peron, L., 2020, La formation continue à l'hôpital, *Soins Cadres*, n°120, 21-23.
- Perrenoud, Ph., (1999). Construire des compétences, tout un programme ! *Vie Pédagogique*, n° 112, 16-20.
- Pinte, G., (2019). De réformes en réformes de la formation continue : le tropisme de l'individualisation. *Savoirs*, n°50, 37-54.

- Plante, F., et Catalan, J. (2018). Nouvelle forme de professionnalisation et alternance intégrative : L'immersion, dite formation in situ, comme innovation pédagogique dans la formation des travailleurs sociaux, l'exemple de l'emap (La Réunion). *Empan*, 109(1), 74-81.
- Poisson, M., (2019). L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (1965-1995). Un lieu de production, de diffusion et de développement des savoirs des soins infirmiers en France dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. *Recherche en soins infirmiers*, n°139, 49-63.
- Randon, S., (2021). La recherche en management pour développer des compétences individuelles et collectives. *Soins Cadres*, n° 132, 14-17.
- Rajon, A., (2009). Accompagnement, compagnonnage : improbables voyages. *Empan*, n°74, 41-43.
- Sifferlen, B., (2021). Origines d'une réingénierie tant attendue, *Soins Aides-soignantes*, n°103, 8-9.
- Terraneo, F. & Avanzino, N., (2006). Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, n°87, 16-24.
- Tremblay, G., (2003). Les partenariats : stratégies pour une économie du savoir. *Distances et savoirs*, 1, 191-208.
- Vial, M., (2007). L'accompagnement professionnel : une pratique spécifique. *Article issu d'une conférence pour Ariane Sud Entreprendre*.
- Vuillez J.P., (2017), « universitarisation de la formation et évolution », *Soins Cadres*, n°104, 26-27.
- Wittorski, R., (2014). Chenu F., (2015). L'évaluation des compétences professionnelles. Une mise à l'épreuve des notions et présupposés théoriques sous-jacents. Berne : Peter Lang, 347 p., ISBN : 978-3-035-20308-0. *Recherche et formation*, (76), 140-142.

➤ **Webographie**

- Association Nationale des Cadres de Santé *Référentiel d'activités et de compétences des cadres*
Repéré à :
<https://www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html>

- Agence nationale du Développement Professionnel Continu (2023)
Qu'est-ce que le DPC ?
Repéré à :
<https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (2014)
La formation professionnelle et le Développement des compétences dans la FPH.
Repéré à :
https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh_guidefptlv_a5_web_1.pdf
- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
La gestion prévisionnelle des métiers et compétence
Repéré à :
https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre_agir_sequiper.pdf
- Catanas M (2008) *Evolution socio-historique de la fonction cadre*
Repéré à :
<https://cadredesante.com/spip/IMG/pdf/Fonctioncadre.pdf>
- CHU de Poitiers *Historique Instituts de Formation en Soins Infirmiers*
Repéré à :
<https://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier/historique/>
- Defresne, Rufin, Becker, Carré, (2004) *Textes législatifs relatifs à la formation et à la profession d'aide-soignant*
Repéré à :
<https://cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-relatifs-a-la,55>
- Defresne C, Rufin F, Becker P, Carre S (2004) *Textes législatifs relatifs au programme de formation infirmière 1992*
Repéré à :
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-relatifs-au>
- Fromholtz Scandella (2016). Portail HAL Dumas, *Le travail collectif des enseignants au sein du conseil école-collège : une opportunité pour renforcer la continuité pédagogique inter-degrés ?*
Repéré à :
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01374621v1>
- Hospimédia (2022) *Comment s'est conduite la profession d'aide-soignant ?*
Repéré à :
https://www.hospimedia.fr/actualite/fiches_pratiques/20220601-ressources-humaines-comment-s-est-construite-la-profession

- Laboux, Maury, Puydebois, Elshoud (2021)
Repéré à :
<https://www.igas.gouv.fr/La-formation-continue-dans-la-fonction-publique-hospitaliere.html>
- Martin (2017) *Aux origines de la fonction de cadre de santé* | Espace Infirmier
Repéré à :
<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170518-aux-origines-de-la-fonction-de-cadre-de-sante.html>
- Ministère de la santé et de la prévention (2022) *L'entretien professionnel annuel*
Repéré à :
<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/les-dossiers/article/l-entretien-professionnel-annuel>
- Ministère de la transformation et de la fonction publique. G. Le Boterf (2023) *Être compétent c'est être capable de savoir agir en situation*
Repéré à :
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-dgafp/notre-coeur-dactivite/animer-la-politique-interministerielle-de-formation/ils-nous-parlent-de-la-formation-professionnelle/etre-competent-cest-etre-capable-de-savoir-agir-en-situation>
- Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (2018) Travail coopératif ou travail collaboratif ?
Repéré à :
<https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/travail-cooperatif-ou-travail-collaboratif-a1443.html>
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (2021) *Universitarisation des formations de santé : lancement du comité de suivi*
Repéré à :
<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/universitarisation-des-formations-de-sante-lancement-du-comite-de-suivi-49174>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). *Ségur de la santé*.
Repéré à :
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/07/dossier_de_presse_-_signature_des_accords_du_segur_de_la_sante_-_13.07.2020.pdf

- Ministère du travail du plein emploi et de l'insertion, (2018). *En 10 points-clés | la Loi pour la Liberté de choisir son avenir professionnel*.
Repéré à :
<https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/en-10-points-clés-la-loi-pour-la-liberte-de-choisir-son-avenir-professionnel>
- Ministère du travail et du plein emploi (2019) *La formation professionnelle : principes généraux*
Repéré à :
<https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/article/la-formation-professionnelle-principes-generaux>
- Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion (2021) *Plan de développement des compétences*
Repéré à :
<https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/entreprise-et-formation/article/plan-de-developpement-des-competences>
- Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion (2023) *Qualiopi : Marque de certification qualité des prestataires de formation*
Repéré à :
<https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/acteurs-cadre-et-qualite-de-la-formation-professionnelle/article/qualiopi-marque-de-certification-qualite-des-prestataires-de-formation>

➤ **Rapports**

- Ministère de la santé et de la prévention (2009). Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly
<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>
- Ministère de la santé et de la prévention (2019). Rapport de la concertation Grand âge et autonomie
<https://sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- Ministère des solidarités et des familles (2019). Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge
<https://solidarites.gouv.fr/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-lattractivite-des-metiers-du-gran>

- Ministère de la santé et de la prévention (2015) Rapport HAS : Evaluation des compétences des professionnels en établissement de santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/has-_gcs_synthese_eval_competences_vd.pdf

➤ **Cadre législatif**

- Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de La vie et au dialogue social.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000613810/>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
- Décret no 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005619244/>
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019354799/>
- Décret n°2019-14 (Art D. 6113-19) du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037964754>
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>
- Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation d'enquête 1	I
Annexe 2 : Autorisation d'enquête 2	II
Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des CDS formateurs	III
Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des CDS de proximité	V
Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des CSS de proximité	VII
Annexe 6 : Guide d'entretien à destination des CSS formateurs	IX
Annexe 7 : Retranscription d'un entretien	XI
Annexe 8 : Table des matières	XXV

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des CDS formateurs

Bonjour, je me présente, je suis Cynthia Fraisse, étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.
 Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité.
 Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.
 Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?
 Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

❖ Questions de départ :

Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Votre âge ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de CDS ?
- Dans quels services avez-vous travaillé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ? Dans l'établissement ?

Thème à aborder : le binôme CDS formateur/CDS de proximité

(En lien avec H1 : La coopération entre CDS formateur et CDS de proximité sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience.)

Question 1 : Avez-vous déjà participé à des temps d'échanges d'expériences avec des CDS de proximité ?

-Si oui sous quelle forme ?

-Est ce que ces temps ont eu une influence sur vos pratiques d'accompagnement ?

-Si non : Pourquoi ?

(Manque de temps, n'en ressent pas le besoin...)

Question 2 : Quelle est votre représentation de la fonction CDS de proximité ?

-Que connaissez-vous de ses fonctions ?

Thème à aborder : les apprentissages et la réflexivité

(En lien avec H2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages.)

Question 3 : Avez-vous **déjà été sollicité** par des CDS de proximité ? Et pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

(Demande d'infos concernant un parcours de formation, renseignements sur des formations proposées, difficultés rencontrées avec un étudiant lors d'un stage, ...)

Question 4 : Avez-vous **déjà sollicité** des CDS de proximité ? et pourquoi ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

(Pour animer, ou coanimer une action de formation auprès des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation)

Question 5 : Avez-vous déjà coopéré avec les CDS de proximité ?

-si oui, pourquoi, et de quelle façon ? Quels ont été les impacts de cette coopération ?

-Si non, pourquoi ? en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Question 6 : Avez-vous déjà organisé et/ou animé des formations à la demande d'un service de soin ? D'un pôle ?

Si oui, à la demande qui ? et pourquoi ?

Pouvez-vous me donner 1 exemple

Si non pourquoi ?

Question 7 : Comment encouragez-vous la réflexivité des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation ?

-Organisez-vous des APP Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui les anime ? qui y participe ?

Question 8 : Avez-vous déjà été sollicité pour animer des APP au sein d'un service ou d'un pôle ?

Thème à aborder : La montée en compétence

(En lien avec H3 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences)

Question 9 : Pouvez-vous me décrire votre accompagnement auprès des étudiants IDE et AS pour leur permettre de faire le lien entre la théorie et la pratique ?

Question 10 : Quelles sont les actions que vous mettez en place pour qu'ils puissent acquérir leurs compétences sur les lieux de stage ?

-Avez-vous des outils ?

Question 11 : Quelle est votre marge de manœuvre pour développer les compétences individuelles et collectives des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation ?

Question 12 : Comment procédez-vous pour évaluer et assurer le suivi des compétences des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation ?

-Le faites-vous de façon formelle ? informelle ?

-À quelle fréquence ?

-Quels outils utilisez-vous ?

Question 13 : Quelles sont les formations auxquelles vous avez participé depuis l'obtention de votre diplôme de cadre de santé ?

Appréciez-vous participer à des formations ? et pourquoi ?

❖ **Pour conclure :**

Question 14 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des CDS de proximité

Bonjour, je me présente, je suis Cynthia Fraisse, étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.
 Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité
 Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.
 Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?
 Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

❖ Questions de départ :

Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Votre âge ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de CDS ?
- Dans quels services avez-vous travaillé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre établissement ? Dans le service actuel ?

Thème à aborder : le binôme CDS formateur/CDS de proximité

(En lien avec H1 : La coopération entre CDS formateur et CDS de proximité sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience

Question 1 : Avez-vous déjà participé à des temps d'échanges d'expériences avec des CDS formateurs ?

-Si oui sous quelle forme ? Pouvez-vous me raconter ?

-Est-ce que ces temps ont eu une influence sur vos pratiques d'accompagnement ?

-Si non : Pourquoi ?

(Manque de temps, n'en ressent pas le besoin)

Question 2 : Quelle est votre représentation de la fonction CDS formateur ?

-Que connaissez-vous de ses fonctions ?

Thème à aborder : les apprentissages et la réflexivité

(En lien avec H2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages. Elle encourage ainsi la réflexivité des professionnels et des étudiants.)

Question 3 : Pouvez-vous me décrire une situation d'accompagnement auprès d'étudiants IDE ou AS en stage dans votre service ?

-Avez-vous des outils ?

-Quelles actions mettez-vous en place pour les accompagner dans leur progression ?

Question 4 : Avez-vous déjà collaboré avec les CDS formateurs pour adapter l'accompagnement des étudiants IDE et AS ?

- si oui, pourquoi, et de quelle façon ?
- Si non, en avez-vous déjà ressenti le besoin ?

Question 5 : Avez-vous déjà été sollicité par des CDS formateurs ?

Si oui, pourquoi ?

(Accompagnement des stagiaires, intervention à des cours, présentation programmes, participation à des jurys...)

Question 6 : Comment recensez-vous les besoins en formation de votre équipe ?

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

Question 7 : Comment encouragez-vous la réflexivité au sein de votre unité ?

-Organisez-vous des APP Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui les anime ? qui y participe ?

-Organisez-vous des CREX ? Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui anime ? qui participe ?

Thème à aborder : La montée en compétences

(En lien avec H3 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences)

Question 8 : Quelles sont les actions que vous mettez en place pour encourager les membres de votre équipe à progresser ?

-Avez-vous des outils ?

Question 9 : Quelle est votre marge de manœuvre pour accompagner le développement des compétences individuelles et collectives de votre équipe ?

Question 10 : Comment procédez-vous pour évaluer et assurer le suivi des compétences des professionnels que vous encadrez ?

-Le faites-vous de façon formelle ? informelle ?

-À quelle fréquence ?

-Quels outils utilisez-vous ?

Question 11 : Mettez-vous en œuvre des formations internes au sein de votre unité ? de votre pôle ?

Question 12 : Avez-vous déjà sollicité des CDS formateurs pour initier une action de formation au sein de votre service, de votre pôle ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

Question 13 : Quelles sont les formations auxquelles vous avez participé depuis l'obtention de votre diplôme de cadre de santé ?

-Appréciez-vous participer à des formations ? Pourquoi ?

❖ **Pour conclure :**

Question 14 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique ?

Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des CSS de proximité

Bonjour, je me présente, je suis Cynthia Fraisse, étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.

Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité.

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?

Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

❖ Questions de départ :

Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Votre âge ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de CDS ?
- Depuis quand êtes-vous CSS ?
- Dans quels services avez-vous travaillé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ? Dans l'établissement ?

Thème à aborder : le binôme CDS formateur/CDS de proximité

(En lien avec H1 : La coopération entre CDS formateur et CDS de proximité sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience.)

Question 1 : Avez-vous déjà participé à des temps d'échanges avec les services de formation ? avec les Instituts de de formation (IFSI, IFAS, FC) ?

Question 2 : Avez-vous déjà sollicité les CDS de votre équipe à échanger ou à coopérer avec des CDS formateurs ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Question 3 : Quels seraient selon vous, les impacts de temps d'échanges d'expérience entre CDS formateur et CDS de proximité sur la formation des professionnels et des étudiants IDE et AS ?

Question 4 : Quelle est votre représentation de la fonction CDS formateur ?

-Que connaissez-vous de leurs fonctions ?

Thème à aborder : Accompagner les apprentissages et la réflexivité

(En lien avec H2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages. Elle encourage ainsi la réflexivité des professionnels et des étudiants.)

Question 5 : Les CDS de votre équipe ont-ils déjà coopérer avec des CDS formateurs pour adapter l'accompagnement des étudiants IDE et AS au sein de votre pôle ?

-si oui, pourquoi, et de quelle façon ? A la demande de qui ?

-Si non, pourquoi ? Vous en ont-ils déjà fait la demande ?

Question 6 : Avez-vous déjà été sollicité par des CDS formateurs ? Et pourquoi ?

(Accompagnement des stagiaires, intervention à des cours, présentation programmes, participation à des jurys...)

Question 7 : Comment encouragez-vous la réflexivité au sein de votre pôle ?

-Organisez-vous des APP Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui les anime ? qui y participe ?

-Organisez-vous des CREX ? Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui anime ? qui y participe ?

Question 8 : Des formations internes au sein de votre pôle existes-t-elles ?

-Si oui, Qui les organisent ? Qui les anime ?

-Si non, pourquoi ?

Question 9 : Avez-vous déjà sollicité des CDS formateurs pour initier une action de formation au sein de votre pôle ?

Si ou, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Thème à aborder : La montée en compétences

(En lien avec 3 : La coopération entre CDS/CSS de proximité et CDS/CSS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences)

Question 10 : Comment sont recensé les besoins en formation des agents de votre pôle ?

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

Question 11 : Pouvez-vous me décrire une situation d'accompagnement de développement des compétences au sein de votre pôle ?

Question 12 : Quels seraient selon vous, les impacts d'une coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité sur l'accompagnement de la montée en compétences des professionnels de votre pôle ?

❖ **Pour conclure :**

Question 13 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique

Annexe 6 : Guide d'entretien à destination des CSS formateurs

Bonjour, je me présente, je suis Cynthia Fraisse, étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.

Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur la coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité.

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?

Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

❖ Questions de départ :

Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Votre âge ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de CDS ?
- Depuis quand êtes-vous CSS ?
- Dans quels services avez-vous travaillé ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ? Dans l'établissement ?

Thème à aborder : le binôme CDS formateur/CDS de proximité

(En lien avec H1 : La coopération entre CDS formateur et CDS de proximité sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience.)

Question 1 : Les CDS formateurs de votre équipe ont-ils déjà participé à des temps d'échanges d'expériences avec des CDS de proximité ? si oui sous quelle forme ?

Question 2 : Avez-vous déjà encouragé les CDS formateurs de votre équipe à échanger ou à coopérer avec des CDS de proximité ?

Si oui, pourquoi ? (Présentation d'un référentiel, de formations, organisation des stages, ...)

Si non, pourquoi ?

Question 3 : Quels seraient selon vous, les impacts de temps d'échanges d'expérience entre CDS formateur et CDS de proximité sur la formation des professionnels et des étudiants IDE et AS ?

Thème à aborder : Accompagner les apprentissages et la réflexivité

(En lien avec H2 : La coopération entre CDS de proximité et CDS formateurs permet de mettre en œuvre un environnement de travail et/ou de formation propice aux apprentissages. Elle encourage ainsi la réflexivité des professionnels et des étudiants.)

Question 4 : Les CDS formateurs de votre équipe ont-ils déjà coopéré avec des CDS de proximité pour adapter l'accompagnement des étudiants IDE et AS ?

-si oui, pourquoi, et de quelle façon ? A la demande de qui ?

-Si non, pourquoi ? Vous en ont-ils déjà fait la demande ?

Question 5 : Les CDS formateurs de votre équipe, ont-ils déjà été sollicité par des CDS de proximité ?

Si oui pourquoi ? (Accompagnement des stagiaires, intervention à des cours, présentation programmes, participation à des jurys...)

Question 6 : Comment encouragez-vous la réflexivité des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation ?

-Organisez-vous des APP Si oui à quelle fréquence et comment se déroulent-elles ? qui les anime ? qui y participe ?

Question 7 : Les CDS formateurs de votre équipe, ont-ils déjà été sollicité par des CDS de proximité pour animer des APP au sein d'un service ou d'un pôle ?

Thème à aborder : La montée en compétences

(En lien avec 3 : La coopération entre CDS/CSS de proximité et CDS/CSS formateurs est un levier pour l'accompagnement des professionnels et des étudiants dans leur montée en compétences)

Question 8 : Les CDS formateurs de votre équipe ont-ils déjà sollicité des CDS de proximité pour animer, ou coanimer une action de formation auprès des étudiants et des professionnels que vous accompagnez en formation ?

-Si oui pouvez-vous me donner des exemples ?

-Si non, les CDS formateurs de votre équipe vous en ont déjà t'il fait ressentir le besoin ?

Question 9 : Les CDS formateurs de votre équipe ont-ils déjà coopérer avec des CDS de proximité pour adapter l'accompagnement des étudiants IDE et AS et des professionnels, et ainsi accompagner leur montée en compétences ?

-si oui, pourquoi, et de quelle façon ?

-Si non, pourquoi ? en avez-vous déjà senti le besoin ?

Question 10 : Les CDS formateurs de votre équipe ont-ils déjà organiser et/ou animé des formations à la demande d'un service de soin ? D'un pôle ?

Question 11 : Selon vous, quels seraient les impacts d'une coopération entre CDS formateurs et CDS de proximité sur la montée en compétences des étudiants et professionnels ?

❖ **Pour conclure :**

Question 12 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique

Annexe 7 : Retranscription d'un entretien

Cadre de santé de proximité : CDS 6

Bonjour, en lien avec ma formation à l'IFCS, je réalise un travail de recherche sur la coopération entre CDS formateurs et CDS proximité. Pour débiter cet entretien, peux-tu de me parler de ton parcours professionnel ?

CDS 6 : Oui, donc moi je suis de métier préparateur en pharmacie. J'ai d'abord travaillé en officine de ville pendant 2 ans. Après donc j'ai fait la spécialisation hospitalière et donc j'ai été pendant 10 ans préparateur en pharmacie au CHU. J'ai alterné sur les différents sites, Cavale, Morvan et Bohars. Voilà, après j'ai le projet d'être cadre de santé, donc j'ai été prise en faisant fonction. CDS. J'ai été prise en faisant fonction pendant 2 ans en stérilisation sur le pôle pharmacie et donc après j'ai été à l'IFCS. J'ai été diplômée en 2019.

D'accord

CDS 6 : Durant mon année, j'ai fait différents stages, un sur les urgences à Morlaix, à Landerneau en médecine, dans différents secteurs de soins, comme j'avais une spécificité d'être préparateur pharmacie. Et après j'ai été affectée donc sur la cardiologie, où j'ai travaillé pendant 2 ans en tant que cadre.

OK.

CDS 6 : Après j'ai été donc en secteur stérile où j'ai fait un peu plus de 2 ans. Et donc là, j'ai pris mon poste sur l'hôpital de jour et les consultations Onco/Hémato. Et quand j'étais au stérile, j'avais aussi des consultations Onco/Hémato. Donc j'avais 2 secteurs généraux. Donc voilà un petit peu mon parcours rapidement. Après j'ai des DU, j'ai fait un DU hygiène quand j'étais préparateur, et le DU Qualité que j'ai fait l'année dernière.

Ok. Pas mal de choses.

CDS 6 : Oui oui.

Est-ce que tu as déjà participé à des temps d'échange d'expérience avec des cadres de santé formateurs ?

CDS 6 : Pas du tout. Ah si on avait travaillé sur la collaboration, mais c'était par rapport au service. Collaboration AS/Infirmière. Et après temps d'échanges, non. Non il n'y a pas eu beaucoup de temps d'échanges.

Il n'y avait pas, par exemple, dans ta promo cadre un formateur ?

CDS 6 : Ah si si ! On avait un kiné formateur, donc on a pu échanger avec lui sur son travail, sur comment est-ce que ça se passe dans sa fonction. Je n'avais pas d'autres formateurs. Bah après avec des collègues à moi, qui sont en formation, on a pu changer aussi. Et puis après quand on a besoin d'échanger avec eux, on les appelle. En fait, c'est plus par rapport à des situations spécifiques pour un étudiant.

Quelle est ta représentation de leurs fonctions de CDS formateurs ?

CDS 6 : Je pense qu'ils sont là pour accompagner les étudiants, dans leur cursus, que ce soit infirmier ou aide-soignant. Enfin voilà, qu'ils soient là pour les soutenir, pour leur transférer aussi des compétences et organiser aussi le travail. Enfin je veux dire, préparer toutes les formations, essayer de concilier un planning avec les dispo des intervenants. Construire les programmes et évaluer les étudiants.

Ouais.

CDS 6 : Et après je pense que c'est important effectivement qu'ils aient un lien avec les services puisqu'enfin ce qui est important quand même, c'est la pratique aussi, voir derrière si l'étudiant ça se passe bien ou pas, s'il suit, est-ce qu'il y a des difficultés ? Et pareil, enfin si l'étudiant a des difficultés, ben c'est important que nous aussi on fasse des retours aux CDS formateurs si vraiment ça impacte sur le stage.

Tu as déjà eu des cas où c'était difficile avec des étudiants ?

CDS 6 : Ouais

Tu peux me raconter un peu ce que t'as mis en place ?

CDS 6 : L'année dernière du coup on avait une étudiante, c'était très compliqué sur le secteur stérile. Elle était en 3e année. Des problèmes de calcul de doses, des problèmes d'hygiène aussi, des gros problèmes d'hygiène. Et ce qu'on a fait, c'est qu'on a vu l'étudiante, on a noté les choses de manière à ce qu'elle puisse aussi elle savoir où elle devait s'améliorer. Elle n'a pas réussi à s'améliorer donc on l'a revue en entretien. C'était compliqué, elle n'arrivait pas en fait.

Du coup j'ai contacté l'IFSI qui m'a dit qu'il faut que ce soit écrit, enfin qu'il y a un rapport qui soit fait, donc on a fait.

D'accord.

CDS 6 : C'était compliqué un petit peu en fait. Ce qui était un peu dommage, c'est que ben on a été laissé un peu... On a dû gérer ce problème-là, nous quoi, dans le service. Et les formateurs, nous dire que c'était quelqu'un qui était bien, que ça fonctionnait, un peu pour nous influencer dans notre décision quoi. Ça, ça a été difficile.

Et tu as contacté les formateurs plusieurs ? Tu les as rencontrés ?

CDS 6 : Ouais, ouais. Non, pas rencontré.

Est-ce que tu penses que ça aurait pu changer quelque chose dans votre accompagnement, le fait de les rencontrer ?

CDS 6 : Oui ça aurait pu changer. Ouais. Parce que l'équipe était très remontée, parce que du coup on n'avait pas été entendu et que ce qu'on avait pu dire... Bon elle n'a pas été diplômée tout de suite, elle a quand même été diplômée après. Donc ça a été quand même quelque chose qui a permis de voir que ce qu'on avait pu dire quand même, ça a fait qu'elle n'avait pas été diplômée. Dans ce qu'on avait remonté, dans ce que les infirmiers avaient remonté aussi à l'IFSI, on sentait qu'il fallait que on laisse peut-être une chance à l'étudiante... Et ça a été dur parce que bah voilà, on sentait qu'elle n'était pas prête.

OK

CDS 6 : Et après on avait fait venir des formateurs par rapport aux étudiants aides-soignantes. On avait une cadre avant moi en fait qui ne voulait pas d'étudiant aides-soignants au stérile... pour qui pourquoi ? Donc moi j'ai demandé à ce qu'on en ait et ça a été compliqué parce que les AS elles n'en avaient pas eu depuis longtemps. Donc on a fait venir les formateurs aussi pour échanger avec eux.

Les formateurs AS ?

CDS 6 : Aide-soignant ouais. Pour qu'ils échangent avec eux et qu'ils leur expliquent comment est-ce qu'on évalue au regard du portfolio, au regard des documents qu'ils avaient pu apporter. Et du coup, ça a permis justement d'améliorer les relations et de poursuivre sur des stages. Ça, c'était un bon moyen en fait que les formateurs viennent dans le service qu'on fasse une réunion avec les aides-soignants, ça aime bien aider quoi ?

C'est toi qui as organisé cette rencontre ?

CDS 6 : Oui. Je les ai appelés pour voir comment est-ce qu'on pourrait améliorer ça. Direct ils se sont proposés de faire une présentation, de venir d'échanger avec nous. Et ça a bien marché. En fait, ça a bien apaisé tout le monde et on est reparti sur de bonnes bases en fait.

OK. C'est intéressant.

CDS 6 : Ouais et au niveau infirmier on ne l'a pas fait. Et je pense que ça vaudrait le coup parce qu'elles ont tendance à penser que de toute façon on n'est pas écouté. L'IFSI nous écouterait pas, on dira que l'étudiant marche bien alors que non... enfin voilà, il y a ce côté-là en fait. On passe pour les méchants. Enfin voilà, ce n'est pas aussi serein que ça pourrait l'être, au moins sur le secteur stérile.

OK. C'est intéressant quand même ce que tu me racontes là. As-tu des outils pour l'accueil des étudiants ?

CDS 6 : Alors ouais donc dans les services où j'ai travaillé très souvent on a un classeur donc pour l'accueil des étudiants. Avec différentes choses, que ce soit les compétences type à

développer pendant le stage, que ce soit l'organisation, les fiches d'activités... Enfin tout est prévu.

Après je sais que là c'est nouveau, parce que les étudiants avaient du mal à s'intégrer dans les services sur le CHU, il y a des documents qui ont été faits, recto-verso, avec toutes les infos pour l'étudiant, que ce soit au niveau des repas, au niveau du stage, les soins prévalents... Et tout ça donc ça a été quelque chose de positif.

C'est institutionnel, ce document-là ?

CDS 6 : Oui ouais et qui a été transféré à la gestion des stages et que chaque étudiant en fait qui vient en stage reçoit ce document avant de venir. En plus, il y a un livret d'accueil des étudiants qui a été fait au niveau du CHU. Donc c'est l'étudiant le reçoit et après moi très souvent j'aime bien les avoir avant au téléphone. Sois-je leur demande venir avant parce que le stérile c'est tellement spécifique qu'il fallait qu'ils viennent avant, et là je présente le service, les vestiaires, le fonctionnement et tout ça... Soit ben ils viennent le jour même et puis on voit sur place.

Est-ce que tu as d'autres outils pendant le stage ?

CDS 6 : Pendant le stage donc là j'ai des référents étudiants. Donc là par exemple j'en ai 2 qui sont arrivés, et donc les 2 auront un point de mi-stage avec leur référent de stage. Et j'ai en plus des tuteurs du service qui interviennent dans le suivi du parcours.

C'est des infirmiers et AS qui ont eu la formation tuteur ?

CDS 6 : Voilà, qui ont eu la formation tuteur. Donc alors ce qu'elles font aussi ici c'est pas mal, c'est qu'elles font un petit parcours personnalisé pour l'étudiant. C'est à dire quand ils sont en stage en HDJ et en consultation, elles les envoient à la pharmacie Onco, aux mercredis d'Oscar, donc c'est pour les enfants des patients hospitalisés. Ils peuvent aller à l'annonce, ils peuvent aller aux prélèvements. Enfin voilà, on va dire qu'elles font en sorte que l'étudiant voit le maximum de choses.

OK. Est-ce que tu as déjà été sollicitée par des cadres formateurs, toi de ton côté ?

CDS 6 : Sollicitée ? Pas tellement, non. Je réfléchis un peu...

Est-ce que des formateurs t'ont déjà appelée pour parler du parcours d'un étudiant que tu allais avoir en stage ?

CDS 6 : Non, jamais.

Et pour intervenir à des cours ?

CDS 6 : Si du coup ! Ben à l'IFCS. Après, j'ai fait aussi au DU Hygiène, je suis intervenue à la fac de médecine. Je dis OK quand on me demande. Je suis volontaire.

Donc on t'a déjà sollicitée en fait.

CDS 6 : Ouais oui, c'est vrai.

As-tu déjà peut-être été sollicitée aussi pour faire appel à ton équipe, pour aller donner des cours ?

CDS 6 : Pour des cours oui ! les infirmières. Des cours, dans toutes les équipes où je suis passée, souvent.

Et ça passe par toi ? Les cadres formateurs te contactent toi pour organiser ?

CDS 6 : Ça non. Elles passent directement par les infirmières. Et après ? Ben très souvent c'est sur du temps perso, elles sont payées. Ou soit elles sont sur du temps de travail, mais il faut voir si ça colle dans l'organisation.

Comment est-ce que tu recenses les besoins en formation pour les agents de ton équipe ?

CDS 6 : Ben par exemple là je viens d'arriver dans le service, donc je vais utiliser le logiciel Gestform dans un premier temps. Je vais faire le point des formations qu'elles ont eu ou pas eu. Et comme je viens d'arriver j'aurais voulu les voir individuellement chacun, assez rapidement pour pouvoir faire le point avec eux, où ils en sont parce que je ne les connais pas en fait. Voilà

le cadre qui était avant moi évidemment il sait où ils en sont mais moi non. Donc là cette année avec le déménagement ça va être compliqué pour les formations. J'avoue, on ne pourra pas les envoyer en formation comme on veut, mais on va y remédier rapidement après. Et c'est important de suivre les formations obligatoires. Après ce qui est important aussi c'est de voir un peu les appétences de chacun, de voir si on a des gens qui seraient peut-être doués sur la communication, d'autres ce serait plus sur les soins palliatifs et en fonction les mettre référents. Les impliquer en fait ça c'est important. S'il y a un référent en soins palliatifs qui va aux réunions institutionnelles et qui a une formation soins palliatifs derrière, Ben c'est un peu la récompense aussi de l'envoyer pour qu'il puisse se former et former ses collègues. C'est un peu comme ça qu'on fonctionne quoi.

Donc pour toi la formation continue va servir à faire monter en compétence l'équipe ?

CDS 6 : Il faut repérer les personnes ressources suivant les spécificités. On ne peut pas envoyer tout le monde à tous, on n'a pas les moyens, mais au moins quand on a vraiment quelqu'un qui est motivé, qui est moteur, qui s'implique déjà au niveau institutionnel sur les réunions, ben on a envie de l'envoyer encore pour qu'il continue à progresser.

Ok. Est-ce que tu encourages la réflexivité au sein de ton unité et si oui comment est-ce que tu les inities à ça ?

CDS 6 : Ouais pour moi c'est important en fait quand il y a un projet, donc là par exemple on va déménager. Donc hier j'ai travaillé avec 2 infirmières sur la programmation et la sectorisation par rapport au déménagement. J'ai travaillé avec elles mais derrière voilà j'ai sollicité les ressources de l'équipe, tout le monde a été informé. C'est un travail pas que pour 2 personnes, mais c'est un travail d'équipe. D'ailleurs elles vont réfléchir avant avec l'équipe, elles sont venues travailler et là on a une réunion, le 20 février où on va représenter le projet, dire ce qui a été vu et si ça convient à tout le monde. C'est important que chacun puisse apporter des éléments. Pareil, on travaille sur des checklists par rapport au déménagement parce que les agents vont être envoyés sur la cavale à un moment en binôme et ça va tourner. Donc s'il n'y a pas de documents ou quelque chose de traçabilité de ce qui a été fait, pas fait, ben ça ne va pas aller. Donc du coup on a travaillé sur des checklists, mais en équipe pareil, c'est l'équipe qui fait les checklists. Comme ça au moins, ça les implique aussi. Et elles peuvent apporter des compléments tous les jours. Enfin je vois que ça y est le fait de les impliquer, elles se sentent

impliquées dans le déménagement. Et on sent que ça va arriver. C'est important ça. C'est un exemple. Plein de choses, c'est comme ça.

Est-ce que tu les accompagnes aussi dans la réflexion sur leurs pratiques ?

CDS 6 : Oui, c'est à dire que... par exemple quand il y a les transmissions, quand je sentais qu'il y avait une fragilité, un souci... Ben j'essayais de comprendre ce qui s'était mal passé et je proposais par exemple, alors si jamais c'était un quelque chose qui s'était mal passé, on proposait de faire un Rex, ou une RMM si vraiment ça a impacté le patient, voilà. Et après c'est possible d'échanger avec l'équipe d'après-midi. Des fois je savais qu'au stérile il y avait vers 16h un petit creux. Enfin voilà, s'il y avait un problème, on échangeait sur la situation : qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on aurait pu faire de mieux ?? Enfin voilà. C'est important.

Comme de l'analyse de pratique ?

CDS 6 : De façon informelle, voilà.

Est-ce que tu penses que ça peut être bénéfique pour une équipe de faire des analyses de pratiques de façon formelle ?

CDS 6 : Alors oui, mais ce qui va manquer c'est le temps. Ou alors le faire mais ne pas être trop ambitieux. On le fait, mais pas régulièrement quoi.

D'accord. Est-ce que tu penses que collaborer avec des cadres formateurs pourrait être une idée pour l'animation des analyses de pratiques professionnelles ?

CDS 6 : Je pense, parce que clairement... Alors c'est mon idée, hein, mais je pense clairement qu'il y a un décalage quand même entre l'IFSI, et nous.

Un décalage, c'est à dire ?

CDS 6 : Entre la réalité dans les soins et la formation. Voilà ce n'est pas méchant ce que je dis. Je pense que c'est parce qu'effectivement les personnes ne sont plus dans les soins depuis des années ou n'ont pas eu l'opportunité de revenir. Et parfois ben il y a des incompréhensions je pense. Et le fait qu'ils viennent sur le terrain pour faire ce genre de choses, ça pourrait être intéressant parce que du coup ça créerait du lien et ça éviterait de se dire qu'à l'IFSI on ne nous écoute pas. En fait ça montrerait que bah effectivement ils comprennent aussi les situations de terrain, ils voient ce qui se passe sur le terrain. Effectivement, ils pourraient le reporter après sur les étudiants à l'IFSI. Ce serait intéressant, très intéressant. Ce serait du vécu quoi. Ouais et ça recréerait un peu de lien parce que c'est vrai qu'effectivement bah des fois on sent un décalage.

Tu mets des choses en place pour les encourager à progresser dans leurs pratiques ?

CDS 6 : Alors c'est des actions, que j'évalue et ça c'est important ! Parce que si on a des actions et qu'on ne fait rien derrière, bah l'équipe elle est complètement perdue. Si on met les actions et qu'on les évalue et ben ils sont plutôt contents. Même si ce n'est pas abouti, ben il faut rebondir et trouver d'autres solutions. Ils voient que c'est suivi et ça c'est important, c'est important de garder un suivi. Le cadre c'est moteur finalement pour l'équipe. Si on dit par exemple, je ne sais pas, mais qu'est-ce qui a pu se passer ? Les médicaments sont périmés donc ? Donc du coup qu'est-ce qu'on fait ? Ben on met en place un suivi, on met des personnes par tiroir par exemple. Mais si on voit qu'au bout de 3 mois, c'est toujours la même chose qui ne va pas. Par contre si on voit qu'il y a une amélioration, c'est de dire aussi que c'est bien. Ils ont besoin d'entendre que c'est bien aussi. C'est comme dans les retours d'expérience, valoriser ce qui a été bien fait. Enfin c'est important je pense ça.

Ça motive ?

CDS 6 : Ouais.

Tu as une marge de manœuvre possible pour développer leurs compétences individuelles et collectives ou bien c'est tout est très institutionnel ?

CDS 6 : C'est institutionnel quand même. Enfin on n'a pas beaucoup de marge dans les plannings, ça c'est sûr. On peut les envoyer en formation ça c'est clair, mais on n'a pas non plus une grosse marge.

Comment procèdes-tu justement pour évaluer les compétences des professionnels que tu encadres ?

CDS 6 : Alors ben moi n'étant pas de la filière, ce qui est très important pour moi, et ce qui était important au début, c'est d'aller observer, de voir le fonctionnement, comment elles travaillent, suivre les soins. Ce que j'ai fait quand je suis arrivée ici, hein, c'est important, même dans tous mes services, j'ai fait ça à chaque fois. Et après c'est les fiches d'activités.

OK.

CDS 6 : C'est le suivi sur les fiches d'activités. Et après au quotidien, ben ça nous revient vite aussi quand ça ne fonctionne pas aussi. Donc là ben il va falloir comprendre pourquoi ça ne fonctionne pas. Echanger, voir la personne, trouver des solutions, mettre en place des actions. Par exemple là, au secrétariat ça ne fonctionne pas avec une secrétaire. Ce que je vais faire c'est mettre des objectifs mais en fonction de ses compétences. Je ne vais pas lui mettre des choses qu'elle ne pourra pas. C'est une jeune Secrétaire, elle n'a pas d'expérience, je vais essayer de mettre quelque chose pour qu'elle puisse progresser, mais par rapport à son niveau. Voilà, je m'adapte quand même. Je ne vais pas aller mettre un truc comme pour une secrétaire qui a 20 ans d'expérience.

Objectifs SMART ?

CDS 6 : Ouais c'est ça. Ouais, ouais.

Est-ce que tu mets en œuvre des formations internes au sein de ton unité, ou de ton pôle ?

CDS 6 : J'en ai fait une sur la collaboration AS/Infirmière avant que le projet institutionnel sorte, le « travailler ensemble ».

OK, tu peux me raconter ?

CDS 6 : Et Ben je me suis rendu compte quand je suis arrivée au stérile, qu'il n'y avait pas de collaboration AS/Infirmières. Ça, c'était un constat.

Donc j'ai fait appel justement à l'IFPS.

C'est toi qui as eu l'idée d'appeler l'IFPS ? Comment t'en es arrivé à ça en fait ?

CDS 6 : Eh ben, j'avais une élève cadre qui était avec moi en stage. C'est elle qui m'a dit qu'il y a sûrement des solutions. Voilà elle m'en a parlé parce je pense qu'elle avait une appétence pour la pédagogie et d'ailleurs aujourd'hui elle est cadre formatrice.

Ok.

CDS 6 : On avait échangé et du coup après j'avais contacté la formation. Effectivement on m'a dit on peut monter une formation, on peut faire quelque chose en adaptant. Alors ce qu'on avait fait quand même parce que ça coûte, ça coûtait assez cher la formation, on avait inclus le pôle pour pas pour pas figer à l'équipe du Stérilet.

Ok.

CDS 6 : Et on s'est rendu compte que dans d'autres services, ça fonctionnait, mais du coup, elles se sont senties un peu mal. De voir que ça fonctionne ailleurs et pas au stérile, alors qu'on avait un dimensionnement, avec un infirmier pour 4 patients, enfin voilà quelque chose qui quand même aujourd'hui c'est joli. Donc voilà, et du coup elles se sont rendues compte que ça fonctionnait ailleurs. Ça fait réfléchir hein. Là elles ont réfléchi.

OK. Et toi comment as-tu travaillé avec le formateur pour mettre tout ça en place ?

CDS 6 : Alors les formateurs sont venus sur place. Elles sont venues voir comment ça fonctionnait, elles observaient. Et elles ont vu aussi un petit peu des choses, elles de leur côté. Moi je leur ai expliqué ce qui n'allait pas et elles ont créé une formation. Elles ont monté une formation en fonction de nos problématiques, pour essayer d'y remédier.

Et comment l'équipe a vécu ça ? Que les formatrices viennent ?

CDS 6 : Bien ! Ben il y a un problème effectivement, une problématique, mais on essaie de trouver des solutions. En fait, on ne nous pointe pas du doigt, on ne nous sanctionne pas, il y a un problème point.

Et pourquoi tu as voulu solliciter les cadres formateurs pour cela ?

CDS 6 : Parce que je voulais avoir aussi un avis extérieur. Pour voir effectivement, si elles aussi elles pouvaient apporter des choses, voir un petit peu ce qu'elles allaient proposer. Au contraire c'était bien de les faire venir sur le terrain, de voir un peu comment ça fonctionnait. On parlait de collaboration AS/Infirmière depuis longtemps sur les secteurs de soins intensifs, ce n'est pas d'aujourd'hui. Mais ça collaborait pas du tout. Quand je suis partie, j'ai trouvé c'était quand même beaucoup mieux. C'est beaucoup mieux, mais je sais qu'il ne faut pas lâcher.

Peut-être avec le déménagement, le fait de changer de locaux ?

CDS 6 : Ouais, ça va améliorer je pense, parce qu'en plus on va avoir des effectifs en plus ouais. On va gagner encore. Ça ne peut qu'améliorer les choses.

C'est super ça ! Depuis que tu es diplômée cadre tu as fait ton DU Qualité, est-ce que tu as fait d'autres formations

CDS 6 : Oui, après mon diplôme j'ai fait aussi, c'était sur le management, sur plusieurs jours. C'était pas mal, on nous mettait en situation et tout ça c'était bien. J'ai fait ça. Après évidemment quand il y a des formations je m'inscris.

T'as une appétence pour ça ? Tu aimes bien aller en formation ?

CDS 6 : Ouais, j'aime bien. Ouais, ça me fait prendre du recul un peu sur mon quotidien

Est-ce que le fait d'avoir toi cette appétence pour aller en formation, ça t'incite aussi à inciter ton équipe à aller en formation ?

CDS 6 : Oui. Là je viens d'arriver, forcément je n'ai pas de recul sur ce qu'ils ont déjà fait et tout ça. Mais quand j'avais des possibilités au stérile, je voyais bien des éléments moteurs, des gens qui aimaient ça. Voilà, il faut aussi montrer un investissement. On ne va pas envoyer en formation quelqu'un qui ne s'investit pas du tout déjà dans le quotidien. Mais quand on voit des gens qui s'investissent et qui ont envie. Par exemple dans la formation AS pour la mise à niveau là du coup.

Pour les nouveaux actes AS ?

CDS 6 : Ouais, donc ça c'était une demande. Bon ben on a demandé. C'est vrai que c'est très demandé comme formation, mais c'est important. Parce que ce qui va se passer, les jeunes diplômées vont arriver, elles auront les compétences validées et les anciennes ne les auront pas. On va avoir des problèmes je pense, ça va être tendu. Il va falloir rapidement que tout le monde soit mis à niveau. Parce qu'on entend déjà parler dans les services.

Elles sont demandeuses ici d'aller faire cette formation ?

CDS 6 : Ouais, justement parce qu'elles se sentent un peu...quand les étudiantes arrivent ou quand il y a des nouvelles... « Ben nous on ne peut pas faire ça ». Donc ça crée un malaise.

Et puis tu dois accompagner des élèves aides-soignantes, qui apprennent plus de choses à l'école que toi tu as le droit de faire sur le terrain...

CDS 6 : Voilà, je pense que c'est un peu frustrant. C'est frustrant pour elle. Et en échangeant, on sentait que c'était ça.

OK.

J'ai fait le tour des questions que je voulais te poser, as-tu des choses que tu veux ajouter ?

CDS 6 : C'est intéressant je pense. Enfin clairement je pense que la collaboration avec les formateurs serait importante. On n'y est pas aujourd'hui parce que je pense qu'il y a un décalage et peut-être aussi il y a aussi un manque de temps, des deux côtés hein. Parce que je pense qu'en formation il y a quand même pas mal aussi dans leur quotidien. Et puis aussi on a peut-être une méconnaissance du travail du cadre formateur. Et je pense que c'est important les que 2 parties

en fait apprennent, enfin comprennent les missions des uns des autres et collaborent. Bah c'est important, même pour les étudiants, même pour les équipes. Ça apaiserait parfois des tensions.

Silence

CDS 6 : Je pense que pour qu'on évite qu'il y ait des idées sur les cadres formateurs par rapport aux congés par rapport aux cadres dans les services... Bah peut-être qu'il faudrait rendre tout ça un peu plus équitable et se dire, ben si jamais ils ont des semaines où ils n'ont pas de cours, bah est-ce qu'ils ne pourraient pas aller dans des services de soins en fait pour être conscients et réaliser un petit peu plus la réalité du terrain ?? Et créer du lien avec des cadres ? Est-ce que ça ne pourrait pas être envisageable ?

Vaste sujet !

Je te remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

CDS 6 : Je t'en prie, n'hésites pas à revenir vers-moi si tu as besoin.

Annexe 8 : Table des matières

Introduction	1
1 Mon parcours professionnel et les situations vécues à l'origine de la thématique de recherche	2
1.1 De mon expérience de faisant fonction cadre formatrice à celle de faisant fonction cadre de proximité	2
1.2 Les situations vécues à l'origine des premiers questionnements	3
1.3 La question de départ de ce travail de recherche	5
2 Dans quel cadre contextuel s'inscrit cette thématique de recherche ?	7
2.1 De la « mère supérieure » au « manager » : évolution socio-historique de la fonction de cadre de santé	7
2.2 Qu'en est-il des missions et rôles du cadre de santé en 2024 ?	9
2.3 Un diplôme, deux fonctions	10
2.3.1 Cadre de santé de proximité : un manager de terrain	10
2.3.2 Cadre de santé formateur : une approche pédagogique	12
2.4 Les référentiels de formation : formaliser l'apprentissage par compétences	14
2.4.1 Référentiel de formation des cadres de santé : du diplôme d'état à l'universitarisation	15
2.4.2 Evolution socio-historique de la fonction infirmière : du premier décret de professionnalisation à l'universitarisation	16
2.4.3 Evolution socio-historique du métier d'aide-soignant(e) : du premier certificat d'aptitude au référentiel de formation du 10 juin 2021	18
2.5 La formation professionnelle continue : un levier pour le développement des compétences des agents de la fonction publique hospitalière	19
2.5.1 Un cadre législatif évolutif depuis 1971	20
2.5.2 La formation professionnelle continue à l'hôpital : améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins	21
3 La coopération entre cadres de santé de proximité et formateurs : revue de littérature ...	23

3.1	L'accompagnement : vers l'autonomie et le développement des compétences des professionnels et des étudiants IDE et AS	23
3.2	La compétence professionnelle : des ressources individuelles aux ressources collectives	26
3.2.1	La compétence professionnelle	27
3.2.2	La compétence individuelle	29
3.2.3	La compétence collective	31
3.2.4	Manager les compétences.....	33
3.3	Travailler ensemble : entre collaboration et coopération.....	35
3.3.1	La collaboration.....	35
3.3.2	La coopération.....	37
4	La question de recherche et les hypothèses	40
5	La méthodologie de recherche	41
5.1	La population étudiée	41
5.2	L'outil d'investigation	42
5.3	Les limites de l'étude.....	43
6	L'analyse et l'interprétation	45
6.1	Travailler ensemble : entre représentations et légitimité.....	45
6.1.1	Les représentations sur les rôles et missions de chacun.....	45
6.1.2	La légitimité du cadre formateur.....	48
6.2	L'étudiant : trait d'union entre CDS formateurs et CDS de proximité.....	51
6.2.1	Partenariat entre instituts de formation et unités de soins.....	51
6.2.2	Coopérer dans des situations complexes.....	54
6.3	Une coopération élargie.....	58
6.3.1	La place des tuteurs de stages et de l'équipe.....	58
6.3.2	La place de l'encadrement supérieur et de l'institution	61
6.4	La FC : accompagner la montée en compétences des professionnels	65
6.4.1	Evaluer les besoins en formation	65

6.4.2	Aller vers le terrain : communiquer, créer du lien, accompagner et valoriser la montée en compétences	69
7	La discussion et la confrontation des hypothèses	73
8	Ma projection professionnelle.....	75
8.1	Ma projection professionnelle en tant que CDS formatrice	75
8.1.1	Une CDS formatrice qui crée ou entretient un partenariat avec le terrain	76
8.1.2	Une CDS formatrice qui favorise les liens avec les tuteurs de stage	77
8.1.3	Une CDS formatrice qui s'adapte aux besoins des étudiants et des professionnels	78
8.2	Ma projection professionnelle en tant que CDS de proximité.....	80
8.2.1	Une CDS de proximité qui crée ou entretient un partenariat avec les instituts de formation.....	80
8.2.2	Une CDS de proximité impliquée dans l'accompagnement du développement des compétences des étudiants.....	81
8.2.3	Une CDS de proximité impliquée dans l'accompagnement du développement des compétences des professionnels	83
	Conclusion.....	85

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

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

Mémoire réalisé pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Cadre de Santé et du Master 2 Mention
Administration Economique et Sociale, Parcours Management et Formation en Santé

Résumé

Titre du mémoire :

**Cadres de santé de proximité et cadres de santé formateurs :
Coopérer au profit de la montée en compétences des agents et des étudiants**

Auteur : Cynthia FRAISSE

Directeur de mémoire : Monsieur Alexandre BENION

Guidance de mémoire : Madame Sandrine OLIVE

Nombre de pages : 86

Résumé : Parallèlement aux événements historiques, la profession de cadre de santé s'est construite au fur et à mesure des transformations de l'hôpital. De la mère supérieure au cadre de proximité, et de la monitrice au cadre formateur, ses fonctions n'ont pas cessé d'évoluer. Aujourd'hui, cadres de santé de proximité et cadres de santé formateurs partagent la même formation et le même diplôme. Leur objectif principal commun est de proposer aux patients des prises en soins de qualité. Cela passe par l'accompagnement des professionnels et des étudiants infirmiers et aides-soignants dans le développement de leurs compétences et de leur professionnalisation. Mais comment travaillent-ils ensemble pour y arriver ?

Cette étude vise à recueillir les représentations des cadres de santé de proximité et des cadres de santé formateurs sur le rôle et les missions de chacun, et ainsi établir une cartographie des stratégies managériales et pédagogiques coopératives mises en jeu dans l'accompagnement des professionnels de proximité et des étudiants vers le développement de leurs compétences.

La mise en relation de concepts définis dans une revue de littérature et des propos recueillis lors d'entretiens ont permis d'apporter des pistes de réponses à la question de recherche suivante : Comment optimiser la coopération entre cadres de santé de proximité et cadres de santé formateurs dans le but d'accompagner la montée en compétences des professionnels et des apprenants ?

Ce travail de recherche a permis d'identifier l'intercompréhension et la reconnaissance comme essentielles à cette coopération. L'analyse quant à elle révèle la nécessité de créer la rencontre entre la formation et le terrain, et d'entretenir un partenariat entre les parties prenantes.

Mots-clés : Cadre de santé formateur – Cadre de santé de proximité – Accompagnement
Compétences – Coopération – Intercompréhension – Partenariat