



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2020 Caroline Aigle**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**De la gestion de la situation sanitaire  
liée au coronavirus Covid-19 à la  
formation d'adaptation à l'emploi en  
situation critique : une modélisation  
possible ?**

---

**Christophe MALAVAUX**



---

# Remerciements

---

Remercier est le début d'une grande sagesse. En remerciant,  
on désavoue à la fois l'ignorance et l'arrogance.

**Donachy Ladouceur**

*Traducteur, Haïti, Port-au-Prince, 1992*

Merci à tous ceux qui, de près comme de loin, ont participé à la maturation et à la construction de ce travail.

Merci à tous les contributeurs qui ont participé aux entretiens et plus particulièrement à mes collègues élèves directeurs des soins pour leur fructueuse collaboration.

Merci à tous les agents publics et privés qui ont su s'adapter et adapter leurs pratiques pour répondre aux besoins sanitaires durant la situation critique que nous avons tous vécue.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 De la question d'étude au cadre conceptuel : un chemin nécessaire.....	5
1.1 Du DPC au PDC : des dispositifs en constante évolution.....	5
1.1.1 ...Par la réforme de la formation et de l'apprentissage.....	5
1.1.2 ...Par le Développement Professionnel Continu.....	7
1.1.3 ...Par le Plan de Développement des Compétences.....	9
1.2 Compétence, savoir agir en situation : un concept polysémique.....	10
1.2.1 La notion de compétence : une définition non stabilisée à ce jour.....	11
1.2.2 Compétence et transfert des compétences.....	12
1.3 La crise et le comportement en situation de stress.....	13
1.3.1 Définitions de la crise.....	13
1.3.2 Les situations stressantes.....	15
1.3.3 De la situation de crise aux compétences des professionnels.....	16
1.3.4 Les fonctions cognitives et le concept de charge cognitive.....	18
1.4 Le lien avec la formation : La consolidation des apprentissages, un passage nécessaire.....	18
1.4.1 L'oubli et la consolidation des acquis.....	18
1.5 L'agilité organisationnelle, un concept à clarifier.....	20
1.6 Une question d'étude toujours d'actualité ?.....	21
1.7 Synthèse.....	22
2 Méthode et enquête : pour un éclairage systémique.....	23
2.1 Méthode et modalités pratiques de mise en œuvre des entretiens.....	23
2.1.1 Méthode.....	23
2.1.2 Public Cible.....	23
2.1.3 Modalités pratiques.....	24
2.2 Les limites de l'enquête.....	25

2.3	Présentation synthétique des interviewés .....	25
2.4	Le champ de l'analyse .....	26
2.4.1	Quatre variables qui ont influencé les prises de décision .....	26
2.4.2	Une agilité organisationnelle adaptative exemplaire pour répondre aux besoins .....	30
2.4.3	Des temps de formations et d'accompagnement pour répondre le plus vite possible aux besoins.....	34
2.4.4	Un engagement permanent de agents.....	39
2.4.5	Des dispositifs d'accompagnement et de prévention du stress.....	41
2.5	Synthèse : Une réponse possible aux questions de départ ? .....	43
3	Des préconisations : vers un mode intégratif ?.....	45
	Intégrer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles dans le projet managérial du coordonnateur général des soins .....	45
3.1	Créer une « Réserve sanitaire interne » à l'établissement ou au GHT .....	45
3.2	Créer une cartographie individuelle des compétences et des risques.....	46
3.3	Créer des parcours de formation pour les nouveaux arrivants .....	48
3.4	Utiliser le DPC afin de développer les compétences générales d'adaptation à l'emploi, notamment par la simulation et l'usage des outils numériques.....	48
3.5	Développer les Infirmier(e)s en Pratiques Avancées en soins critiques ? .....	49
3.6	Développer la professionnalisation d'un référent paramédical de situations sanitaires exceptionnelles .....	50
3.7	Propositions qui ont un lien plus éloigné avec le sujet .....	50
3.7.1	Prévoir le plan de fermeture, le plan de continuité de l'activité et le plan de reprise de l'activité validés et opérationnels. ....	50
3.7.2	Consolider la communication.....	51
3.7.3	Accélérer la collaboration au sein des GHT et la collaboration ville-hôpital... ..	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	V

---

## Liste des sigles utilisés

---

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

AP- HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CS : Cadre de Santé

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Direction des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EDS : Élèves Directeurs des Soins

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EOH : Équipe Opérationnelle d'Hygiène

EPI : Équipement de Protection Individuelle

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ETP : Équivalent Temps Plein

EFTLV : Éducation et Formation Tout au Long de la Vie

(Autre acronyme utilisé : FTLV pour Formation Tout au Long de la Vie)

FAQ : Foire Aux Questions

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

HEC : Hautes Études Commerciales (École)

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État

IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire diplômé(e) d'État

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IFPS : Institut de Formation des Professionnels de Santé

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

NRBC : Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

PDC : Plan de Développement des Compétences

PNM : Personnel Non Médical

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile

QR Code : Quick Response Code

RH : Ressources Humaines

RIV : Réserve Interne de Volontaires

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

*Le pessimiste se plaint du vent, l'optimiste  
espère qu'il va changer, le réaliste ajuste ses  
voiles*

William Arthur WARD

## Introduction

La situation pandémique liée au coronavirus Covid-19, engage les établissements de santé à prendre des décisions rapidement afin de répondre de la façon la plus adaptée possible à la demande des usagers, des populations ou des tutelles et ainsi assurer leurs missions de service public.

Fermeture de services, augmentation du capacitaire en lits de réanimation et de surveillance continue, modification des ratios d'effectifs soignants en soins critiques et en services accueillant des patients contaminés, mise en place d'unités de dépistages, création de filières spécifiques aux urgences, fermeture de services et d'activités de consultation ou de chirurgie, création d'unités de soins de réadaptation post-Covid, nombreux sont les exemples qui ont nécessité une agilité organisationnelle et structurelle de la part de nos institutions.

Le gradient Est, Nord-Est / Ouest, Sud-Ouest au niveau de notre pays concernant la survenue des clusters, la gestion des foyers épidémiques et de circulation du virus ont été des facteurs non négligeables, impliquant une réactivité et une adaptation de la part des établissements. En effet, les établissements de l'Est de la France (Régions Grand Est et Bourgogne-Franche Comté par exemple) qui ont accueilli les premiers patients début février n'ont pas eu la même latitude que ceux qui ont eu plusieurs semaines pour s'organiser.

Début Mars, en stage de gestion en établissement de santé en région Centre, j'ai eu l'opportunité d'assister à la « montée en charge » d'un centre hospitalier support de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) alors qu'aucun patient n'était connu ou testé positif au niveau de la région. Des cellules de crise journalières aux doctrines nationales transmises par l'Agence Régionale de Santé, j'ai pu mesurer la difficulté à anticiper une situation qui peut sembler, à ce moment-là, éloignée, voire virtuelle. Le 16 Mars, le décret portant sur la modification des déplacements<sup>1</sup> me fait rejoindre mon domicile dans l'Est de la France et me mettre à disposition du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dont je suis originaire. Pendant 5 semaines, au sein de la direction des soins, je vais réaliser la mission qui m'est confiée, à savoir la mise en œuvre des moyens nécessaires à l'accueil des patients en secteurs critiques. J'ai dû faire preuve de méthode et de stratégie dans la mise

---

<sup>1</sup> Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19.

en place de moyens nécessaires dans ces secteurs à forts enjeux sanitaires, notamment sur le volet des Ressources Humaines et dans la gestion des compétences.

Il fallait faire vite. Il fallait être créatif. Les modélisations concernant la survenue d'un pic épidémique nous ont invité à augmenter notre capacité d'accueil en lits de réanimation. Transformer des services de soins intensifs ou de surveillance continue en réanimation, être capable d'accueillir des patients dans des salles de bloc opératoire parce que l'activité chirurgicale était arrêtée, telles étaient les décisions prises auxquelles il fallait répondre.

Au-delà des problématiques de matériel et de dispositifs médicaux, la dimension « Ressources Humaines » a été prégnante. Comment dimensionner des effectifs pour augmenter les capacités d'accueil en soins critiques tout en assurant l'adaptation des agents à leur poste de travail et veiller au développement des compétences des agents mis en poste dans un contexte d'urgence et de crise sanitaire ?

Afin de réussir à répondre aux besoins en personnels des services critiques et non critiques, plus de 350 agents au CHU vont, soit être recrutés, soit changer d'affectation de façon temporaire. Infirmières de consultation, de bloc opératoire, vacataires, intérimaires, retraités, étudiants en soins infirmiers ou en médecine, agents en disponibilité ou en études promotionnelles, infirmières libérales, cadres formateurs... tous les personnels susceptibles de travailler et d'occuper un poste vont être mobilisés. Ils vont ainsi pouvoir renforcer les équipes déjà présentes, garantir un accueil pour tous les usagers qui doivent en bénéficier. Mais personne ne s'invente infirmière de réanimation en 24 ou 48 heures quand, en dehors d'une période de crise, l'encadrement peut varier de 3 semaines à 1 mois ½, selon les établissements et les spécificités, avec un accompagnement par un tutorat d'au moins 6 mois.

● Pour les « novices<sup>2</sup> », quel dispositif de formation mettre en place en situation d'urgence sanitaire afin de permettre aux agents de pouvoir se protéger eux-mêmes d'un risque de contamination en utilisant les bons gestes pour un bon usage des équipements de protection individuelle ?

● Quel dispositif de formation ou quelle organisation mettre en place en situation d'urgence sanitaire afin de garantir une qualité et une sécurité des soins aux patients pris en charge ?

---

<sup>2</sup> Il m'est nécessaire de faire un point sémantique concernant les termes utilisés par la suite. En effet, je vais utiliser dans mon propos les termes d'agents novices et d'agents expérimentés. J'entends par « **novice** » tout agent qui va changer de service, de fonction, de cadre de travail ou être recruté ou réintégré après une absence longue. J'entends par « **expérimenté** », tout agent qui exécute son activité dans le même service qu'avant la crise, ou qui est formé et rompu aux activités ou habitudes des services concernés, comme les infirmières polyvalentes de remplacement ou de pools de suppléance. Certains établissements ont utilisé cette terminologie pendant la crise en ajoutant une catégorie supplémentaire qui est celle de « **junior** », qui représente la catégorie des agents qui ont quitté un service de soins, ou de soins critiques depuis moins de 3 ans et pour lesquels une *remise à niveau* sera plus rapide.

Un autre constat concerne les formations et l'application des bonnes pratiques. Cette observation a été faite par l'équipe opérationnelle d'hygiène et elle cible les agents expérimentés. Malgré les formations nombreuses au fil des années, malgré l'encadrement de l'équipe opérationnelle d'hygiène et le rappel des bonnes pratiques, malgré le fait qu'ils respectent les règles en situation ordinaire, dans un contexte de crise et de stress, on a vu certains agents expérimentés oublier les bonnes pratiques et déployer d'anciennes mauvaises habitudes. Ce constat questionne la consolidation des apprentissages et les mécanismes de fonctionnement en situation de stress.

● Quel dispositif mettre en place en amont d'une situation de stress afin d'améliorer le maintien des bonnes pratiques en activités contraintes ?

● L'expérience à retirer de cette situation sanitaire Covid-19 doit-elle modifier les priorités des futurs Plans de Développement des Compétences (PDC) au sein des établissements ou des territoires de santé afin de mieux se préparer à répondre à une future nouvelle crise ?

Pour faire face au déficit d'agents ayant des compétences pour travailler dans des services de soins critiques, des modes de fonctionnement dégradés ont aussi pu être imaginés, voire mis en place.

● Quelle marge de manœuvre le Directeur des Soins possède-t-il entre l'agilité ou l'innovation organisationnelle et les recommandations de bonnes pratiques ? La situation ne nous exonère pas des responsabilités liées à notre fonction.

**Dans quelle mesure nos établissements sanitaires peuvent-ils aujourd'hui capitaliser à partir de l'expérience du contexte sanitaire Covid-19, notamment dans la gestion des formations et le développement des compétences du personnel soignant, afin de favoriser l'adaptation aux situations complexes et anticiper une situation future en garantissant une qualité des soins pour les patients et une sécurité pour les soignants dans la réalisation de leurs tâches ?**

Aujourd'hui, mes fonctions futures de Directeur des Soins en établissement de santé m'engagent à prendre part à ce champ de l'activité que ce soit au niveau stratégique, au niveau de la coordination ou au niveau opérationnel, en lien avec le référentiel métier<sup>3</sup>. Ces champs me renvoient aussi aux responsabilités engagées, que ce soit en matière de gestion du personnel non médical et de sa formation, ou relatives aux objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins. Ces fonctions futures s'inscrivent aussi bien sûr dans le champ territorial

---

<sup>3</sup> *Référentiel métier de Directeur (trice) des soins* [en ligne]. mars 2010. [Consulté le 3 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_des\\_soins.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf).

avec il me semble un rôle incontournable dans la promotion de l'accueil, de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC), de la politique de promotion professionnelle, dans le développement de parcours professionnels qualifiants et dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation.

Une première partie va me permettre de décliner le cadre conceptuel et d'enrichir la réflexion à partir notamment du cadre réglementaire du Développement Professionnel Continu (DPC) et Plan de Développement des Compétences afin d'évaluer le champ possible d'adaptation des plans institutionnels. Puis, pour continuer à éclairer cette question, j'aborderai par les notions de compétences, de comportements en situation de stress et de consolidation des apprentissages dans le champ de la psychologie cognitive.

Dans une seconde partie j'évoquerai mon cadre d'enquête qui va me permettre d'étayer le travail avec des éléments objectivables.

Enfin, je clôturerai ce travail en effectuant des propositions concrètes pour permettre le positionnement du Directeur des Soins dans une politique de formation non seulement au sein de l'établissement dans lequel il travaille, mais aussi au sein du territoire dans lequel il collabore.

# **1 De la question d'étude au cadre conceptuel : un chemin nécessaire.**

En 1997, L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) définit la formation professionnelle continue comme : « *tous les types de formations organisées, financées ou patronnées par les pouvoirs publics, offertes par les employeurs ou financées par les bénéficiaires eux-mêmes. Toutes les activités organisées et systématiques d'enseignement et de formation auxquelles les adultes participent pour acquérir des connaissances et/ou des qualifications nouvelles dans le cadre de leur emploi du moment ou dans la perspective d'un emploi futur, pour améliorer leur salaire et/ou leurs possibilités de carrière dans l'emploi qu'ils occupent ou dans un autre et, d'une façon générale, pour augmenter leurs chances d'avancement et de promotion.* »<sup>4</sup>

Des accords de Bologne en 1999, développant la politique européenne de l'enseignement supérieur, au conseil européen de Lisbonne en 2000 promouvant l'Éducation et la Formation Tout au Long de la Vie (EFTLV) comme « *instrument clé d'une compétitivité économique qui doit allier innovation et cohésion sociale* »<sup>5</sup>, la Communauté Européenne semble avoir une propension à développer une forme d'hégémonie sur ses États membres en matière de formation. Pour autant, chaque État reste souverain dans le domaine de la formation continue, tant au niveau de ses dispositifs que de son mode de financement. Toutefois, la stratégie européenne va être transcrite dans le droit français dans plusieurs textes réglementaires. Des textes récents ont modifié les notions de Développement Professionnel Continu (DPC) et de Plan de Développement des Compétences (PDC). Un détour par ces notions me semble important avant d'évoquer plus spécifiquement le concept de compétence, le champ des comportements en situation de stress et la consolidation des apprentissages.

## **1.1 Du DPC au PDC : des dispositifs en constante évolution...**

### **1.1.1 ...Par la réforme de la formation et de l'apprentissage**

La réforme de la formation et de l'apprentissage a pris un sens politique tout à fait particulier en France. C'est un des piliers du nouveau pacte social comprenant aussi la réforme du code du travail ainsi que l'investissement massif dans l'insertion des personnes

---

<sup>4</sup> OCDE, Regards sur l'éducation, 1997, in MONVILLE, Marie et LÉONARD, Dimitri. La formation professionnelle continue. *Courrier hebdomadaire du CRISP*. Août 2008, Vol. n° 1987-1988, n° 2, p. 7-67.

<sup>5</sup> VERDIER, Éric. L'éducation et la formation tout au long de la vie : une orientation européenne, des régimes d'action publique et des modèles nationaux en évolution. *Sociologie et sociétés* [en ligne]. 2008, Vol. 40, n° 1, p. 195-225. DOI <https://doi.org/10.7202/019478ar>. p.199.

éloignées de l'emploi. Cette nouvelle société de compétences, pour le champ de la formation va s'appuyer sur divers dispositifs et diverses modifications réglementaires, tout en tentant de privilégier les demandes et les choix individuels, sans pour autant négliger les personnes les plus éloignées ou défavorisées de l'emploi<sup>6</sup>. Cet arbitrage entre individu et collectif est un gage de cohésion sociale. Dans ce contexte, Pierre Le Douaron propose de définir la FTLV en ces termes :

*« La FTLV désigne la possibilité reconnue à tout individu, tout au long de son existence, d'acquérir des connaissances, des qualifications et des compétences et de faire reconnaître la valeur de son expérience, dans une perspective personnelle, citoyenne, sociale, professionnelle ou liée à l'emploi. Elle doit s'incarner dans un droit universel à la formation tout au long de la vie, en prenant appui sur un ensemble de dispositifs de formation destinés à différents publics. »<sup>7</sup>*

La FTLV, inscrite dans le Code du Travail va être amendée à plusieurs reprises et notamment par la Loi n°2009-1437<sup>8</sup> et pour la Fonction Publique Hospitalière (FPH) par le Décret N°2008-824<sup>9</sup>. Ce Décret réaffirme la nécessité d'un entretien annuel de formation, ainsi que les différentes voies d'accès à la formation continue, à la promotion professionnelle, à la validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ou au bilan de compétence et de réorientation professionnelle. En outre, ce décret relatif à la FTLV des agents de la FPH est très orienté en faveur du service public afin de développer l'efficacité des agents et la qualité du service. Les dispositions générales stipulent (Article 1-Alinéa 2) :

*« La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre les hommes et les femmes.*

*La formation professionnelle tout au long de la vie comprend principalement les actions ayant pour objet :*

*2-De garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer :*

- a) Leur adaptation immédiate au poste de travail ;*
- b) Leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois ;*

---

<sup>6</sup> LE DOUARON, Pierre. La formation tout au long de la vie. *Revue française d'administration publique*. 2002, Vol. 104, n° 4, p. 573-580. p.576.

<sup>7</sup> LE DOUARON, Pierre. La formation tout au long de la vie. *Revue française d'administration publique*. 2002, Vol. 104, n° 4, p. 573-580. p.577

<sup>8</sup> *Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.*

<sup>9</sup> *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.*

c) *Le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences* »

Même si les salariés sont au centre des dispositifs, acteurs de leur propre formation et de leur propre avenir professionnel, il n'en demeure pas moins que la loi réaffirme (art 6313-3) que les actions de formation doivent *favoriser l'adaptation des travailleurs à leur poste de travail, à l'évolution des emplois ainsi que leur maintien dans l'emploi*<sup>10</sup>.

Adaptation au poste de travail et maintien dans l'emploi, sont les maîtres mots des obligations des employeurs en matière de formation professionnelle. Par ailleurs, le code du travail stipule (art L.6321-1) que l'employeur peut proposer des actions qui participent au développement des compétences.

Ces notions prennent dans la situation de crise sanitaire un sens nouveau, notamment dans le cadre d'importantes mobilités internes à l'établissement des agents afin de répondre aux nécessités de réorganisation de l'offre de soins.

### **1.1.2 ...Par le Développement Professionnel Continu**

Instauré par l'article 59 de la Loi du 21 Juillet 2009<sup>11</sup>, le Développement Professionnel Continu devient obligatoire pour tous les professionnels de santé. Selon l'article L.4133-1, il a pour objectifs *« l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »*.

L'évaluation des pratiques professionnelles mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que la formation continue, sont fusionnées dans ce dispositif de DPC. Cette démarche permanente d'actions de formation et d'analyse de pratiques<sup>12</sup> doit concourir à améliorer les processus de prise en charge, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la compétence des professionnels.

Cette volonté d'un accès de tous à des soins de qualité (Titre II) grâce au DPC, sera renforcée et adaptée par l'article 114 de la Loi du 26 Janvier 2016<sup>13</sup>. Outre, la création de l'agence nationale du DPC, des conseils nationaux professionnels dont les missions sont fixées réglementairement peuvent voir le jour. Des arrêtés et décrets (dont le décret du 08/07/2016<sup>14</sup>) vont permettre l'opérationnalité de l'article 114.

---

<sup>10</sup> Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

<sup>11</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>12</sup> Cadre légal et historique du DPC. Dans : Haute Autorité de Santé [en ligne]. décembre 2012. [Consulté le 4 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc).

<sup>13</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>14</sup> Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Ce mode de formation continue est obligatoire pour tout professionnel de santé. Les orientations pluriannuelles de DPC sont définies par arrêté. Selon l'article. L. 4021-2. « Ces orientations comportent :

« 1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;

« 2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé »

Outre ces orientations, les conseils nationaux professionnels doivent proposer un parcours pluriannuel de développement de compétences, analyser et accompagner l'évolution des métiers et assurer une mission de contrôle de l'obligation de DPC en lien avec l'Ordre professionnel lorsqu'il existe. Toutefois, l'article 4021-3 de la loi de modernisation de notre système de santé stipule que « Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur ».

Orientations pluriannuelles, parcours *calibrés*, en cohérence avec la politique nationale de santé. Y a-t-il encore une marge de manœuvre dans les orientations de formation au sein des établissements de santé, et notamment au sein des directions des Soins ?

Au-delà de la création du DPC, La loi du 21 Juillet 2009 va profondément modifier la gouvernance hospitalière et l'organisation administrative des établissements publics de santé. Le rôle du Directeur des Soins va s'en trouver modifié, tant au niveau des organes de décision (notamment au niveau du Directoire) qu'au niveau des organes de concertation ou de consultation (notamment au niveau de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)).

A ce titre, le Directeur des Soins, Coordonnateur Général des Soins (CGS) préside la CSIRMT dont les missions sont précisées par un décret du 30 Avril 2010<sup>15</sup>. Dans le champ de la formation, la CSIRMT est consultée pour avis sur la politique de DPC des personnels soignants, rééducateurs et médicotchniques (art. R 6146.10.I). Le Directeur des Soins, s'il est invité par le Directeur Général de l'établissement peut aussi participer au Comité Technique d'Établissement (CTE) (sans prendre part au vote), ce dernier étant sollicité pour avis sur la politique générale de formation du personnel non médical, sur les versants formation continue et DPC.

En termes de formation continue, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016 va modifier son champ d'application en intégrant une dimension territoriale. En posant le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), la loi va

---

<sup>15</sup> Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

aussi en dessiner les contours de la collaboration, de la coordination et des responsabilités. Ainsi, l'article 107 définit les modalités de constitution et de fonctionnement des GHT. L'alinéa 4 stipule que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement « *la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.* » (Art. L.6132-1 du code de la santé publique).

Cette notion de coordination laisse une certaine latitude de fonctionnement et d'organisation pour les GHT. Toutefois, à partir du projet médical partagé et de la construction de la convention constitutive, le Coordonnateur Général des Soins peut à plusieurs étapes des processus participer à la décision ou à la construction de l'architecture organisationnelle.

- Au moment de la construction du GHT, dans la soumission de la convention constitutive aux instances de l'établissement en tant que membre du Directoire, en tant que président de la CSIRMT, ou en tant qu'invité au CTE.
- Dans ses prérogatives au sein même de l'établissement concernant le plan de formation et de DPC (CSIRMT ou CTE comme abordé au début de ce chapitre)
- Au sein de la CSIRMT de groupement si la convention du GHT favorise une subsidiarité plus importante que la simple coordination des plans de formation et de DPC
- En tant que membre du comité stratégique du GHT qui se prononce sur la stratégie et la mise en œuvre de la démarche de coordination des plans de formation et DPC.
- Enfin, au niveau de la conférence territoriale de dialogue social où siège le président de la CSIRMT de groupement. Cette conférence territoriale est informée de la politique de formation dans le GHT.

### **1.1.3 ...Par le Plan de Développement des Compétences**

Depuis le 01<sup>er</sup> Janvier 2019, le Plan de Développement des Compétences (PDC) a remplacé le plan de formation. Plus qu'un changement de nom ou d'acronyme, c'est un changement de philosophie qui s'opère. Issu de la Loi du 05 Septembre 2018<sup>16</sup>, le PDC est présenté comme le levier possible d'accès à des actions de formation professionnelle pour le salarié, à l'initiative de l'employeur <sup>17</sup>(Art L.6312-1 du Code du Travail).

---

<sup>16</sup> Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

<sup>17</sup> En complémentarité du PDC, Le CPF serait alors le levier mobilisable par le salarié.

A ce titre, le PDC va permettre à l'employeur de répondre à ses obligations en matière de formation professionnelle à savoir<sup>18</sup> :

- Des actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi
- Des actions de développement de compétences

La Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel semble privilégier le développement des compétences et non plus l'action de formation. Cette volonté de veiller au maintien de l'employabilité permet de mettre l'accent non seulement sur les priorités concernant les projets actuels et à venir pour les établissements, mais aussi d'évaluer les besoins en compétences. A ces préoccupations institutionnelles viennent se greffer les approches individualisées de l'employabilité et du parcours professionnel.

Le Plan de Développement des Compétences reste avant tout un acte piloté à l'initiative de l'employeur. C'est non seulement un acte de direction, mais aussi un outil de pilotage et un support de communication institutionnelle. Outre le budget qu'il mobilise, il doit permettre de faire face à la transformation des métiers, aux mutations technologiques ou aux situations sanitaires exceptionnelles.

Plan de formation, Plan de Développement des Compétences ; même si le sens change, même si la compétence semble positionnée au cœur du dispositif<sup>19</sup>, j'utiliserai dans cette présentation les deux termes selon la même acception. En effet, dans l'usage quotidien collectif, la nuance n'est pas encore intégrée et nombreuses sont les personnes qui ont conservé l'usage du terme de plan de formation.

Afin de dépasser ce cadre réglementaire, il me semble incontournable d'évoquer et de préciser la notion de compétence. En situation d'incertitude dans laquelle survient l'accélération des temps de la décision, de la formation, de la mise en place effective des actions, des voix s'élèvent toujours pour questionner l'opérationnalité des formations initiales et continues en termes de développement des compétences ou de capacités d'adaptation aux postes ou aux situations.

## **1.2 Compétence, savoir agir en situation : un concept polysémique**

En tant que Directeur des Soins, je souhaite avoir un éclairage sur ce qu'il se passe à propos des savoirs appris et/ou dispensés lors des nombreuses formations pour développer ou affermir les compétences des professionnels en situation de travail. Pour cela, je cherche à comprendre ce qu'est la compétence.

---

<sup>18</sup> Plan de développement des compétences. Dans : *Ministère du Travail* [en ligne]. 19 février 2020. [Consulté le 19 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/entreprise-et-formation/article/plan-de-developpement-des-competences>.

<sup>19</sup> La compétence semble positionnée comme étant la finalité, la formation devenant le moyen d'y parvenir.

### 1.2.1 La notion de compétence : une définition non stabilisée à ce jour

La notion de compétence s'est imposée ces dernières décennies sans pour autant gagner des positions unanimes. Les litiges portent, selon Jean Claude Coulet, sur « *l'assujettissement ou non de la formation des individus aux logiques socio-économiques organisant le marché du travail et d'autre part, sur la place faite aux savoirs académiques* »<sup>20</sup>.

Dans les anciens modèles de formation, en tout cas ceux d'avant la logique par compétences<sup>21</sup>, les savoirs étaient des buts en soi. Ainsi, valider, réussir ses examens, ses mises en situations gageaient de la performance des individus. Depuis l'approche par compétences, les savoirs ne sont plus une finalité en soi ; ils sont ressources pour l'action. Les savoirs changent de statut. Comme le précise Claire Tourmen qui cite Joris Thievenaz, « *Cette approche change le statut du savoir, davantage compris comme un outil d'aide à la résolution des problèmes rencontrés dans les situations de travail* »<sup>22</sup>.

Josiane Basque, professeure québécoise en technologie éducative a rapporté quelques définitions du concept de compétence<sup>23</sup>, à savoir :

Pour Jacques Tardif, « *Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* »<sup>24</sup>.

Pour Guy le Boterf, « *La compétence est de l'ordre du savoir-mobiliser. C'est une combinatoire de ressources* »<sup>25</sup>.

Pour Perrenoud, une compétence « *permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées* »<sup>26</sup>. Et de préciser que « *posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent. On peut connaître des techniques ou des règles de gestion comptable et ne pas savoir les appliquer au moment opportun* »<sup>27</sup>.

---

<sup>20</sup> COULET, Jean-Claude. La « référentialisation » des compétences à l'école, conceptions et mises en œuvre. *Recherche formation*. 2010, Vol. n° 64, n° 2, p. 47-62. p.49

<sup>21</sup> 2009 pour les formations en France, suite aussi des accords de Bologne de 1999.

<sup>22</sup> TOURMEN, Claire. Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions. *Savoirs*. 2014, Vol. 36, n° 3, p. 9-40. p.12

<sup>23</sup> BASQUE, Josiane. Le concept de compétences : quelques définitions. Dans : *Pédagogie* [en ligne]. 4 août 2015. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://pedagogie.quebec.ca/outils/le-concept-de-competences-quelques-definitions>.

<sup>24</sup> TARDIF, Jacques. *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Education, 1 janvier 2006. ISBN 978-2-7650-1005-0.

<sup>25</sup> LE BOTERF, Guy. *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'Organisation, 1 octobre 1994. ISBN 978-2-7081-1753-2.

<sup>26</sup> PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences* [en ligne]. septembre 2000. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2000/2000\\_30.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_30.html).

<sup>27</sup> PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ?* [en ligne]. novembre 1998. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1998/1998\\_34.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_34.html).

Pour Philippe Zarifian, la compétence est « *une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforment, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* »<sup>28</sup>.

Pour Marc Romainville, cité par Annabel Beaupied, une compétence est « *un ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets.* (1998)»<sup>29</sup>.

Christiane Bosman définit une compétence comme « *une réponse originale et efficace face à une situation ou une catégorie de situations, nécessitant la mobilisation, l'intégration d'un ensemble de savoirs, savoir-faire, savoir-être...* »<sup>30</sup>.

Pour Patrick Mayen, Jean François Métral et Claire Tourmen « *Être compétent pour une situation ou une classe de situation consiste alors à pouvoir s'en débrouiller, faire face, se tirer d'affaire, parfois même maîtriser la situation. Autrement dit, c'est pouvoir agir avec elle, sur elle, ne pas être seulement passif et réactif, ne pas trop en subir les aléas, les événements, les conséquences. Un professionnel compétent est alors une personne capable de « maîtriser » un ensemble de situations professionnelles et, par extension, de classes de situations plus ou moins complexes, constitutives de son emploi ou métier* »<sup>31</sup>. Cette définition rappelle que la compétence est toujours située, c'est-à-dire toujours relative à une situation ou une classe de situations.

## **1.2.2 Compétence et transfert des compétences**

De ces quelques définitions, je retiens que la compétence, dans le champ de la santé qui nous préoccupe dans ce travail, n'est pas un état mais qu'elle s'exprime en situation. Elle invite le soignant à mobiliser un ensemble de ressources internes et externes au service de l'analyse qu'il fait d'une situation au sein d'une classe de situation plus large. De ce fait, un soignant agit avec compétence au sein d'une classe de situation dans laquelle il a transféré des schémas d'action invariants. Mais, quand une complexité inédite survient, comme dans la situation de crise coronavirus Covid-19, comment un soignant peut-il agir avec compétence et transférer des schémas d'action alors qu'il ne connaît pas les incontournables qui structurent cette activité ? Comment par exemple une infirmière de bloc

---

<sup>28</sup> ZARIFIAN, Philippe. *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Rueil-Malmaison : Liaisons, 2 avril 1999. ISBN 978-2-87880-291-7.

<sup>29</sup> BEAUPIED, Annabel. L'évaluation par les compétences. *Idees économiques et sociales*. 2009, Vol. N° 155, n° 1, p. 71-77.

<sup>30</sup> BOSMAN, Christine, GÉRARD, François-Marie et ROEGIERS, Xavier. *Quel avenir pour les compétences ?* [S. l.] : De Boeck, 2000. [Consulté le 11 mai 2020]. ISBN 2-8041-3502-0. Disponible à l'adresse : [http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/B/Bosman\\_2000\\_A.html](http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/B/Bosman_2000_A.html).

<sup>31</sup> MAYEN, Patrick, MÉTRAL, Jean-François et TOURMEN, Claire. Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche et formation* [en ligne]. Juillet 2010, n° 64, p. 31-46. DOI 10.4000/rechercheformation.191.

opératoire peut-elle réaliser avec compétence des tâches de façon organisée, si elle n'est pas entraînée au quotidien pour les maîtriser ?

Selon Patrick Mayen, « *les situations de travail sont sources constantes d'embarras, de difficultés, de problèmes. Elles sont aussi de manière plus positive, des sources de questionnements, de défis, d'invention et de création* »<sup>32</sup>. C'est à cela que doivent faire face les individus au travail. Ils sont amenés à raisonner *sur* et à *partir* des situations et à prendre des décisions rapides, précises et orientées

La situation de gestion des activités de soin dans le contexte de crise sanitaire a rendu les situations de travail difficiles, délicates, problématiques. Les adjectifs ne manquent pas pour présenter les effets et le vécu de cette situation par tous les protagonistes : stressante, délicate, difficile, particulière, inédite... Toutefois, il me semble qu'il ne faut pas oublier le contexte et la notion de défi, qui peut permettre à certains agents de se transcender en situation.

### **1.3 La crise et le comportement en situation de stress**

#### **1.3.1 Définitions de la crise**

Les définitions de la crise sont multiples et polysémiques. Il est difficile d'en extraire une définition universelle et consensuelle car la crise dépend du contexte de survenue, de sa représentation individuelle et collective, de son interprétation, et du champ disciplinaire mobilisé. Les définitions générales du Robert ou du Larousse présentent la crise comme une « phase grave » pour le premier et une « phase difficile » pour le second. Les deux définitions identifient que la crise a des conséquences fâcheuses et implique des individus en interaction dans un environnement.

Vue sous l'angle managérial, la crise peut être considérée comme un *évènement* ou comme un *processus*. Ainsi, Julie Boumrar dans son article évoquant la crise comme levier stratégique d'apprentissage organisationnel rapporte les définitions actuelles d'auteurs<sup>33</sup>.

Pour Rosenthal (1945 – 2002), une crise est « *une menace sérieuse affectant les structures de base ou les valeurs et normes fondamentales d'un système social, qui – en situation de forte pression et haute incertitude – nécessite la prise de décisions cruciales* ». Cette définition générale évoque la notion de valeur et de norme.

Pauchant et Mitroff (1995), toujours cités par Julie Boumrar, quant à eux la considèrent comme « *une accumulation d'événements probables au niveau d'une partie ou*

---

<sup>32</sup> MAYEN, Patrick, LAINÉ, Armelle et COLLECTIF. *Apprendre à travailler avec le vivant : Développement durable et didactique professionnelle*. Dijon : Editions Raison et Passions, 28 octobre 2014. ISBN 978-2-917645-36-9. p.25

<sup>33</sup> BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26.

*de l'organisation dans son ensemble et pouvant interrompre ses opérations présentes ou futures en affectant les individus et les communautés à un niveau physique, psychologique et/ou existentiel ».*

Pour Reilly (1993), la crise est « *une situation nocive et perturbatrice de grande ampleur, soudaine, consommatrice de ressources et qui s'inscrit généralement en dehors des cadres opératoires et des schémas de références typiques des gestionnaires* ».

Dans le même sens, Lagadec (2005) la définit comme « *une situation où de multiples organisations, aux prises avec des problèmes critiques, soumises à de fortes pressions externes, d'âpres tensions internes, se trouvent brutalement et pour une longue durée sur le devant de la scène...* ».

Selon Combalbert (2005), la crise peut se caractériser par « *une situation sortant du cadre habituel des incidents connus, avec la nécessité de prendre en urgence des décisions stratégiques et d'organiser. Les enjeux apparaissent comme exorbitants, multiples, et pour la plupart ne se révèlent qu'au fil des temps* ». Roux-Dufort (2003) voit lui dans la crise « *un concept fondamentalement lié à la perception que peuvent en avoir les acteurs* ».

Plus loin dans son article, l'auteure infère l'idée que la crise renvoie à une perception personnelle, donc subjective. Elle fait le lien avec le stress qui agit comme un « *modificateur de la perception, peut être un allié quand il focalise l'attention et incite à l'action, mais il peut aussi modifier la perception objective de la situation et ainsi amplifier la crise* »<sup>34</sup>.

La crise possède plusieurs dimensions, humaine et sociale, politique et institutionnelle, éthique et morale, technique et juridique... qui interagissent pour créer un système complexe.

Les sources documentant la gestion de crise considèrent la crise comme un processus dont il faut repérer les étapes et anticiper pour chacune d'elles. Mais dans la situation qui nous préoccupe aujourd'hui avec le coronavirus Covid-19, les agents ont dû faire face à de l'inédit et de façon durable. Comme le résume Julie Boumrar, « *la crise résulte donc d'un jugement porté à partir du cadre interprétatif d'un domaine d'activité et d'une confrontation entre les différents groupes d'interprétation* »<sup>35</sup>.

L'année de formation de directeur des soins à l'EHESP est aussi l'occasion d'aborder, dans une unité d'enseignement la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Aussi Christophe Van der Linde et Bertrand Parent, professeurs à l'Institut du Management de l'EHESP proposent un cadre conceptuel d'une SSE et / ou d'une crise. Ils s'appuient sur l'instruction n°274 su 27 Juin 2013qui définit la SSE comme

---

<sup>34</sup> BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26. p.17

<sup>35</sup> BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26. p.17

étant « *la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et /ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise* »<sup>36</sup>. Les professeurs évoquent la crise lorsque les évènements sont subis, lorsqu'il y a une perte de contrôle de la situation. Christophe Van der Linde cite Lagadec et Guilloux (2002) pour qui « *la crise, c'est l'urgence plus la déstabilisation, elle combine déferlement de difficultés, dérèglement dans le fonctionnement des organisations, divergences dans les choix fondamentaux* »<sup>37</sup>

### 1.3.2 Les situations stressantes

En 2004, Olivier Roques et Alain Roger ont effectué une étude qualitative afin de déterminer la relation entre les situations stressantes et le développement des compétences à l'hôpital public<sup>38</sup>. Cette étude fait suite à l'épisode caniculaire de l'été 2003 qui a mis en exergue le comportement des soignants hospitaliers et leur capacité d'adaptation face à une situation de crise. Les 8 critères de situations stressantes qu'ils mettent en évidence sont :

- La gravité de la situation
- Les éléments imprévisibles
- Le manque de temps
- Les difficultés de la vie privée
- La mauvaise relation avec la hiérarchie
- La mauvaise entente avec les collègues
- La personnalité difficile du soigné
- La pression du public

Ces critères font écho dans la situation actuelle de la crise sanitaire pour laquelle la HAS a, début Mai 2020, édité une fiche : « réponse rapide » concernant les professionnels du monde de la santé<sup>39</sup>. Dans cette fiche l'HAS pointe les différents facteurs stressants pour les professionnels dans la crise actuelle, à savoir :

---

<sup>36</sup> *Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* [en ligne]. 27 juin 2013. [Consulté le 9 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37219>.

<sup>37</sup> GUILLOU, Xavier et LAGADEC, Patrick. *La fin du risque zéro*. Paris : Eyrolles, 2002. ISBN 978-2-7081-2707-4. Cité par Christophe Van der Linde lors du cours SSE. Mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé. Edition novembre 2019.

<sup>38</sup> ROQUES, Olivier et ROGER, Alain. Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. *Politiques et Management Public* [en ligne]. 2004, Vol. 22, n° 4, p. 47-63. DOI 10.3406/pomap.2004.2855.

<sup>39</sup> LAVIE, Estelle (rédactrice) et MOLENDI, Sylvie (rédactrice). Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. HAS. 2020, p. 16.

- Les conditions de travail avec une augmentation de la charge et du rythme
- L'organisation du travail : nouveaux services, nouveaux lieux, nouveaux collègues, nouvelles situations cliniques
- Les facteurs relationnels en lien avec l'information, la communication, le défaut de soutien de la hiérarchie, les clivages interprofessionnels, etc.
- Les rôles et les tâches : Périmètres des tâches à accomplir et des responsabilités qui en découlent.
- L'insécurité concernant les problématiques de matériel et d'éléments de protection individuelle
- Les conflits de valeurs et conflits éthiques : Tension entre les décisions prises en situation de crise et les valeurs du soin.
- La maladie elle-même : taux de mortalité élevé (dans des services d'hospitalisation conventionnelle de patients atteints de Covid, le chariot d'urgence peut être utilisé 3 à 4 fois par jour), peur de la maladie pour soi-même, sa famille, ses collègues ; peur de contaminer ses proches et les patients, charge émotionnelle dans l'accompagnement et la solitude des patients avec notamment la décision d'interdire les visites.
- L'incertitude : Évolution de la maladie, de ses signes cliniques et de ses formes atypiques, l'évolution incertaine de la crise.
- L'interface foyer/travail : difficultés de concilier les contraintes professionnelles et l'organisation familiale modifiée par le confinement.
- ...

Toutefois, Olivier Roques et Alain Roger pointent aussi le fait que ces situations stressantes peuvent « *améliorer la satisfaction au travail, puisqu'elles donnent le sentiment de l'utilité et de la compétence* »<sup>40</sup>. Nous pouvons imaginer que ce sentiment d'utilité a été renforcé durant toute la période de confinement par les marques de sympathie, les gestes de solidarité ou les actions caritatives développées par la population française.

### **1.3.3 De la situation de crise aux compétences des professionnels**

Je souhaite comprendre en quoi les situations dites de crise viennent impacter la compétence d'agents jusque-là reconnue. En effet, des cadres et managers ont observé en situation de crise et de stress des comportements non conformes de professionnels aguerris, comportements qui ne sont pas observés en situation de travail ordinaire.

Mais, que se passe-t-il en situation de crise ? Pourquoi avons-nous observé en équipe pluri professionnelle, des pratiques non conformes, des écarts à la règle, des

---

<sup>40</sup> ROQUES, Olivier et ROGER, Alain. Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. *Politiques et Management Public* [en ligne]. 2004, Vol. 22, n° 4, p. 47-63. DOI 10.3406/pomap.2004.2855. p.61

erreurs, des incohérences de type organisationnelles ou des fautes d'asepsie par exemple, de la part de ces professionnels ? Où sont passés les savoirs qu'ils savent énoncer quand on les interroge ? Pourquoi savent-ils dire avec des mots justes et réalisent de façon contraire ou inappropriée ? Que font les professionnels des savoirs donnés au sein des formations auxquelles ils participent ?

Dans son deuxième chapitre Julie Boumrar<sup>41</sup> relie crise et apprentissage organisationnel. Elle rappelle qu'il y a deux types de connaissances : les connaissances explicites et les connaissances tacites. En effet, la psychologie cognitive présente deux mémoires à long terme :

- La mémoire sémantique : elle stocke au niveau du lobe temporal les connaissances explicites ou déclaratives qui, comme leurs noms l'indiquent, sont des connaissances qui peuvent s'énoncer avec des mots.
- La mémoire procédurale : elle se situe au niveau du lobe occipital et du cervelet. Cette mémoire est celle des connaissances tacites qui permet d'acquérir des habiletés et des automatismes. A ce niveau, les connaissances ne sont pas ou peu explicites car les individus ont incorporé ces connaissances. L'automatisation se fait progressivement et avec de l'entraînement (c'est-à-dire au fil de nombreux essais).

Pour Francis Eustache, « *La mémoire procédurale est chargée de l'acquisition et de la restitution d'habiletés, d'expertises, qu'elles soient motrices, verbales cognitives. Elle est indissociable de l'action à la différence de la mémoire déclarative qui permet d'évoquer des connaissances sans que les objets auxquels elle fait référence soient présents* »<sup>42</sup>. De ce fait, cela laisse de la disponibilité mentale pour réfléchir et traiter d'autres tâches de façon consciente.

Cette approche est éclairante car elle me permet de comprendre que les connaissances et les savoirs procéduraux sont logés dans des mémoires différentes et qu'on ne peut faire deux choses conscientes en même temps. De plus, un professionnel peut « savoir énoncer » une procédure par exemple sans « savoir la réaliser » comme il le dit, et inversement. Cela ne fait pas appel à la même mémoire. Les mémoires fonctionnent donc en interaction les unes avec les autres.

---

<sup>41</sup> BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26. p.19

<sup>42</sup> EUSTACHE, Francis. *Pourquoi notre mémoire est-elle si fragile ?* Paris : Le Pommier, 30 septembre 2003. ISBN 978-2-7465-0131-7. p.44.

### **1.3.4 Les fonctions cognitives et le concept de charge cognitive**

Nous avons vu que le cerveau ne peut traiter deux choses conscientes en même temps. Cela signifie que dès que nous devons porter notre attention de façon intense sur une chose exigeante, et que nous subissons d'autres stimuli tout aussi exigeants, nous nous trouvons en situation de surcharge cognitive.

Pour la psychologie cognitive, la charge cognitive est l'effort utilisé dans la mémoire de travail. La mémoire de travail, est celle qui est utilisée pour réfléchir, se demander si sa conduite est correcte, vérifier, prendre des informations ici et là et raisonner. Selon la théorie de Sweller<sup>43</sup>, la charge cognitive est liée à la quantité d'informations que la mémoire de travail peut stocker simultanément. La mémoire de travail a une capacité limitée et une charge cognitive lourde peut avoir des effets négatifs sur la finalisation d'une tâche. D'autre part, afin de préserver l'intégrité de l'individu, le cerveau va déjà utiliser son énergie cognitive à gérer le stress et ensuite à raisonner, planifier, analyser...Un stress important va donc gêner le travail de raisonnement.

En clair, un individu stressé et surchargé va utiliser ses ressources cognitives pour gérer son stress d'une part, et va utiliser ces mêmes ressources pour se questionner, analyser, décider, inhiber des automatismes, revenir et décider autrement...Il ne pourra pas être flexible et agile ; d'où l'intérêt d'automatiser un maximum de procédures pour libérer de l'énergie.

C'est aussi ce que Julie Boumrar affirme dans son article sur la crise « *qu'en situation de crise, les individus doivent agir rapidement et efficacement, mais il paraît difficile d'être rationnel en période de crise ; en effet, certains auteurs considèrent même que la perte de points de repère habituels est l'un des éléments constitutifs de la crise* »<sup>44</sup>.

Comment alors ne pas rajouter de charge supplémentaire à la crise ?

Même si les capacités des mémoires sémantiques et procédurales sont importantes comme nous avons pu le voir précédemment, elles sont tout de même soumises à l'oubli.

## **1.4 Le lien avec la formation : La consolidation des apprentissages, un passage nécessaire.**

### **1.4.1 L'oubli et la consolidation des acquis**

L'oubli est un phénomène incessant et nécessaire. Pour retenir, des stratégies doivent être mises en place. La psychologie cognitive maintenant appuyée par les neurosciences cognitives adhère à la théorie d'un apprentissage expansé c'est-à-dire

---

<sup>43</sup> La théorie de la charge cognitive de John Sweller. Dans : *Nos Pensées* [en ligne]. 5 janvier 2019. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://nospensees.fr/la-theorie-de-la-charge-cognitive-de-john-sweller/>.

<sup>44</sup> BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26.

répété et échelonné plutôt que massé dans un seul temps. Comme le souligne Jean Luc Berthier<sup>45</sup>, « Si on reprend une information après quelques jours, puis après deux ou trois semaines, puis après deux ou trois mois, la mémoire généralement finit par fixer l'information ». Il précise dans une autre source que « Pour retenir des faits, des données dans la mémoire sémantique, il convient de revenir sur les informations plusieurs fois en suivant la courbe d'Ebbinghaus. Le premier apprentissage exige un effort important, une attention de qualité, un temps d'exposition. Ce premier apprentissage n'est jamais suffisant pour espérer l'avoir acquis sur une durée longue, il estompe vite (minutes, heures, jours). Plusieurs reprises sont nécessaires pour assurer la rétention durable. Les reprises peuvent s'étaler dans le temps avec des écarts de plus en plus grands (apprentissage expansé). L'exemple de la série : 1, 2, 4, 8, 16 semaines, peut convenir »<sup>46</sup>.

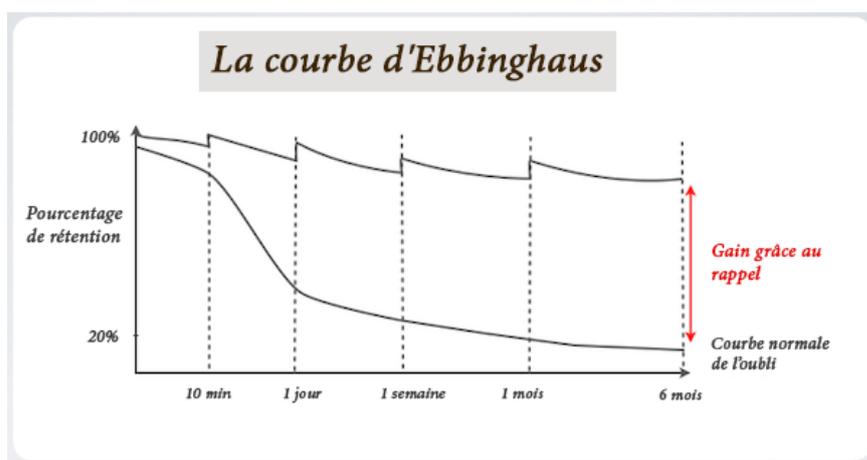


Figure 1: La courbe d'Ebbinghaus<sup>47</sup>

En utilisant une formule mathématique, ce psychologue du 19<sup>ème</sup> siècle dont la théorie est toujours reconnue a pu concevoir ce graphique, cette modélisation qui montre à quelle vitesse nous oublions les connaissances : 10 minutes après, il faut rappeler les savoirs en vous posant des questions, et vérifier ; puis le lendemain se rappeler les savoirs encore. Il est nécessaire de renouveler la recherche mnésique au bout d'une semaine, d'un mois et enfin de 6 mois. Les savoirs acquis lors d'une formation, seront ancrés plus longuement comme le démontre cette courbe. On passe donc de 20 % de rétention à 80 % de rétention à l'issue de ces répétitions.

Il faut comprendre avec cette présentation que, pour qu'un apprentissage soit durable, il vaut mieux faire 3 jours de formation séparés les uns des autres d'environ une semaine plutôt que 3 jours consécutifs !

<sup>45</sup> BERTHIER, Jean-Luc. Mémorisation, comment faire travailler efficacement vos mémoires? Dans : *Sciences cognitives* [en ligne]. [s. d.]. [Consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://sciences-cognitives.fr/le-parcours-formation/memorisation/>.

<sup>46</sup> BERTHIER, Jean-Luc. La consolidation mnésique pour apprendre et réussir à long terme. Dans : *Sciences cognitives* [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://sciences-cognitives.fr/consolidation-mnesique-apprendre-reussir-a-long-terme/>.

<sup>47</sup> FARTASSI, Adam. Marre d'oublier? Voici la Courbe d'Ebbinghaus! Dans : *PenserChanger* [en ligne]. 2 avril 2020. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.penserchanger.com/marre-doublier-voici-la-courbe-debbinghaus>.

## 1.5 L'agilité organisationnelle, un concept à clarifier

Le terme « agile » est de plus en plus souvent utilisé lorsque l'on parle de ressources humaines, de management ou de conduite du changement. A l'origine la notion d'agilité a été utilisée dans le domaine militaire comme le précise Éric Delavallée et plus spécifiquement dans le combat aérien où il désigne « *la capacité à changer de manœuvre dans le temps* »<sup>48</sup>. Goldman et al, en 1995 définissent l'agilité organisationnelle comme « *la capacité d'adaptation permanente de l'entreprise en réponse à un environnement caractérisé par la complexité, la turbulence et l'incertitude* »<sup>49</sup>. Pour Dove en 2001, « *C'est la possibilité de réagir rapidement au changement, mais également d'agir et de «maîtriser» ce dernier grâce à d'importantes capacités d'adaptation, d'innovation et d'apprentissage* »<sup>50</sup>.

Durant la crise sanitaire, les établissements de santé ont toujours fait preuve d'anticipation, d'adaptation, pour tenter de répondre de la façon la plus juste et la plus proportionnée à cette situation inédite. Les caractéristiques de cette agilité organisationnelle peuvent être observées à partir du modèle développé par Audrey Charbonnier-Voirin en 2011 qui discrimine les leviers, les pratiques et les capacités agiles<sup>51</sup>.

### LES CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES :

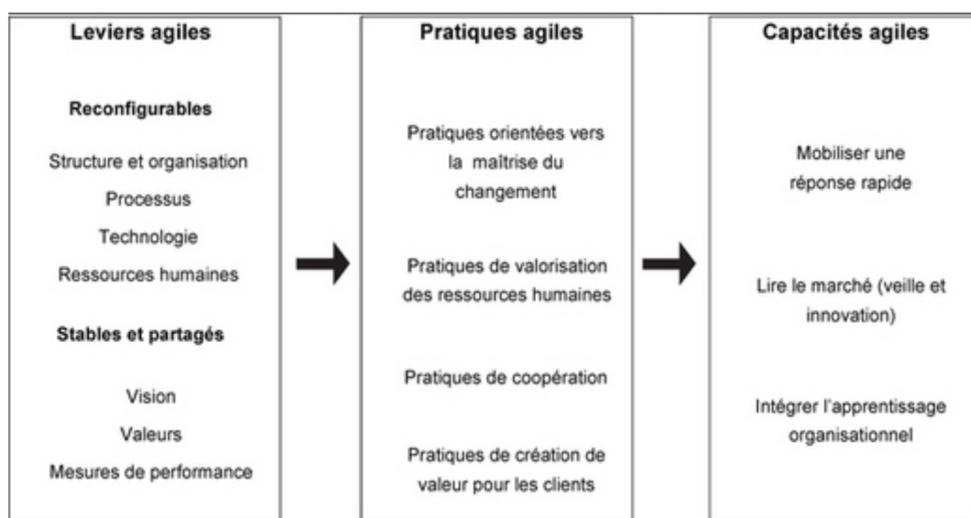


Figure 2 : Caractéristiques de l'agilité organisationnelle par Audrey Charbonnier-Voirin (2011)

<sup>48</sup> DELAVALLÉE, Éric. Petite histoire de l'agilité organisationnelle. Dans : *Questions de Management - Le blog d'Eric Delavallée* [en ligne]. 6 juin 2016. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.questions-de-management.com/petite-histoire-de-lagilite-organisationnelle/>.

<sup>49</sup> SIMARD, Hugues. *L'agilité organisationnelle: Du concept à l'opérationnalisation*. p. 21.

<sup>50</sup> SIMARD, Hugues. *L'agilité organisationnelle: Du concept à l'opérationnalisation*. p. 21.

<sup>51</sup> CHARBONNIER-VOIRIN, Audrey. Développement et test partiel des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure de l'agilité organisationnelle. *M@n@gement*. Octobre 2011, Vol. Vol. 14, n° 2, p. 119-156. p.127

## **1.6 Une question d'étude toujours d'actualité ?**

Après avoir clarifié les différentes notions, il me semble que la question de départ proposée dans l'introduction ne prend pas assez en compte les notions de stress, de situations stressantes, de charge cognitive et d'apprentissage.

Comment accompagner les novices, afin de leur permettre de développer rapidement des compétences et les rendre opérationnels ?

Comment accompagner les agents expérimentés afin de leur permettre de conserver une réponse adaptative efficace en situation de stress ou de surcharge cognitive ?

Quelles agilités organisationnelles ont été mises en place afin d'accompagner l'ensemble des professionnels et réduire les situations stressantes ?

Comment intégrer l'expérience de crise sanitaire Covid-19 dans les futurs plans de développement des compétences au niveau des établissements de santé et/ou des GHT ?

Je vais m'attacher à relever auprès de directeurs des soins, de personnels d'encadrement quels sont les dispositifs de formation et d'accompagnement qu'ils ont pu mettre en place lors de la crise sanitaire, quelles sont les organisations adaptatives qu'ils ont développé afin de pouvoir répondre aux modifications capacitaires et aux exigences liées à l'accueil de patients touchés par le coronavirus et quels dispositifs de prévention et de gestion du stress pour les agents ils ont utilisé.

Je cherche à référencer, en tant que Directeur des Soins les bonnes pratiques développées afin de pouvoir en réaliser une modélisation.

## 1.7 Synthèse

Même si les évolutions de la FTLV et de la liberté pour choisir son avenir professionnel sont très centrées sur l'individu, le Développement Professionnel Continu et le Plan de Développement des Compétences sont d'intéressants leviers qui peuvent être actionnés au sein des établissements de santé afin de permettre le développement des compétences des agents, ainsi que l'adaptation à leur poste de travail.

Les évolutions concernant la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel permettent aussi d'intégrer comme actions de formation celles effectuées tout ou en partie à distance ou en situation de travail.

La compétence est une réponse à un engagement dans des situations de travail qui mobilisent des ressources internes et externes aux individus. C'est un savoir réagir complexe. On « n'est » pas compétent une fois pour toute, mais on agit avec compétence à un moment donné dans une situation donnée. La compétence n'est ni stable ni généralisable.

La crise peut à la fois être considérée comme un événement et un processus, sujette à des représentations, à des interprétations, donc à une gestion difficilement rationnelle.

Même si des formations ont été données à des professionnels pour agir efficacement, même si ces professionnels réinvestissent au mieux les savoirs appris, ces savoirs tant théoriques que procéduraux sont fragiles et nécessitent des stratégies de consolidation.

Les savoirs théoriques logés dans la mémoire sémantique s'énoncent. Ils sont conscients et pour agir avec compétence, ils sont ressources pour l'action. Les savoirs procéduraux sont automatisés, inconscients, facilement mobilisables pour libérer de l'énergie dans la mémoire de travail afin de permettre la flexibilité cognitive et l'agilité.

Selon les recommandations de la psychologie cognitive, pour consolider des comportements adéquats, il faut un apprentissage intense lors de formation et des reprises régulières, distribuées dans le temps.

En situation de stress, les fonctions cognitives sont saturées. Pour protéger son intégrité, le cerveau va tenter de gérer en premier le stress ; cela induit un manque de disponibilité mentale pour les facultés de raisonnement, de planification : un professionnel même expérimenté peut faire des erreurs, des organisations jusque-là valides peuvent être malmenées...

La situation de crise met à mal les apprentissages pour les bonnes pratiques. Pour autant, nos organisations collectives, cherchant à faire face à une situation de crise bien particulière, ont fait preuve d'une grande agilité organisationnelle.

## **2 Méthode et enquête : pour un éclairage systémique**

A partir de l'éclairage du cadre théorique, et en mobilisant les concepts abordés, il semble opportun d'ajouter une dimension qualitative à partir de l'expérience vécue dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19. En effet, l'éclairage du sujet à travers le vécu et le discours de différents acteurs paramédicaux impliqués dans la gestion devrait permettre d'ajouter une dimension contextuelle au travail conceptuel. Grâce aux récits, aux *verbatim*, nous pouvons mettre en exergue non seulement des variables liées à la géographie et à la typologie des établissements de santé, mais aussi observer des stratégies convergentes ou divergentes dans les décisions et les adaptations opérées. Il semble important aussi d'en soustraire et analyser les modes d'action afin de valoriser et capitaliser les réussites pour en proposer une modélisation par la suite.

Avant de réaliser l'analyse qualitative par thématiques, arrêtons-nous un instant sur le choix de la méthode utilisée, ainsi que sa mise en œuvre. Pour cette approche qualitative des entretiens semi-directifs ont été réalisés.

### **2.1 Méthode et modalités pratiques de mise en œuvre des entretiens**

#### **2.1.1 Méthode**

Le sujet est un sujet plutôt épineux à aborder en raison notamment du caractère contemporain de l'évènement sanitaire. Il est difficile d'aller au-delà des discours et d'avoir une prise de hauteur nécessaire à l'analyse. Pour autant, c'est au départ le discours autour des situations vécues qui est recherché. C'est la raison pour laquelle le choix d'utiliser un questionnaire a été vite écarté. L'entretien semi-directif s'est présenté alors comme la solution, même si le contexte n'était pas favorable à des entretiens en face à face, en raison de la fin du confinement et de la restriction des déplacements.

L'analyse consiste à confronter les propos recueillis lors des entretiens à une expérience de 5 semaines dans mon établissement d'origine où il m'a été confié la mise en œuvre des moyens nécessaires à l'accueil des patients en secteurs critiques, secteurs à forts enjeux sur les volets des ressources humaines et de gestion des compétences. J'ai souhaité mettre en miroir cette expérience avec celle de différents acteurs.

#### **2.1.2 Public Cible**

Ont été sollicités principalement des collègues élèves directeurs des soins qui, en stage ou lors d'un engagement supplémentaire, ont participé à la gestion de la crise. 12 d'entre eux ont répondu favorablement à partir de critères posés au préalable, à savoir : avoir participé à des changements organisationnels de services pour accueillir des patients et au redimensionnement des ressources humaines. A ce panel d'élèves, ont été associés

des directeurs des soins et des cadres de santé. En effet, une vision et une analyse de directeurs en poste, connaissant parfaitement les institutions et les organisations, ainsi que des cadres qui ont vécu la situation sanitaire au plus proche des équipes de soin, permettent d'élargir le champ de l'observation.

Au final 16 entretiens ont été réalisés entre le 19 Mai et le 06 Juin 2020, pour obtenir des informations concernant 17 établissements de santé. Aux 12 élèves directeurs des soins déjà cités s'ajoutent :

- 1 coordonnateur général des soins
- 1 directeur des soins
- 1 cadre de santé hygiéniste
- 1 cadre de santé responsable d'un service de maladies infectieuses.

### **2.1.3 Modalités pratiques**

La majorité des entretiens a été réalisée à distance par téléphone. 1 seul entretien a été réalisé en présentiel, en respectant les mesures barrières préconisées dans la phase de déconfinement. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits après accord des participants. La relecture de la retranscription a été proposée à chaque interlocuteur. Seule une personne a souhaité relire la retranscription dans le but de compléter si nécessaire, ce qui a été réalisé.

Tous ont été anonymisés autant sur l'identité des personnes que les lieux d'exploration. Il est toutefois difficile de respecter l'anonymat de certains lieux, lorsque dans les variables ou les propos évoqués, il est fait état d'une expérience antérieure liée à la gestion d'un évènement sanitaire exceptionnel marquant sur le territoire national. La simple évocation d'attentats terroristes réduit le champ des établissements de santé qui ont malheureusement vécu cette expérience. Pour cette raison, l'usage des *verbatim* ne sera pas systématiquement utilisé afin de maintenir l'anonymat des établissements de santé.

A cette première variable, s'ajoute une variable géographique qui est essentielle dans la gestion de la crise et dans l'organisation des établissements de santé. En effet, là où, dans les zones à forte circulation de virus, ou les zones proches du Cluster du rassemblement culturel de Mulhouse, les premiers patients ont été accueillis dès le début du mois de Février, les latitudes organisationnelles ont été plus faibles que dans la région Nouvelle Aquitaine par exemple. Aussi la carte du ministère des Solidarités et de la Santé présentée pour le déconfinement du 11 Mai 2020 a été utilisée pour visualiser schématiquement les lieux explorés par l'enquête (Annexe II).

Enfin, il existe une variable liée aux sites explorés et aux organisations territoriales. La pluralité des parcours et des stages permet d'avoir un panel assez élargi d'établissements de santé, que ce soient des Centres Hospitaliers (CH), des Centres

Hospitaliers Universitaires (CHU), voire des Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM). De plus, il a été abordé avec certains interlocuteurs le champ médico-social lorsque des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) étaient adossés à des CH. L'organisation territoriale et la taille des établissements renvoient aussi aux densités de population, aux offres de soins et à la maturité de fonctionnement des GHT.<sup>52</sup>

Afin d'obtenir un éclairage supplémentaire, notamment sur le stress et les situations de crise, un entretien a été programmé avec un formateur en Techniques d'Optimisation de Potentiel<sup>53</sup> qui est intervenu en établissement de santé pendant la crise. Malheureusement, après une prise de rendez-vous, cette personne n'a pas donné suite.

## 2.2 Les limites de l'enquête

Le principal biais de ce travail réside dans le fait que je connaisse la grande majorité des personnes interrogées, soit parce que ce sont mes collègues de promotion, soit parce que ce sont des personnes rencontrées au cours de mon parcours professionnel. Même si je pense que cela peut permettre une certaine liberté de paroles, cela reste un biais à signaler.

Le second biais est en lien avec le sujet lui-même : c'est la crise sanitaire. En effet, le fait de ne pas pouvoir réaliser des entretiens en face à face fait perdre une partie des informations, notamment concernant tout le langage non verbal qui est pourtant primordial lors des entretiens.

## 2.3 Présentation synthétique des interviewés

Les prénoms ont été modifiés, les lieux d'exercices uniquement positionnés au niveau des régions. Le profil des interviewés est présenté sous forme de tableau synthétique consultable en annexe III

---

<sup>52</sup> NB : Même si les établissements de santé ont été classés par niveau d'intervention (niveaux 1, 2 et 3) dans l'organisation sanitaire et que la gestion des Équipements de Protection Individuels a été réalisée par les tutelles au niveau du GHT, ce champ ne sera pas évoqué dans l'analyse des entretiens, même s'il a fait l'objet de nombreuses discussions.

<sup>53</sup> Ces techniques permettent de mobiliser les ressources psycho-physiologiques. Isabelle Célestin-Lhopiteau les définit comme « *un ensemble de stratégies mentales permettant à chacun de mobiliser au mieux ses ressources psycho-cognitives, physiologiques et comportementales en fonction des exigences de la situation. L'objectif est de gérer sa charge de travail (mentale voire physique) pour atteindre ses objectifs et pour assurer une performance (à prendre dans une acception très large) durable respectueuse de la santé et du bien-être* (CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *Soigner par les Pratiques Psycho-Corporelles: Pour une stratégie intégrative*. [S. l.]: Dunod, 21 octobre 2015. ISBN 978-2-10-073953-0. )

## 2.4 Le champ de l'analyse

L'analyse qualitative par le biais des entretiens va permettre de rendre compte de l'agilité organisationnelle qui a été déployée au niveau des établissements de santé et des formations qui en ont découlé à travers plusieurs prismes.

Dans un premier temps, et avant d'analyser en profondeur les entretiens, un focus plus précis sur les variables évoquées précédemment est nécessaire. Dans un second temps, le champ de l'analyse des organisations mises en place sera abordé, des formations qui en ont découlé et des possibles conséquences sur les situations de stress, sur les dispositifs d'accompagnement tels qu'ils ont été prévus et tels qu'ils ont été utilisés, permettront de clore cette analyse.

### 2.4.1 Quatre variables qui ont influencé les prises de décision

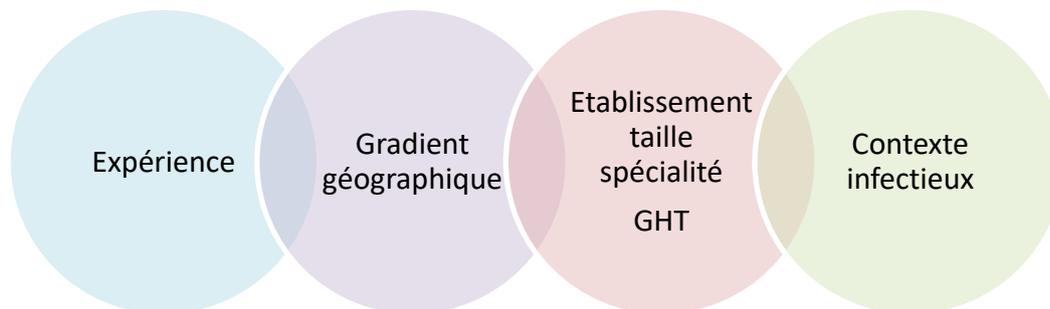


Figure 3: Les 4 variables

#### A) L'expérience facilite et guide la mise en action

**L'expérience**, le fait d'avoir eu à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles pour certains établissements de santé, a été une variable non négligeable dans cette situation de crise durable. Les villes qui ont subi ces dernières années des attentats terroristes meurtriers et des afflux de blessés ont mis en place des dispositifs qu'ils ont pu activer rapidement. Ainsi, dans un Centre Hospitalier ayant cette expérience, la coordonnatrice générale de soins a construit un projet de gestion de crise sanitaire intégré dans son projet managérial. Elle a donc un référent paramédical de SSE nommé et formé à ce type de gestion. Ce cadre supérieur de santé est présent en cellule de crise, au côté du référent médical de crise ; il est facilitateur de prises de décisions. En outre, l'établissement possède un plan de continuité d'activité qui a été validé en Commission Médicale d'Établissement, auquel est adossé une cartographie des compétences et notamment des compétences en soins critiques. Le fait que ces éléments soient discutés et validés au préalable en instances, a facilité l'action. En effet, il a juste fallu vérifier que les plans préparés étaient cohérents et avaient du sens par rapport à la situation sanitaire qui se présente.

C'est aussi la **professionnalisation du référent médical** qui a été mise en avant comme étant une force pour la gestion de la cellule de crise dans un autre établissement. En effet, c'est un médecin anesthésiste, formé à la gestion de crise et aux SSE qui est présenté comme l'acteur clef du dispositif. De façon très méthodique, avec des outils, de la structure, des réunions construites et pertinentes, il est présenté comme la clef de voûte de la cellule de crise et du processus décisionnel.

Olivier Sibony, professeur affilié de stratégie à HEC Paris, décrit avec précision les différents biais cognitifs qui guident l'action. A partir de la crise sanitaire Covid, il a illustré ses travaux et proposé une lecture distanciée des décisions prises à l'occasion d'une web conférence diffusée le 07 Avril 2020<sup>54</sup>. Il se questionne sur la réactivité et la capacité de mettre en place les gestes barrières plus facilement dans les pays asiatiques tels que la Corée du Sud que dans nos pays européens. Il évoque en effet comme **biais de modèle mental**, la distorsion inconsciente du jugement qui fait que les individus ont une tendance naturelle à rapprocher leurs observations d'éléments connus et l'expérience contemporaine de ces pays qui ont dû faire face à l'épidémie de SRAS<sup>55</sup> en 2002-2003 comme un atout à faire face à toute situation périlleuse.

#### B) Le gradient géographique

La carte présentée par le Ministère des Solidarités et de la Santé de la situation en France au 07 Mai 2020 est significative de ce gradient. Des trois critères discriminants, les deux premiers relèvent de la circulation du virus et des tensions hospitalières sur les lits de réanimation. Le gradient nord- sud, apparemment lié à la survenue des premiers clusters importants dans l'Oise et du Haut-Rhin, à la densité de population notamment en Ile de France, et l'effet des mesures de confinement ont permis aux établissements sanitaires et médico-sociaux des zones moins touchées d'avoir plus de temps pour se préparer à l'arrivée d'un nombre massif de patients. Là où les premiers patients atteints de Covid étaient hospitalisés fin janvier, début février, et les cellules de crise mises en place courant février, la temporalité à l'adaptation et aux formations a été très contrainte. Dans les zones moins touchées,

- Les modifications organisationnelles des services ont pu être faites sans précipitation, ainsi Laurent (EDS) explique le processus développé : *« On a réalisé une montée en charge graduelle l'objectif étant qu'on ait deux semaines après mon arrivée 24 lits avec possibilité de 28 puis 32... Les services de réanimation du CHU commencent à se remplir avec des patients Covid+ mais on*

---

<sup>54</sup> SIBONY, Olivier. *HEC Paris Webinar Series - Prise de décision et biais cognitifs: l'exemple du COVID-19 - YouTube* [en ligne]. 7 avril 2020. [Consulté le 17 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=H6IAOM3Ei2o>.

<sup>55</sup> SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère, dû à un autre coronavirus.

*n'a pas de pression particulière ; on décide de mettre 1 ou 2 patients pour rôder le fonctionnement de l'équipe pour voir comment cela se passe, voir quels sont les écueils en pratique, voir s'il y a des choses à réajuster. »*

- Le temps de formation des personnels a pu être renforcé et accompagné.
- De plus, ces établissements ont pu bénéficier de l'expérience de ce qu'il se passait dans les zones très touchées. Ainsi, Benoît (CGS) explique qu'il y avait environ une semaine de décalage entre les événements dans l'Est et la région où il travaille : *« cela a permis d'avoir toujours la possibilité de prendre l'information et de s'adapter pour ne jamais être en retard »*. En étant à l'écoute des situations et des organisations adaptatives, il pouvait ainsi anticiper, préparer les équipes et les organisations.
- Nous pouvons augurer aussi que cette temporalité a pu avoir un effet sur le stress des équipes sans pour autant pouvoir l'objectiver.

Cette notion de **gradient géographique** a eu plusieurs effets bénéfiques dans la gestion de la crise :

- Il a permis le transfert de patients des zones en tension vers des établissements en capacité de les accueillir et d'éviter une surcharge des soins critiques.
- Il a permis la mobilité de soignants vers les zones en tension à partir de volontaires, soignants ayant des compétences spécifiques en anesthésie, en réanimation, en soins généraux, voire en psychiatrie. Cette mobilisation a été non négligeable. Elle a nécessité des formations et adaptations et a permis parfois des échanges fructueux sur les pratiques avec, pour certains, des retours dans leur établissement d'origine avec de nouvelles idées. Ainsi, des infirmières de psychiatrie du Sud-ouest venues en renfort en région parisienne ont proposé à leur retour des modifications de prise en charge suite à ce parangonnage contraint. Perrine (EDS), lors de l'entretien précise : *« il y a eu beaucoup d'accompagnement des médecins auprès des infirmières de province... elles sont reparties en questionnant leurs pratiques. Le chef de la pédopsychiatrie de leur établissement a contacté l'EPSM pour retravailler leurs protocoles. »*

C) L'établissement de santé, sa taille, sa spécialité, son GHT.

Dans la réponse aux besoins sanitaires, le maillage territorial a eu son importance. Le découpage proposé entre les établissements de premier recours, de second ou troisième recours a permis à chacun de s'organiser. Certains établissements ont eu à mettre en place des services de soins critiques pour accueillir des patients de réanimation alors qu'à l'origine, ils ne disposent que d'une autorisation pour des unités de soins intensifs ou de surveillance continue. La formation d'adaptation à l'emploi n'en a été que plus complexe,

même s'ils ont souvent servi de « service de délestage » pour des patients relevant de réanimation mais non atteints par le coronavirus. Pour des CHU, c'est l'augmentation de leur capacité en lits de réanimation qui a pu poser problème, notamment en termes de compétences et de ressources humaines. Augmenter sa capacité en lits de réanimation de 230% ne peut pas être réalisé sans mettre en place des dispositifs ad hoc de formation et d'accompagnement des personnels.

La fermeture des services de chirurgie a libéré un grand nombre de personnels qui ont pu être redéployés avec plus ou moins de facilité et d'adaptabilité. Toutefois, pour les petits établissements sans chirurgie ou pour les EHPAD, il a fallu inventer des organisations avec peu de marges de manœuvre : transformation de lits de médecine, fermeture de services de Soins de Suite et de Réadaptation, ... Pour les établissements de santé mentale, ce sont les activités ambulatoires qui ont été fermées et le personnel redéployé dans les services en intra-hospitalier. Cela ne s'est pas fait sans une certaine difficulté, notamment géographique pour le personnel dans des départements ruraux, grâce aussi à un ajustement de formation orienté vers les soins somatiques.

Quant aux GHT, le sujet a été évoqué systématiquement lors des entretiens. Même si pour la grande majorité, le GHT n'a pas été aidant durant cette période (notant plutôt un repli sur soi des établissements de santé) ; pour certains, la collaboration territoriale a été une réelle plus-value, voire une force. Cette collaboration s'est régulièrement avérée dans les situations de directions communes, que ce soit au niveau des achats ou de la qualité par exemple. En effet, en situation de crise, la maturité d'intégration territoriale du groupement a permis de :

- Développer des filières de soins pour faciliter la prise en charge des patients, soit sous forme de « délestage », soit sous forme de continuité d'activité pour de la chirurgie urgente par exemple, soit pour poursuivre les consultations sur un établissement.
- Développer de l'entraide, notamment sur les équipements de protection individuelle. Par contre, il n'y a pas eu dans les divers établissements explorés à travers les entretiens, de mutualisation de personnels soignants, ni de formations communes. A noter que des mutualisations ont quand même existé et sont plus présentes, notamment lorsqu'il existe déjà une ou plusieurs directions communes entre deux établissements.
- Mettre en place des réunions GHT de crise hebdomadaires ou bihebdomadaires afin de maintenir, développer la coopération et la mutualisation.

A noter que certains interlocuteurs ont aussi souhaité mettre en avant durant cette crise la collaboration avec les établissements privés à but lucratif, ainsi que le lien étroit créé avec la ville et les praticiens libéraux dans l'intérêt de la continuité de prise en charge à domicile. Ainsi Louise (EDS) valorise ce nouveau partenariat : « *Ce qui a bien fonctionné,*

*c'est le lien avec la ville et les libéraux parce qu'on a mis en place à leur demande une visioconférence pour faire connaître nos dispositifs, pour qu'ils puissent bien orienter leurs patients. Ils voulaient aussi savoir comment circulait le virus. A chaque fois qu'on avait un patient étiqueté Covid +, on a toujours appelé le médecin traitant pour lui donner les résultats et aussi l'informer lors de sa sortie. Ça, cela ne marchait pas bien avant et je pense qu'il y a quelque chose à développer ».* Benoît (CGS) valorise aussi le partenariat mis en place avec la ville : « On a été jusqu'à développer un programme PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) pour les patients atteints de Covid avec des soignants, des médecins, pour des patients qui étaient encore contagieux ».

D) Le contexte infectieux, une variable dans la formation.

Malgré toute conception ou toute modélisation préalable, anticiper la réponse à une situation de crise sanitaire par des formations n'est pas totalement réalisable. En effet, nous sommes confrontés en l'espèce à une **pandémie infectieuse** et nous avons mesuré l'importance de la formation à l'habillage, au déshabillage, au bon usage des équipements de protection individuelle à des fins non seulement de réduction du risque de contaminations croisées nosocomiales, mais aussi afin de protéger les soignants et leurs proches. Lors de situations d'attentats terroristes, la dimension infectieuse n'est pas une priorité. Il est difficile de pouvoir anticiper tous les scénarii et développer des formations en conséquence. Lors des entretiens, un directeur des soins s'est même questionné sur l'efficacité effective des formations régulières NRBC<sup>56</sup> en imaginant une situation majeure telle qu'on a pu la connaître dans nos établissements de santé.

Cette difficulté à anticiper toutes les situations, même si nous nous orientons vers une maîtrise obligatoire de *fondamentaux* et de principes incontournables, ne nous exonérera pas de s'adapter rapidement au contexte grâce à une agilité organisationnelle. Celle-ci a par ailleurs été exemplaire à l'occasion de la pandémie.

#### **2.4.2 Une agilité organisationnelle adaptative exemplaire pour répondre aux besoins**

Fermeture des services de chirurgie, des blocs opératoires, transformation des unités de soins en unités prêtes à accueillir des patients infectés, création de circuits spécifiques aux urgences, transformation de services conventionnels en unités de soins critiques, transformation d'ambulatoire en hospitalisation, redéploiement des effectifs et gestion des compétences, ... la liste est longue et non exhaustive du chamboulement qui est survenu dans les unités de soins et les services d'accueil des urgences. Ces changements ont pu avoir lieu grâce au développement d'une agilité organisationnelle sans précédent. Chaque établissement a développé sa stratégie afin de répondre le plus rapidement possible, le

---

<sup>56</sup> Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique

mieux possible aux besoins capacitaires. La plupart d'entre eux ont développé les mêmes stratégies, mais avec quelques ajustements en fonction du contexte et des variables précédemment citées. C'est cette agilité exceptionnelle que nous allons explorer à présent.

A) Les leviers et pratiques agiles mobilisés : Vers une taylorisation du travail ?

Au début de l'entretien, Benoît (CGS) exprime très précisément ce qui a guidé la réflexion et ce qui a guidé l'action dans son établissement, à savoir :

- *« Le besoin de santé publique concernant l'activité*
- *L'adaptation du capacitaire nécessaire en étant dans une logique progression et une logique complémentaire avec d'autres structures et d'autres acteurs*
- *La volonté de préserver et de réserver les ressources humaines. »*

Concrètement, au niveau des ressources humaines, il a fallu rapidement avoir du personnel opérationnel, que ce soit pour des unités de soins accueillant des patients touchés par le coronavirus mais dont les paramètres hémodynamiques ne sont pas inquiétants, ou pour des unités de soins critiques à créer ou à renforcer.

Ce qui est observé d'une façon générale, c'est la tentative d'utiliser les compétences spécifiques de chacun ou de chaque métier afin de répondre à la demande, même si cela s'est fait au détriment d'une prise en charge holistique du patient par un binôme ou un référent. Nous avons assisté à une forme de division du travail, une taylorisation des tâches. Pierre (DS) présente la complexité de la situation : *« La problématique qu'on avait c'était d'avoir des personnels compétents pour aller dans certains secteurs. C'est qu'une infirmière qui arrive en réanimation en temps normal, on lui dit qu'au bout de 6 mois cela se passera bien et qu'il te faut un an pour être vraiment à l'aise. Là, il fallait que ce soit quasiment immédiat, donc c'était un peu difficile »*. Pierre expliquera par la suite l'organisation de division des tâches qui a été mise en place : *« En réanimation on a mis en place une dizaine d'équipes « de retournement » puisque plus de 60 % des patients devaient être mis sur le ventre 12h/jour. Des équipes ne faisaient que cela, le matin, le soir ; des équipes dédiées qui avaient la compétence, qui ont reçu une formation pour cela et dans ces équipes il y avait des chirurgiens qui ont l'habitude de manipuler les patients, des IBODE, des kinés, des infirmières. En 3h ils retournaient 50, 60 patients de réanimation. Ils étaient dédiés à cela, ils savaient bien le faire. Les kinés ont fabriqué du matériel spécifique »*. Ces équipes de « retournement » ont été déployées dans plusieurs hôpitaux. Laurent (EDS) a anticipé la mise en place d'une équipe spécialisée dans la dialyse, mais finalement cela n'a pas été nécessaire.

Les activités et les organisations ont eu besoin d'ajustements entre ce qui était imaginé au départ et ce qui était réalisable. Ainsi, Delphine (EDS) nous explique : *« on s'est vite rendu compte des limites avec les IBODE ; la plupart étaient dans les blocs depuis 20 ans. Dans la réalité c'était compliqué pour elles. Du coup on a choisi un autre mode de*

*fonctionnement, on les a mises circulantes dans les réanimations. On leur a proposé de ne pas avoir de patient en charge mais d'être en soutien de l'équipe qui avaient des patients en charge, pour leur éviter de sortir. On leur a proposé de faire de la formation à l'habillage, de faire de l'accompagnement, par exemple, s'il y avait une pose de voie veineuse centrale, l'IBODE le faisait parce que cela fait partie de son travail et cela libérait l'infirmière qui pouvait faire autre chose sur un autre patient ».*

Ces modifications d'organisation, de structures et d'adaptation des ressources humaines sont les leviers et les pratiques agiles (selon le modèle élaboré par Audrey Charbonnier-voirin) qui ont été mobilisés dans cette situation de crise sanitaire,

#### B) La prise en compte du risque

Risque mesuré, risque toléré, risque accepté ? La question a été posée durant les entretiens afin de déterminer si des organisations ont été mises en place sans mesurer l'impact en termes de risques. Des établissements de santé ont-ils mis en place des organisations qui n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques en vigueur ? il ne semble pas. La division du travail a-t-elle poussé l'encadrement à des pratiques interdites en dehors de périodes de crise ? Apparemment, non. L'exemple type est la préparation des médicaments et produits injectables. Les bonnes pratiques conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont-elles été respectées. Certains établissements ont envisagé, à l'acmé de la crise, former du personnel uniquement pour préparer les drogues injectables qui auraient été administrées par les collègues. Cette organisation aurait été possible dans le respect des bonnes pratiques avec un encadrement spécifique, une double vérification, une augmentation du risque d'erreurs ; bref, des risques plus importants au final que les bénéfices attendus. Ce projet a été rapidement écarté. Même au niveau du recrutement des personnels le risque a été mesuré. Ainsi Charlotte (EDS chargée du recrutement et de l'allocation des ressources dans un établissement de santé en Ile de France) confirme : *« On a eu quelques étudiants en médecine ou même des médecins étrangers qui n'avaient pas de validation de leur parcours au niveau français ou au niveau européen qui voulaient faire IDE. Moi j'ai dit non, que cela n'allait pas être possible ».*

#### C) Le travail en binôme retrouvé

Comment valoriser les ressources humaines ? Comment mettre en place des pratiques orientées vers la maîtrise du changement et faire coopérer les équipes entre-elles ? Ces questions sont souvent évoquées par les managers au quotidien. Ce qui est surprenant dans cette situation de crise sanitaire, c'est la capacité des équipes à s'adapter et à adopter des organisations qui jusqu'alors n'ont pas pu être utilisées. Ainsi Karine (EDS) évoque cette période de crise comme une réelle opportunité : *« Je pense que la crise a permis aux professionnels de dépasser leurs griefs d'antan, c'est à dire le système de santé qui retire*

*des effectifs, qui amoindrit les possibilités de développement et là, on était dans une dynamique où on se serrait les coudes pour avancer et répondre à la crise. Je pense que ça a été une révélation et que cela a mis en évidence des talents. J'ai vu des soignants qui étaient plutôt effacés ou très revendicatifs et là qui se sont révélés être des professionnels de grande qualité. Cela a permis le travail en binôme, chose qui était très compliquée auparavant. Là, le travail IDE-AS s'est montré très efficace et a permis des prises en charge de qualité. J'espère d'ailleurs que cela se poursuivra ».*

Au-delà des binômes IDE-AS, toutes les organisations ont développé une alternative d'accompagnement des novices et des juniors par des infirmières expérimentées. Des binômes ont été formés afin de s'assurer, grâce aux coopérations interpersonnelles, qu'il y ait toujours des agents connaissant les locaux et ayant l'expérience ad hoc. Le seul endroit où ces binômes n'ont pas été mis en place, une supervision par des infirmiers détachés des soins, experts de réanimation, a été organisée. Toutefois, Laurent (EDS) concède : « *Je ne sais pas ce qui se serait passé s'il y avait eu des patients Covid +, mais si on avait pris une grosse vague de Covid, je ne sais pas comment on aurait organisé cela ; mais je pense qu'on aurait été obligé de revenir sur l'organisation ».*

#### D) L'implication médicale

Les mobilisations et ajustements organisationnels rapides n'ont pas pu se faire sans l'engagement du corps médical, tant dans les formations (que nous aborderons par la suite), que dans l'activité des unités de soins. Avec l'arrêt de l'activité chirurgicale réglée, nombreux sont les chirurgiens à s'être impliqués, notamment dans les « équipes de retournement » comme nous avons pu le voir précédemment, mais aussi les anesthésistes au sein des réanimations et des urgences.

Accueil, accompagnement, formation, présence médicale renforcée de jour comme de nuit, voire même organisation des activités soignantes, intégration aux cellules de crise et aux prises de décisions, nombreuses sont les tâches qui ont été réalisées par les médecins. Ainsi Brigitte (EDS) explique, l'importance du rôle médical dans l'organisation des soins, au plus fort de la crise, dans l'hôpital où elle était positionnée : « *Les réanimateurs évaluaient les patients chez qui il fallait absolument maintenir une compétence de réanimation, c'est-à-dire les plus instables, les plus graves et les patients qui étaient en voie d'amélioration ou en sortie imminente de réanimation étaient en première intention attribués aux IDE moins expérimentés, les patients si possible non ventilés. Il y avait une évaluation de faite avec les réanimateurs et les IDE du secteur pour donner les patients les moins fragiles aux IDE les moins expérimentés ».*

#### E) Le renforcement de la collaboration PCME et directeur des soins

Dans une vision commune partagée autour des valeurs du soin, certains directeurs des soins mettent en avant la collaboration PCME-DS comme une *valeur ajoutée* à la gestion de la crise sanitaire. Ainsi Benoît (CGS) valorise ce renforcement : « *Un point fort en tout cas, c'est la réunification des différentes logiques ; c'est-à-dire la logique médicale et paramédicale. La logique administrative du directeur a été mise au second plan derrière une logique médico-soignante qui a été incarnée par le PCME et le Coordonnateur Général des Soins. On a pris des décisions, en les justifiant, en les étayant. Le binôme a très rapidement pris le pas, même si la logique administrative au début a été complémentaire. La voix des paramédicaux a enfin été entendue et s'est exprimée... ces 3 logiques se sont fédérées vers un seul but qui a été le soin et le fait de prendre soin de la population et de remplir notre mission de santé publique.*

*Point de vigilance : essayer de préserver cela car cela a été d'une telle richesse et d'une telle possibilité de pouvoir prendre les décisions très vite et de ne pas passer des heures dans un formalisme ».*

Rapidité, structuration, organisation, collaboration, solidarité, valeurs... l'agilité a été présente à tous les niveaux de nos organisations afin de pouvoir répondre dans un temps contraint aux besoins de la population. Au-delà des modèles organisationnels, des formations ont été mises en place pour répondre de la façon la plus adaptée et pour pouvoir développer ou réactiver des connaissances afin de sécuriser la prise en charge des patients et protéger les personnels.

#### **2.4.3 Des temps de formations et d'accompagnement pour répondre le plus vite possible aux besoins**

La mise en perspectives des entretiens concernant les formations dispensées au sein des établissements à l'occasion de la crise sanitaire laisse entrevoir de nombreux points communs, mais aussi quelques initiatives locales. D'une façon générale, les ressources identifiées dans les établissements ont été mobilisées, que ce soient les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU), les écoles d'IADE, les équipes de formateurs des centres de simulation ou les cadres formateurs des Instituts de Formation des Professionnels de Santé (IFPS). Il est important de noter la grande implication des Équipes Opérationnelles d'Hygiène qui ont mis en place des formations spécifiques pour favoriser la prise en charge des patients et la protection du personnel soignant, soit par des modules de formation, soit par des immersions et accompagnements dans les services, soit en mixant les deux dispositifs.

Un tableau récapitulatif des principales formations peut être consulté en Annexe IV du présent document.

## A) L'usage des technologies du numérique

Les outils numériques ont été largement utilisés durant cette crise sanitaire, que ce soit pour communiquer en temps réel, pour modéliser l'évolution du nombre de cas et du nombre d'admission en services de soins critiques, ou pour développer des formations. Il était nécessaire d'effectuer des formations d'adaptation à l'emploi en un temps record. Pour ce faire, les outils numériques ont été d'un grand recours. Certains établissements ont mis à disposition des diaporamas utilisés à l'école d'IADE par les enseignants. Ces diaporamas pouvaient être visionnés et consultés sur chaque écran d'ordinateur. D'autres centres ont utilisé leur matériel et leurs salles d'enseignements en simulation pour regrouper un nombre important de professionnels, ont filmé les ateliers pratiques et les ont mis en ligne soit sur les sites intranets, soit sur les sites de consultation de vidéos sur internet. Puis ils ont disposé dans les services des QR Codes qui ont pu permettre aux agents, en cas de doute, de consulter directement la vidéo concernée. Ces vidéos ont été réalisées notamment sur les bonnes pratiques d'habillage et de déshabillage, sur les procédures de mobilisation et de mise en décubitus ventral.

L'intérêt principal de ces outils n'est pas tant de développer des compétences au sens de Perrenoud<sup>57</sup> puisque les outils renvoient à une réponse standardisée, préprogrammée ; mais ces dispositifs viennent en appui dans le but d'une réactivation régulière des savoirs, ou des savoir-faire.

Il est aussi intéressant, lors du recrutement d'un agent, de lui fournir à l'avance tous les liens vers les vidéos, afin qu'il puisse avant d'intégrer des formations ou un temps d'encadrement, se familiariser avec des tâches importantes pour lui (comme le fait de se protéger) et « démystifier » certaines tâches.

Ces vidéos utilisant soit des figurants, soit des avatars, ne peuvent pas être une solution unique et définitive dans le sens où elles doivent être accompagnées de formations en présentiel, et d'accompagnement en situation de travail.

## B) Les formations en présentiel

L'engagement des médecins anesthésistes réanimateurs, des urgentistes, des infectiologues et des hygiénistes a été considérable dans la mise en place et l'animation des formations en présentiel. Les formations réalisées ont été destinées soit aux paramédicaux, soit aux médecins venus en renfort dans les unités ou aux urgences. L'appui des services de formation continue est aussi à noter, dans le lien entre le recensement des agents à former, les formateurs et l'organisation pratique en respectant les distances physiques et les gestes barrière.

---

<sup>57</sup> Pour Perrenoud, une compétence « *permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées* ». Op Cit.

Les formations en présentiel ont aussi permis un réajustement technique en soins critiques concernant les drogues, le matériel, la prise en charge des patients, les organisations pratiques en binôme et aussi les règles d'hygiène à respecter. Les modèles développés sont assez hétérogènes, entre 1 heure pour des formations « flash » sur une thématique précise et 2 jours pour former des novices aux soins critiques. Certains établissements ont aussi modulé leur programme en fonction de l'expérience antérieure des agents (de 1 à 2 jours de formation pour l'établissement où travaille Pierre (DS), selon si l'agent est novice ou s'il a déjà une expérience antérieure de réanimation).

Nous pouvons différencier dans les temps de formation les formations spécifiques pour certains groupes d'agents. En effet, la division des tâches opérée dans certains établissements a conduit à centrer les formations spécifiquement sur la tâche à réaliser. Ainsi, Brigitte (EDS), pour répondre à la demande des réanimateurs de créer une équipe de « retournements » : *« J'ai monté une équipe de 6 brancardiers du bloc opératoire, j'ai fait former ces 6 garçons qui tournaient au sein des 4 réanimations et qui devaient respecter des tours de retournement des patients en soutien des équipes IDE et AS. »*

Chaque établissement a géré ses personnels et sa formation. Toutefois, Brigitte (EDS) positionnée en Ile de France sur un site de l'AP-HP<sup>58</sup>, a apporté des précisions sur une formation centralisée au niveau du centre de formation de l'AP-HP qui se situe rue Picpus : *« L'AP-HP a mis en place, au niveau du centre Picpus, pour les gens volontaires qui n'étaient pas issus de la fonction IDE ; les médecins libéraux, les dentistes, les métiers de la rééducation (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes), ils ont développé une formation d'une journée pour « une mise à niveau des soins infirmiers de base » avant de les envoyer sur les établissements de santé en renfort.. Du coup, cela leur a donné une base de révision sur : c'est quoi un patient ? Comment on le surveille ? Comment on prend ses constantes ? De façon à ce qu'on puisse les mettre en renfort auprès des IDE en doublon ou en effectif supplémentaire et qu'ils puissent soulager les IDE en termes de soins ».*

### C) L'accompagnement sur site

Il y a plusieurs modalités d'accompagnement sur site développées, à savoir, le temps de « doublage », le temps de reprise de formation initiale et le travail supervisé.

Pour le premier modèle, nous ne pouvons pas parler à ce niveau-là de tutorat, puisque la finalité de ces mises en activité en service en « doublage » a plus pour objet de démystifier le travail dans un contexte de crise, rassurer et développer des habiletés concernant certains dispositifs médicaux. Rassurer, c'est rassurer les renforts, mais aussi rassurer les équipes médicales et les agents experts. Karine (EDS) explique le mécanisme d'encadrement en unité de médecine : *« on a essayé de mettre au moins les agents en*

---

<sup>58</sup> AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

*doublure 2 à 3 jours pour permettre de prendre les repères dans l'unité. On mettait toujours un soignant aguerri de l'unité avec un nouveau en temps de doublure pour lui permettre de le former, le reformer, c'est-à-dire au moins réinitier les choses parce que des agents en consultation n'ont pas pratiqué certains actes, comme préparer une seringue électrique. Il y avait une réactivation de certains actes, sur un mode d'encadrement et de doublage ». Ce temps de « doublage » a duré selon les établissements de 1 jour à 1 semaine lorsque cela a été possible et anticipé. Adeline (EDS) parle de cette anticipation : « Pour la réanimation, on a fait une formation spécifique, même si c'étaient des gens qui avaient une expérience ancienne de réa, elles étaient formées en immersion pendant 1 semaine, donc dès le début de la crise, on a senti venir les choses. Donc dès qu'on avait des gens qui pouvaient être en repos, sur leur repos elles se positionnaient pour aller en immersion dans le service de réa. Ce qui fait que dès qu'on avait besoin d'elles, elles étaient disponibles ».*

Le temps de reprise en formation in situ a été aussi essentiel dans certains services. Non seulement cela a permis de rassurer l'encadrement qui le réalisait, mais aussi de sécuriser les pratiques pour les soignants. Ainsi, Julie (cadre de santé) nous explique l'organisation qui a été mise en place : « On s'est rendu compte qu'il fallait qu'on ait une présence d'encadrement de 6h à 22h. Le but de cet encadrement allongé, c'était d'accueillir tous les nouveaux à leur prise de poste et de leur montrer nous-mêmes, tous les gestes barrières, les éléments de protection, comment les mettre, comment les enlever. Petit à petit tout le monde était bien formé et cela a duré au moins 1 mois. Cela a été important pour la formation, pour l'écoute, pour les problèmes logistiques et pour réaliser un vrai accueil ».

Enfin, le travail supervisé a été aussi utilisé, notamment dans les services qui possèdent déjà une maturité dans ce domaine. Laurent (EDS) connaît ce dispositif : « Le service de réanimation est aussi doté d'IDE référents qui sont détachés des soins qui ne font que de l'enseignement et du coaching auprès de leurs collègues. Ils font aussi évoluer les protocoles, les procédures, ils aident les collègues sur des problèmes techniques, ce sont « des supers experts en gros ». L'enseignement que je tire de cette expérience, c'est que les sociétés savantes de réanimation demandent depuis des années qu'il y ait des IDE référents qui ne font que de l'enseignement et de l'accompagnement dans la réanimation ; cela permet d'harmoniser les prises en charge et les protocoles, de densifier les compétences techniques et théoriques. Ce système est vraiment la solution dans l'urgence. Ce sont aussi des formateurs de terrain, impliqués, et qui formalisent la pratique des équipes ». Brigitte (EDS) positionnée en Ile de France valorise aussi l'intérêt d'IDE détachées des soins dont le rôle est l'encadrement des nouveaux arrivants, les formations l'harmonisation des pratiques, les renforts ponctuels et la supervision.

#### D) L'effet positif des formations en situation de travail

Depuis plusieurs années les organismes de formation promeuvent et développent les formations en situation de travail. Peut-on se former au travail et par le travail ? L'AFEST<sup>59</sup>, est une action de formation dont les critères ont été clarifiés par décret en Décembre 2018<sup>60</sup>, à savoir 4 phases : l'analyse de l'activité de travail, la désignation d'un formateur, la mise en place de phases réflexives distinctes des mises en situation de travail et des évaluations spécifiques des acquis de la formation.

Aujourd'hui nous ne pouvons pas parler dans le cadre de la crise sanitaire Covid de développement des 4 phases qui guident l'action en situation de travail. Toutefois, l'analyse des pratiques dans les services, le réajustement des protocoles, l'autocontrôle et l'évaluation par des pairs ont été fortement développés et très appréciés. C'est aussi peut-être l'opportunité de développer dans le futur ces actions de formation de façon plus importante. Aussi Ludivine (Cadre de santé hygiéniste) a mesuré l'importance de sa présence dans les services : *« On est allé dans les services demandeurs pour parler des gestes d'hygiène des mains, du port du masque, de la surblouse, de comment on procédait à l'habillage et au déshabillage dans les unités Covid, On a formé des nouvelles ASH qui ont été embauchées en urgence pour renforcer les équipes, on était sur le terrain pour leur montrer l'entretien des chambres, les protocoles particuliers »*. Karine (EDS) aussi valorise ce temps d'analyse et d'accompagnement : *« L'équipe opérationnelle d'hygiène était tous les jours vraiment sur le terrain. Sur le service de cohorting, ils passaient 2 fois par jour pour essayer de rencontrer l'équipe de jour et l'équipe de nuit et sur les autres services, on essayait au moins 2 fois /semaine pour refaire le point. Ils étaient aussi en observation, en analyse de pratiques. Pour l'EHPAD, on a eu un cluster et là aussi on a développé l'accompagnement des agents dans les gestes de base, et on a fait venir des équipes extérieures de l'établissement d'à côté pour vraiment un temps d'observation et identifier ce qui pouvait être amélioré. Cela a été super bien pris de la part des équipes parce que dans les petits hôpitaux, ils se connaissent tous et le regard de la collègue est souvent difficile à accepter. Ça s'est plutôt bien passé avec l'équipe extérieure d'hygiène »*.

Il ne semble pas qu'il y ait un modèle qui soit plus performant qu'un autre. Toutefois, c'est sans doute l'association de plusieurs actions qui peuvent rendre performante l'adaptation à l'emploi des agents en situation de crise sanitaire. Nous allons faire un focus concernant les comportements des agents en situation de travail et en situation de crise afin d'observer des éléments spécifiques ou des points de divergence.

---

<sup>59</sup> AFEST : Action de Formation en Situation de Travail

<sup>60</sup> Décret du 28 décembre 2018 relatif aux actions de formation et aux modalités de conventionnement des actions de développement des compétences.

#### 2.4.4 Un engagement permanent de agents

Aucune organisation, aucune adaptation n'aurait pu se faire sans un engagement permanent des agents. Nous pouvons tout de même extraire de cette situation des éléments d'analyse qui peuvent alimenter notre réflexion.

##### A) L'adaptabilité des étudiants paramédicaux

Il est souvent de bon ton de questionner la formation des étudiants paramédicaux. L'approche par compétences difficile à opérationnaliser, les maquettes de formation exigeantes, les temps de stage trop courts, l'universitarisation complexe. Tous ces arguments peuvent être convoqués pour justifier d'une professionnalisation des étudiants difficile à construire. En fait, la crise sanitaire a modifié ce paradigme et l'adaptabilité des étudiants est présentée comme une force, une ressource pour nos organisations. Ainsi, Benoît (CGS) dès le début du redimensionnement des effectifs, fait le constat suivant : *« rapidement on s'est aperçu que concernant la gestion des compétences et l'adaptation à l'emploi, les étudiants étaient mieux formés aux règles d'hygiène que les AS en poste. L'application des gestes barrières, du port de masques et de blouses étaient mieux maîtrisée par les étudiants ; en tout cas avec une formation refaite par les équipes d'hygiène beaucoup plus facilement assimilée. Les étudiants se sont mieux adaptés avec un niveau de compétence élevé. Ils arrivent mieux à synthétiser les données et à adapter les comportements. Je suis très fier des jeunes ! »*. Cette adaptabilité est-elle en lien avec les parcours de stages qui demandent régulièrement de changer de service et de spécialité ? Cette adaptabilité est-elle en lien avec les capacités réflexives développées chez les étudiants IDE depuis 2009 ? Ce ne sont que des hypothèses. Toutefois, ce renfort a été considérable dans les organisations, comme le souligne Pierre (DS) : *« Le système a fonctionné avec l'appui des étudiants, avec par semaine jusqu'à 150 à 180 étudiants qui travaillaient, soit comme AS, soit comme appui en équipe des IDE (au lieu de 4 IDE il y avait parfois 3 IDE et 1 élève IDE de 3<sup>ème</sup> année) »*.

##### B) Des volontaires engagés

Les observations réalisées grâce aux entretiens questionnent le concept de compétences et de transfert de compétences dans cette situation de crise et de stress. En effet, pour reprendre l'approche de Patrick Mayen pour qui *« les situations de travail sont sources constantes d'embarras, de difficultés, de problèmes. Elles sont aussi de manière plus positive, des sources de questionnements, de défis, d'invention et de création »*<sup>61</sup>, nous avons rencontré dans nos organisations des agents qui ont vécu cette situation comme un questionnement, un défi et d'autres qui l'ont vécu comme une difficulté, un problème, un

---

<sup>61</sup> MAYEN, Patrick, LAINÉ, Armelle et COLLECTIF. *Apprendre à travailler avec le vivant : Développement durable et didactique professionnelle*. Dijon : Editions Raison et Passions, 28 octobre 2014. ISBN 978-2-917645-36-9. p.25

traumatisme L'élément clef, le facteur discriminant chez les agents, a été le volontariat, avec en filigrane un sentiment d'efficacité personnelle, tel qu'il peut être défini par Albert Bandura<sup>62</sup>. Pour certains, ce sont la peur ou le stress qui ont pris le dessus. Plusieurs interviewé(e)s mettent en avant cet élément clef du volontariat, à l'instar de Julie (cadre de santé) parlant de l'organisation des renforts en effectifs paramédicaux dans un service accueillant des patients contaminés : *« Il y a ceux qui sont venus des services de chirurgie. Ceux-là je pense qu'ils ont été volontaires et cela s'est très bien passé. Pour d'autres, je ne sais pas comment ils ont été sélectionnés mais ils n'ont pas tous été volontaires et j'ai eu à faire face à des professionnels qui ne voulaient pas être là. On a été obligé de les faire sortir et d'accueillir d'autres professionnels. Ils ont été sortis ; il y a eu des heurts avec des médecins. Les médecins sont venus me dire qu'ils ne pouvaient pas travailler avec des professionnels qui ne voulaient pas être là. Ça s'est fait très rapidement. J'ai eu des IDE, j'ai cru qu'elles allaient faire demi-tour, en me disant « ce n'est pas possible, je ne peux pas travailler ici, j'ai peur ». Malheureusement, il y a un moment, je ne savais plus quoi dire. J'ai vu la peur dans les yeux de certains professionnels, et c'est quelque chose que je n'avais jamais vu, pas comme cela en tout cas ».*

#### C) Un travail admirable des équipes d'encadrement

Ce verbatim, extrait de l'entretien réalisé avec Julie, cadre de santé, est le symbole de l'engagement des équipes d'encadrement au quotidien dans la formation des personnels, dans l'accompagnement et l'écoute des équipes, dans l'accueil des nouveaux agents, dans la gestion des dispositifs médicaux et des équipements de protection individuelle. Le renfort de l'encadrement a été la clef de voûte des dispositifs mis en place. L'encadrement a dû faire face à des équipes souvent déroutées qui, face à la peur, ont été soit en sidération, soit ont utilisé des mécanismes de fuite, soit ont versé dans l'agressivité. Benoît (CGS) explique l'organisation qu'il a mis en place : *« Pour l'encadrement, j'ai mis 1 cadre pour 17 lits pour être auprès des équipes, renforcer et réassurer les équipes, les pratiques, réassurer dans les pratiques parce qu'au début on a eu des pleurs, des cris. Les gens n'étaient pas bien et d'avoir une présence cadre, cadre supérieur, médecin, cela a permis de faire passer le cap ».*

#### D) La difficulté des infirmières spécialisées et notamment des IBODE

La situation et le repositionnement en services de soins des infirmier(e)s spécialisé(e)s ont été singuliers. En effet, même si cela semble plus simple pour les IADE (ce qui n'a pas non plus toujours été le cas), la situation des IBODE a été significative. Les avis sont différents en fonction des établissements. La spécialisation d'infirmière de bloc opératoire,

---

<sup>62</sup> LECOMTE, Jacques. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*. 2004, Vol. Hors série, n° 5, p. 59-90.

l'ancienneté dans cette spécialisation ont été des variables à prendre en compte. Certains établissements ont positionné les IBODE sur des fonctions d'AS. D'autres leur ont signifié qu'elles étaient des infirmières avant tout. Enfin, certains ont tenté de les centrer sur leurs activités propres concernant les procédures d'hygiène, l'habillage / déshabillage et les processus supports d'approvisionnement. Il a fallu réajuster constamment en fonction de l'évolution de la crise sanitaire et des besoins en personnels. Benoît (CGS) évoque cette complexité : « *Un IADE n'est pas forcément IDE de réanimation et quand on est IBODE on n'est pas infirmière, quoi qu'on dise. Les IBODE ont été la catégorie la plus compliquée car elles se sont senties dévalorisées en se sentant incapables de prendre en charge des patients. Au début elles étaient positionnées sur des rôles AS et quand on a vu monter le besoin de lits, on s'est dit que ça n'allait jamais tenir alors, on s'est demandé comment faire pour les repositionner car on avait le nombre mais pas la qualification. On a alors fait une standardisation du travail. On a découpé en tâches. Par exemple, dire à l'IBODE qu'elle relève les paramètres des patients, de façon à ce que l'IDE de réanimation puisse être déchargée des actes et avoir plutôt un rôle de coordination. Une forme de taylorisation du travail* ». Géraldine (EDS), dans un autre établissement de santé rapporte : « *on avait, sur les réanimations Covid, mobilisé des IBODE qui étaient à l'extérieur des chambres, qui fluidifiaient l'organisation pour l'approche du matériel, qui rentraient ponctuellement en chambre pour la mise en décubitus ventral. Ce sont les IBODE qui ont été mobilisées pour faire les retournements et qui ont été formées avec des IDE de réanimation. Les IBODE étaient vraiment sur des tâches logistiques et liées aux retournements. Il y a eu un partenariat très intéressant qui s'est mis en place entre les cadres de blocs opératoires, les cadres de réanimation, tout cela fluidifié grâce à l'encadrement supérieur* ».

Pour tout ce personnel redéployé, qu'il soit IADE, IBODE ou non spécialisé, pour le personnel présent qui a dû accueillir de nouveaux collègues, il y a eu une majoration des situations de stress et d'angoisses. C'est la raison pour laquelle les établissements de santé ont mis en place des dispositifs d'accompagnement et de prévention du stress.

#### **2.4.5 Des dispositifs d'accompagnement et de prévention du stress**

##### **A) Une utilisation variable selon les équipes et les établissements**

Durant cette situation inédite, il a fallu rassurer les agents, parce qu'il y avait beaucoup d'angoisses et de peurs, de méconnaissance et d'incertitudes vis-à-vis de la situation sanitaire et vis-à-vis du risque que chacun prenait pour lui et pour ses proches. Tous les établissements sanitaires ont mis en place des dispositifs de prévention du stress et d'accompagnement. Certains dispositifs sont restés activés après le 11 Mai. Lors des entretiens, le sujet a été systématiquement abordé en termes de dispositifs et d'usage qui en a été fait. Les retours sont très mitigés quant à l'utilisation des dispositifs par les soignants. Il semblerait que les équipes rompues à ce type d'exercice, telles que les

maternités ou les unités de santé mentale qui ont l'habitude d'effectuer des débriefings et des temps d'introspection, ont plus facilement utilisé les temps mis à disposition.

Comme la formation en situation de travail, il semble aussi que l'immersion dans les services, en situation de travail, réalisée par des équipes de psychologues a été plus efficace que les dispositifs positionnés à distance du lieu et du temps d'exercice. L'importance des équipes mobiles a été notée par Delphine (EDS) : « *L'équipe mobile passait dans les services pour se faire connaître et pour repérer des problématiques d'équipes. Après il y avait des déclenchements de rendez-vous individuels. 79% des effectifs ont eu au moins une rencontre avec un membre de l'équipe* ».

B) L'esprit d'équipe retrouvé autour de la valeur du Soins.

Enfin, il semble aussi que les dispositifs d'accompagnement et de prévention du stress sont moins utilisés lorsque les équipes de soins se recomposent autour d'un esprit de « famille »<sup>63</sup> et qu'elles font bloc pour s'auto-accompagner et s'autogérer. Perrine (EDS) en stage en santé mentale, s'étonne : « *Les gens partagent ; ils travaillent ensemble, ils échangent. C'est quelque chose qu'on a perdu en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)* ». Benoît (CGS) voit dans cet esprit d'équipe retrouvé un des points positifs de cette crise sanitaire : « *La famille hospitalière s'est recomposée et s'est réunifiée autour d'une valeur qui est la mission du soins ; et ce n'est pas que l'hôpital public : les soignants, des privés, les cliniques, la ville* ». Un exemple significatif peut venir étayer le propos. Dans un des établissements de santé exploré à l'occasion de ce travail, une unité a été créée pendant la crise afin de répondre aux besoins sanitaires. Des agents de différents services ont renforcé et fait fonctionner cette unité. Depuis, elle a été totalement fermée et chacun a retrouvé son affectation initiale. L'équipe qui a fait vivre ce service pendant plusieurs mois a demandé l'organisation d'un repas collectif afin de fermer définitivement cette parenthèse.

Avant de clore cet épisode sans précédent dans l'histoire sanitaire française contemporaine, il peut sembler opportun de prendre conscience des erreurs à ne pas renouveler et d'utiliser les réussites comme leviers de progrès et de développement futur afin de répondre au mieux à une possible nouvelle crise sanitaire

---

<sup>63</sup> Au sens du « monde domestique » selon Luc Boltanski et Laurent Thévenot. NOËL, Florent et WANNENMACHER, Delphine. Peut-on dépasser la discorde dans les situations de restructuration ? Quatre cas visités à l'aune de la sociologie de la justification. *De Boeck Supérieur*. Mai 2012, Vol. 2, n° 1, p. 63-91.

## 2.5 Synthèse : Une réponse possible aux questions de départ ?

● **Quel dispositif de formation mettre en place en situation d'urgence sanitaire afin de permettre aux agents de pouvoir se protéger eux-mêmes d'un risque de contamination en utilisant les bons gestes pour un bon usage des équipements de protection individuelle ?**

Les dispositifs qui ont semblé être les plus efficaces sont ceux qui ont « mixé » temps théorique avec l'usage d'outils numériques et temps de présence sur site des EOH.

● **Quel dispositif de formation ou quelle organisation mettre en place en situation d'urgence sanitaire afin de garantir une qualité et une sécurité des soins aux patients pris en charge ?**

Le dispositif de formation et l'organisation soignante vont dépendre de plusieurs facteurs, à savoir : l'organisation habituelle en routine et les compétences déjà présentes, les moyens humains supplémentaires disponibles, l'implication médicale in situ et le délai possible de réponse.

● **Quel dispositif mettre en place en amont d'une situation de stress afin d'améliorer le maintien des bonnes pratiques en activités contraintes ?**

Le développement fréquent des partages d'expérience, des analyses et des évaluations des pratiques professionnelles permet de favoriser le maintien des bonnes pratiques, ainsi que le renforcement positif. La répétition des formations et des entraînements sont à valoriser

● **L'expérience à retirer de cette situation sanitaire Covid-19 doit-elle modifier les priorités des futurs Plans de Développement des Compétences (PDC) au sein des établissements ou des territoires de santé afin de mieux se préparer à répondre à une future nouvelle crise ?**

Il semble que le PDC est un des leviers à activer pour permettre ce nécessaire ajustement afin de mieux répondre en cas de situation sanitaire exceptionnelle future d'une telle ampleur.

● **Quelle marge de manœuvre le Directeur des Soins possède-t-il entre l'agilité ou l'innovation organisationnelle et les recommandations de bonnes pratiques ?**

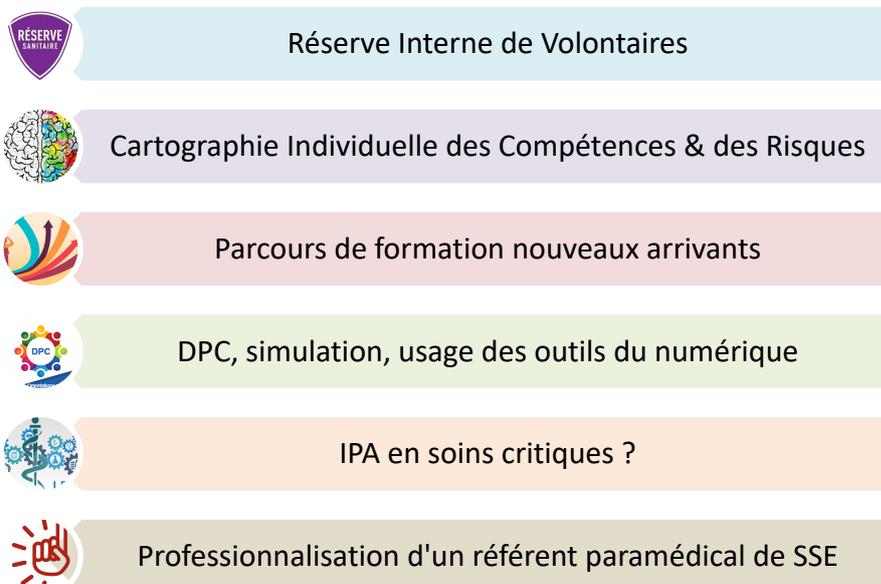
Il semble que les recommandations de bonnes pratiques n'ont pas été mises en cause durant cette période. La marge de manœuvre du directeur des soins passe par la valorisation de cette agilité et surtout la promotion et le développement des organisations apprenantes



### 3 Des préconisations : vers un mode intégratif ?

#### Intégrer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles dans le projet managérial du coordonnateur général des soins

La situation sanitaire que nous avons vécue, a été extra-ordinaire, autant par son caractère insolite, son intensité, que par sa durée. Imaginer que ce type de situation ne se reproduira pas et ne pas capitaliser à partir de cette expérience semble risqué. Aussi, intégrer l'anticipation de situations sanitaires exceptionnelles durables dans le projet de soins et dans le projet managérial du coordonnateur général des soins, semble incontournable. Ce mode intégratif doit pouvoir s'appuyer sur des fondements et des propositions concrètes et opérationnelles. Les plans de formation et d'adaptation à l'emploi (PDC et DPC) doivent permettre de consolider le dispositif.



#### 3.1 Créer une « Réserve sanitaire interne » à l'établissement ou au GHT

Le terme de Réserve sanitaire interne à l'établissement n'est sans doute pas approprié. En effet, la Réserve sanitaire est un dispositif officiel animé par Santé Publique France et qui peut être mobilisé par le ministère des Solidarités et de la Santé. L'organisation de ce dispositif est réglementée par décret<sup>64</sup>. Il est intégré dans le Code de la Santé Publique, notamment via l'article L3132-1<sup>65</sup>. Les termes de réserves citoyennes et de réserves opérationnelles sont pas judicieux car ils sont déjà utilisés par le ministère de l'Éducation Nationale et par les autorités de la défense et de la sécurité du territoire. Le terme de **Réserve Interne de Volontaires (RIV)** semble plus approprié

<sup>64</sup> Décret n° 2016-1007 du 21 juillet 2016 relatif à la réserve sanitaire.

<sup>65</sup> Code de la santé publique - Article L3132-1. Vol. L3132-1.

Le Code de la santé Publique, par l'article L3110-7<sup>66</sup> concernant le plan blanc et le plan blanc élargi ; ainsi que par l'article L3110-8<sup>67</sup> visant les réquisitions possibles du représentant de l'État, préfet de zone de défense, voire du premier Ministre, permettent des mobilisations de professionnels de santé en situation sanitaire exceptionnelle. Aussi, l'objet de cette réserve n'est pas tant la mobilisation rapide de personnels soignants, mais la mobilisation de personnels possédant les compétences ad hoc, notamment en situations critiques. Ainsi, Laurent (EDS) explique la démarche initiée dans l'établissement où il était en renfort : « *le CHU a lancé un appel à candidatures pour tous les IDE, proposant à ceux qui sont volontaires pour se former en réanimation, de se faire connaître, avec à la clef l'organisation d'un parcours de formation clairement identifié, impliquant les services de médecine intensive et l'école d'IADE* ». Ce dispositif n'est pas pour autant la panacée, car cela nécessite, non seulement une mise à jour constante des parcours et des programmes de formation, mais aussi des listings de volontaires. Toutefois, Delphine (EDS) nous alerte quant au suivi de ces effectifs : « *La coordonnatrice des soins a une cartographie des compétences et surtout des compétences en soins critiques, à la fois en interne du CHU mais aussi en externe, c'est à dire avec les agences d'intérim et les personnes parties à la retraite. Par contre, dans la cartographie faite il y a moins de 5 ans, 47% de personnes cartographiées n'étaient plus opérationnelles pour diverses raisons (ont quitté le CHU, ou la région, ont renoncé à la formation annuelle CESU réanimation)* ».

Parcours professionnalisant, mise à jour et maintien des compétences, mise à jour et maintien du nombre d'agents disponibles, ce dispositif, aussi efficace qu'il soit, nécessite un temps de gestion et de pilotage non négligeable.

Il semble aussi intéressant, dans le cadre de cette réserve interne, de développer le partenariat avec les instituts de formations car dans la situation vécue, cela a été une ressource pertinente et efficace.

### **3.2 Créer une cartographie individuelle des compétences et des risques**

Cette cartographie individuelle par agents pourrait être composée de deux volets : cela permettrait d'associer une **cartographie individuelle des compétences**, des formations acquises avec une **cartographie individuelle des risques et des restrictions**.

Pendant cette période, certains établissements se sont attelés à recenser les compétences des salariés. Un temps a été nécessaire pour recenser les agents qui, dans leur parcours professionnel, avaient déjà travaillé soit dans un service de soins critiques, soit dans un service de maladies infectieuses. Il a été aussi nécessaire de retracer l'ancienneté de ce passage. Par compétences, les services ont surtout recensé le parcours

---

<sup>66</sup> Code de la santé publique - Article L3110-7. Vol. L3110-7.

<sup>67</sup> Code de la santé publique - Article L3110-8. Vol. L3110-8.

professionnel antérieur des salariés, ainsi que les principales formations réalisées. Géraldine (EDS), nous parle du dispositif qu'elle a observé : « *il y a une cartographie des compétences qui a été faite avant que j'arrive au niveau du CHU et ça, c'est quelque chose à retenir dans l'avenir. La cartographie a été amorcée au début du confinement, elle a été créée pour l'occasion et là ce sont les directeurs des soins et les cadres supérieurs qui ont fait ce travail-là avec l'encadrement de terrain. Ont été mobilisés en priorité les personnels qui avaient eu dans leur parcours une expérience soit d'urgence, soit de réanimation, soit de soins intensifs* ». Pour cette observation, la cartographie a consisté à reprendre sur un tableur, l'historique des agents en soins critiques, en psychiatrie, en MCO, en gériatrie ; ainsi que les Diplômes Universitaires et autres formations diplômantes ou certifiantes. Il n'y a pas, dans ce recensement une cartographie des compétences à proprement parlé mais un parcours professionnel adossé à un parcours de formation. Il semblerait intéressant de l'enrichir avec 5 à 10 compétences clefs qui pourraient être mises à jour à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation.

Il semblerait aussi intéressant d'utiliser l'entretien annuel d'évaluation pour construire et faire évoluer, en parallèle de la cartographie des compétences, une cartographie individuelle des risques. Le cas général des IBODE pendant la crise en est l'exemple type. Quelles sont les situations professionnelles où l'agent se sent en difficulté ? quelles sont les situations où il ne se sent pas efficace ? Il est nécessaire à ce moment-là d'évoquer la mobilité en cas de situation sanitaire, afin soit de connaître quelle mobilité possible pour quel agent, soit pour proposer aux agents des temps de formation et d'adaptation à l'emploi pour réduire les risques individuels identifiés. L'évolution des postes, tant par la technicité que par les spécialisations possibles peut rendre difficile l'adaptabilité des agents aux besoins engendrés par une situation exceptionnelle. Pouvons-nous avoir tous les agents polyvalents et adaptables ? Cela semble difficile. Pouvons-nous permettre le développement de compétences en partant des points de fragilité et améliorer le sentiment d'efficacité par des formations ? cela semble probable.

Évoquer les risques individuels, c'est aussi considérer l'agent dans sa singularité et prévenir des situations de stress et de peur en cas de crise sanitaire future.

Il semble aussi indispensable de prendre en compte les restrictions des agents à certaines activités. En effet, cartographier ces restrictions, c'est aussi maîtriser la connaissance des ressources potentielles mobilisables.

La Réserve interne de volontaires, incluant aussi des agents vacataires ou de jeunes retraités, associée à la construction des cartographies individuelles de compétences et de risques, doit permettre de construire un plan de mobilisation du personnel à activer. Ce plan pourrait être construit selon plusieurs niveaux : soins critiques, urgences, infectiologie, ... en anticipant dès la construction le remplacement dans les services des agents de la

RIV qui seraient mobilisés. Plusieurs scénarii peuvent être envisagés, selon le type d'agents à mobiliser (médecine, chirurgie, blocs opératoires, urgences, ...)

### **3.3 Créer des parcours de formation pour les nouveaux arrivants**

La cartographie individuelle des risques pourrait aussi être utilisée dès l'intégration des nouveaux agents. Elle est bien sûr à associer au développement et à la systématisation du **Programme d'accueil et d'accompagnement réalisé par les pairs**. C'est aussi le constat réalisé à l'occasion de la crise sanitaire : certains établissements ne possèdent pas de programme d'accueil et de dispositifs d'accompagnement des nouveaux arrivants. Aussi, Louise parle de cette prise de conscience : *« ce qui je pense est à modéliser et qui peut servir, c'est l'intégration des professionnels dans un service de soins, c'est l'accompagnement et le tutorat que l'on peut faire. Effectivement, nous la doublure on la fait toujours deux jours. Mais je pense que cela ne suffit peut-être pas. On ne fait pas de journée d'accueil des nouveaux arrivants, où l'on pose des principes de base avec des formations et des messages clefs (comme : l'hygiène, la sécurité incendie, notre gestion des risques, les feuilles d'évènements indésirables, ...) Là, on l'a fait et je pense que c'est quelque chose que j'aimerais organiser. Cela a bien marché en situation de crise. On n'a quasiment pas eu de professionnels en difficultés.*

*En termes d'attractivité et de prise de poste c'est intéressant. Les nouveaux professionnels n'ont pas de référent et un vrai parcours professionnalisant c'est quelque chose qui peut se travailler ».*

De plus, un récent article paru dans la revue de Gestion des Ressources Humaines, aborde la notion d'obsolescence des compétences et s'appuie sur une expérience pour valoriser les parcours d'intégration comme levier à activer pour lutter contre ce phénomène.<sup>68</sup>

### **3.4 Utiliser le DPC afin de développer les compétences générales d'adaptation à l'emploi, notamment par la simulation et l'usage des outils numériques**

Durant cette période difficile, nous avons pu constater les bénéfices que peuvent nous apporter les outils numériques et les centres de simulation. Malheureusement, une grande partie de ces formations d'adaptation à l'emploi ont été réalisées dans l'urgence. Il semblerait intéressant d'intégrer ces dispositifs dans les plans de développement des compétences, dans les programmes DPC, de façon plus soutenue et plus orientée vers les

---

<sup>68</sup> GARCIA, Jean-François, GRANDVAL, Samuel, MONTARGOT, Nathalie, et al. L'intégration des nouveaux arrivants : un dispositif RH de lutte contre l'obsolescence des compétences ? Enseignements tirés du cas de SNCF Réseau. *Revue de gestion des ressources humaines*. Juillet 2020, Vol. N° 116, n° 2, p. 3-23.

situations sanitaires exceptionnelles. La ligne managériale du projet de soins infirmiers, rééducation et médicotechnique doit être construite dans ce sens. Présentiel, e-learning, accès à des vidéos tutorielles, déclinaison de procédures opérationnelles standardisées validées, évaluation des pratiques professionnelles, analyse de pratiques, analyse de cas, nombreux sont les leviers possibles afin de permettre de développer et de maintenir les compétences générales d'adaptation à l'emploi.

### **3.5 Développer les Infirmier(e)s en Pratiques Avancées en soins critiques ?**

La formation IADE a montré qu'elle ne formait pas les futurs IADE à un travail en réanimation. Lors des entretiens, les IADE qui n'ont aucune expérience antérieure en réanimation et soins critiques se sont retrouvés en difficultés.

Centrée sur la pratique clinique et sur l'expertise infirmière, l'ouverture et **le développement des IPA en soins critiques** peuvent sembler une alternative pertinente. En 2015, Florence Ambrosino questionnait déjà les perspectives du développement des IPA en réanimation<sup>69</sup>. Elle y voyait une expertise métier qui rendait l'IPA plus apte à gérer les situations complexes. Elle envisageait aussi pour l'équipe l'IPA comme formateur in situ, permettant de favoriser la formation des soignants notamment dans le cadre du DPC. Au-delà des activités de recherches en soins infirmiers et de gestion des risques et sécurité des soins, l'IPA pourrait aussi avoir un rôle d'appui et de leadership envers les collègues, permettre la réactualisation des protocoles et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les rôles posés comme appui en renfort, appui méthodologique et expertise soignante ont été utilisés dans les services de réanimation où il existe déjà des infirmiers référents. Laurent (EDS) nous explique le dispositif en place avant la crise : « *Le service de réanimation est doté d'IDE référents qui sont détachés des soins (2 ETP), qui ne font que de l'enseignement et du coaching auprès de leurs collègues. Ils font aussi évoluer les protocoles, les procédures, ils aident les collègues sur des problèmes techniques, ce sont des experts* ». Ce dispositif existant va permettre à Laurent de construire une organisation à partir de ces IDE référents et permettre l'accompagnement des agents moins expérimentés. Les modes de division et de taylorisation des tâches pendant la crise ont amené certains établissements à repenser leurs organisations notamment dans les services de soins critiques. Là où il n'existait pas auparavant d'IDE expert référent, certains les ont temporairement installés pour l'occasion. Ainsi Benoît (CGS) a réorganisé de la façon suivante : « *On a découpé en tâches le travail, de façon à ce que l'IDE de réanimation puisse être dégagé des actes techniques pour avoir plutôt un rôle de coordination* ».

---

<sup>69</sup> AMBROSINO, F., FISHMAN, A., DECORMEILLE, G., et al. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la réanimation. *Réanimation* [en ligne]. Mars 2016, Vol. 25, n° 2, p. 252-260. DOI 10.1007/s13546-015-1123-x.

### **3.6 Développer la professionnalisation d'un référent paramédical de situations sanitaires exceptionnelles**

De l'expérience recensée par les entretiens, l'expertise médicale et paramédicale dans le domaine des situations sanitaires exceptionnelles, a été présentée comme une réelle plus-value pour la gestion de la crise. **Mettre en place un binôme référent médical – référent paramédical de gestion de crise** permet de développer l'acculturation à la gestion des SSE et des crises et ainsi faciliter la réactivité et la réponse en cas de situation réelle ou potentielle. Par ailleurs, ils sont les garants de l'évolution et de l'ajustement du plan blanc, en cohérence avec les autres plans de sécurité.

Ces actions sont en cohérence avec l'un des objectifs fixés par le ministère des Solidarités et de la Santé par *l'élaboration d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE conforme aux recommandations formulées, comprenant notamment un plan de formation du personnel hospitalier pour la fin d'année 2020*<sup>70</sup>

### **3.7 Propositions qui ont un lien plus éloigné avec le sujet**

Les propositions qui suivent ne sont pas à intégrer dans un projet de soins ou un projet managérial de coordonnateur des soins. Toutefois elles peuvent avoir un lien ou une influence sur le déroulement des actions à mettre en place afin de répondre rapidement à l'urgence sanitaire.

#### **3.7.1 Prévoir le plan de fermeture, le plan de continuité de l'activité et le plan de reprise de l'activité validés et opérationnels.**

L'expérience de certains établissements de santé leur a aussi permis d'être très réactif dans ce domaine. Ainsi, suite à l'annonce de la SSE et des mesures mises en place, les établissements qui étaient préparés à ces scénarii ont très rapidement décliné le plan de continuité de l'activité ; à la fois par rapport aux soins critiques, mais aussi par rapport à la déprogrammation des activités. Le plan de continuité d'activité et de déprogrammation étaient, pour certains, déjà présentés et validés et opérationnels<sup>71</sup>. Il a leur a juste fallu vérifier que ce plan était cohérent et concordant, qu'il avait du sens par rapport à la situation que le pays était en train de vivre.

---

<sup>70</sup> DGS. Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé. Dans : *Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne]. 9 septembre 2020. [Consulté le 9 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>.

<sup>71</sup> Ces items sont intégrés dans le plan type des plans de sécurité d'opérateurs d'importance vitale. *Arrêté du 2 juillet 2018 portant approbation du plan type des plans de sécurité d'opérateurs d'importance vitale*.

### **3.7.2 Consolider la communication**

Ce sujet de la communication a fait l'objet d'un rapport d'étonnement quasi systématique, notamment de la part des élèves directeurs des soins impliqués dans la gestion de la crise. Ce point, présenté comme très valorisé ou au contraire à valoriser doit faire l'objet d'une attention particulière en période difficile. Plan de communication interne et externe, circuits de diffusion de l'information, c'est aussi sur ces points-là que les cadres ont porté une attention toute particulière. En effet, ils ont pu se retrouver en difficultés notamment sur la période d'incertitudes du début de crise où les consignes changeaient régulièrement en raison d'ajustements de la doctrine nationale.

Les établissements où les notes d'informations et les consignes étaient permanentes, diffusées à l'issue des cellules de crise selon un canal officiel, ont globalement mieux vécu la période que les établissements où les choix décisionnels ne semblaient pas centralisés et où plusieurs canaux d'informations, parfois contradictoires, étaient utilisés.

### **3.7.3 Accélérer la collaboration au sein des GHT et la collaboration ville-hôpital**

Globalement, les GHT qui avaient des organisations collaboratives matures ont beaucoup plus facilement travaillé de façon coordonnée que ceux qui n'en possèdent pas. Le fonctionnement a été encore plus flagrant lorsque des directions fonctionnelles sont communes. L'accélération de la collaboration fait partie des préconisations de la conférence des directeurs généraux et de la conférence des présidents de CME de CHU à l'occasion de leurs contributions communes au Ségur de la Santé<sup>72</sup>.

La collaboration ville-hôpital a été développée dans certains territoires de santé, la contrainte ayant créé l'opportunité. Création d'un programme PRADO, visioconférences avec les professionnels libéraux, les CPTS, transmissions d'informations et de données épidémiologiques, nombreuses sont les initiatives développées dans l'intérêt de la coordination des parcours de soins et de prise en charge des populations. Il serait dommage de ne pas utiliser ces actions comme leviers d'amélioration des dispositifs. Il serait dommage de retourner au cloisonnement initial.

---

<sup>72</sup> Ségur de la santé : les propositions des Conférences des directeurs généraux et des présidents de CME de CHRU. Dans : *Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière* [en ligne]. mai 2020. [Consulté le 6 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.hospitalia.fr/Segur-de-la-sante -les-propositions-des-Conferences-des-directeurs-generaux-et-des-presidents-de-CME-de-CHRU\\_a2240.html](https://www.hospitalia.fr/Segur-de-la-sante -les-propositions-des-Conferences-des-directeurs-generaux-et-des-presidents-de-CME-de-CHRU_a2240.html).



## Conclusion

En Avril 2020, monsieur Jean Michel Budet, Directeur de la rédaction de la Revue Gestions Hospitalières pointait l'extraordinaire réactivité des équipes hospitalières : « *Pour faire face à la pandémie Covid-19, et surtout à l'arrivée massive de patients infectés et relevant de soins intensifs et de réanimation, les équipes de terrain (médecins, soignants, hygiénistes, logisticiens, biomédicaux, biologistes, pharmaciens, transporteurs, services techniques, administratifs...) ont fait une démonstration d'adaptabilité, d'éthique professionnelle, de flexibilité et d'intelligence collective et ont su proposer et mettre en place, sans délai, locaux, équipements, moyens et organisations* »<sup>73</sup>. Cet évènement reste très contemporain ; c'est la raison pour laquelle il est encore difficile d'en faire une analyse exhaustive, distanciée, dénué d'affects et d'émotions. Toutefois, il semble nécessaire de retirer des premiers éléments d'analyse afin de comprendre pourquoi l'agilité organisationnelle que nous avons réussi à déployer a permis de transformer nos organisations réputées lourdes et technocratiques en organisations résilientes. Comment valoriser les réussites obtenues pour se préparer à de futures crises sanitaires qui, nous l'avons vécu, peuvent s'installer dans le temps ? Comment modifier nos façons de raisonner, comment modifier notre modèle mental pour se préparer à une réponse rapide et encore plus efficace ? C'est sans doute grâce à la mobilisation de chacun, grâce à l'anticipation et à l'organisation que nous pourrions être encore plus résilients.

**Dans quelle mesure nos établissements sanitaires peuvent-ils aujourd'hui capitaliser à partir de l'expérience de la crise sanitaire Covid-19, notamment dans la gestion des formations et le développement des compétences du personnel soignant, afin de favoriser l'adaptation aux situations complexes et anticiper une situation future en garantissant une qualité des soins pour les patients et une sécurité pour les soignants dans la réalisation de leurs tâches ?**

Cette évolution passera sans doute par la construction de parcours de formations dans le cadre du PDC et du DPC. Il nous faut aussi repenser l'adaptation à l'emploi, l'évolution des métiers et des compétences requises pour assurer une qualité des soins au quotidien avec notamment l'accélération du développement des protocoles de coopération et du déploiement d'infirmières en pratiques avancées. Cela passera aussi par l'encadrement, l'accompagnement, la détection des potentiels de nos soignants, la

---

<sup>73</sup> BUDET, Jean-Michel. Le retour des professionnels dans le processus de décision. Dans : *Gestions Hospitalières* [en ligne]. 1 avril 2020. [Consulté le 15 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/organisation-hospitaliere-le-retour-des-professionnels-dans-le-processus-de-decision/>.

valorisation du sentiment d'efficacité personnelle et le développement d'une acculturation vers la médecine de catastrophe et la médecine d'urgence.

Le directeur des soins a montré durant cette crise sanitaire qu'il était un acteur incontournable de nos organisations ; non seulement en raison de son pragmatisme, des relations qu'il sait établir au sein de l'équipe de direction, et plus précisément dans cette situation avec la direction générale et la direction des ressources humaines, mais aussi grâce à la collaboration étroite qu'il sait entretenir avec le corpus médical et plus spécifiquement avec le président de la commission médicale d'établissement. Espérons que, pour reprendre un extrait du discours du Président de la République, lors de son allocution aux français le 16 mars 2020 : « *Beaucoup de choses que nous pensions impossibles adviennent, mais retenons ça : le jour d'après, quand nous aurons gagné, nous ne reviendrons pas au jour d'avant* ».

---

## Bibliographie

---

- AMBROSINO, F., FISHMAN, A., DECORMEILLE, G. et DEBOUT, C. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la réanimation. *Réanimation* [en ligne]. Mars 2016, Vol. 25, n° 2, p. 252-260. DOI 10.1007/s13546-015-1123-x
- BASQUE, Josiane. Le concept de compétences : quelques définitions. Dans : *Pédagogie* [en ligne]. 4 août 2015. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://pedagogie.quebec.ca/outils/le-concept-de-competences-quelques-definitions>
- BEAUPIED, Annabel. L'évaluation par les compétences. *Idées économiques et sociales*. 2009, Vol. N° 155, n° 1, p. 71-77
- BERTHIER, Jean-Luc. La consolidation mnésique pour apprendre et réussir à long terme. Dans : *Sciences cognitives* [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://sciences-cognitives.fr/consolidation-mnesique-apprendre-reussir-a-long-terme/>
- BERTHIER, Jean-Luc. Mémorisation, comment faire travailler efficacement vos mémoires? Dans : *Sciences cognitives* [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://sciences-cognitives.fr/le-parcours-formation/memorisation/>
- BOSMAN, Christine, GÉRARD, François-Marie et ROEGIERS, Xavier. *Quel avenir pour les compétences ?* [S. l.] : De Boeck, 2000. [Consulté le 11 mai 2020]. ISBN 2-8041-3502-0. Disponible à l'adresse : [http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/B/Bosman\\_2000\\_A.html](http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/B/Bosman_2000_A.html)
- BOUMRAR, Julie. La crise : levier stratégique d'apprentissage organisationnel. *Vie sciences de l'entreprise*. 2010, Vol. N° 185-186, n° 3, p. 13-26
- BUDET, Jean-Michel. Le retour des professionnels dans le processus de décision. Dans : *Gestions Hospitalières* [en ligne]. 1 avril 2020. [Consulté le 15 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/organisation-hospitaliere-le-retour-des-professionnels-dans-le-processus-de-decision/>
- CÉLESTIN-LHOPITEAU, Isabelle. *Soigner par les Pratiques Psycho-Corporelles: Pour une stratégie intégrative*. [S. l.] : Dunod, 21 octobre 2015. ISBN 978-2-10-073953-0
- CHARBONNIER-VOIRIN, Audrey. Développement et test partiel des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure de l'agilité organisationnelle. *M@n@gement*. Octobre 2011, Vol. Vol. 14, n° 2, p. 119-156
- COULET, Jean-Claude. La « référentialisation » des compétences à l'école, conceptions et mises en œuvre. *Recherche formation*. 2010, Vol. n° 64, n° 2, p. 47-62

- 📖 DELAVALLÉE, Éric. Petite histoire de l'agilité organisationnelle. Dans : *Questions de Management - Le blog d'Éric Delavallée* [en ligne]. 6 juin 2016. [Consulté le 22 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.questions-de-management.com/petite-histoire-de-lagilite-organisationnelle/>
- 📖 EUSTACHE, Francis. *Pourquoi notre mémoire est-elle si fragile ?* Paris : Le Pommier, 30 septembre 2003. ISBN 978-2-7465-0131-7
- 📖 FARTASSI, Adam. Marre d'oublier ? Voici la Courbe d'Ebbinghaus ! Dans : *PenserChanger* [en ligne]. 2 avril 2020. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.penserchanger.com/marre-doublier-voici-la-courbe-debbinghaus>
- 📖 GARCIA, Jean-François, GRANDVAL, Samuel, MONTARGOT, Nathalie et OIRY, Ewan. L'intégration des nouveaux arrivants : un dispositif RH de lutte contre l'obsolescence des compétences ? Enseignements tirés du cas de SNCF Réseau. *Revue de gestion des ressources humaines*. Juillet 2020, Vol. N° 116, n° 2, p. 3-23
- 📖 GUILHOU, Xavier et LAGADEC, Patrick. *La fin du risque zéro*. Paris : Eyrolles, 2002. Tendances. ISBN 978-2-7081-2707-4
- 📖 LAVIE, Estelle (rédactrice) et MOLENDI, Sylvie (rédactrice). Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 - Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. *HAS*. 2020, p. 16
- 📖 La théorie de la charge cognitive de John Sweller. Dans : *Nos Pensées* [en ligne]. 5 janvier 2019. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://nospensees.fr/la-theorie-de-la-charge-cognitive-de-john-sweller/>
- 📖 LE BOTERF, Guy. *De la compétence : Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Éditions d'Organisation, 1 octobre 1994. ISBN 978-2-7081-1753-2
- 📖 LE DOUARON, Pierre. La formation tout au long de la vie. *Revue française d'administration publique*. 2002, Vol. 104, n° 4, p. 573-580
- 📖 LECOMTE, Jacques. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs*. 2004, Vol. Hors-série, n° 5, p. 59-90
- 📖 MAYEN, Patrick, LAINÉ, Armelle et COLLECTIF. *Apprendre à travailler avec le vivant : Développement durable et didactique professionnelle*. Dijon : Éditions Raison et Passions, 28 octobre 2014. ISBN 978-2-917645-36-9
- 📖 MAYEN, Patrick, MÉTRAL, Jean-François et TOURMEN, Claire. Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche et formation* [en ligne]. Juillet 2010, n° 64, p. 31-46. DOI 10.4000/rechercheformation.191
- 📖 MONVILLE, Marie et LÉONARD, Dimitri. La formation professionnelle continue. *Courrier hebdomadaire du CRISP*. Août 2008, Vol. n° 1987-1988, n° 2, p. 7-67
- 📖 NOËL, Florent et WANNENMACHER, Delphine. Peut-on dépasser la discorde dans les situations de restructuration ? Quatre cas visités à l'aune de la sociologie de la justification. *De Boeck Supérieur*. Mai 2012, Vol. 2, n° 1, p. 63-91

- 📄 PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences* [en ligne]. Septembre 2000. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2000/2000\\_30.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_30.html)
- 📄 PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ?* [En ligne]. Novembre 1998. [Consulté le 11 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1998/1998\\_34.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_34.html)
- 📄 ROQUES, Olivier et ROGER, Alain. Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. *Politiques et Management Public* [en ligne]. 2004, Vol. 22, n° 4, p. 47-63. DOI 10.3406/pomap.2004.2855
- 📄 SIBONY, Olivier. *HEC Paris Webinar Séries - Prise de décision et biais cognitifs: l'exemple du COVID-19 - YouTube* [en ligne]. 7 avril 2020. [Consulté le 17 juin 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=H6IAOM3Ei2o>
- 📄 SIMARD, Hugues. *L'agilité organisationnelle: Du concept à l'opérationnalisation*. p. 21
- 📖 TARDIF, Jacques. *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation, 1 janvier 2006. ISBN 978-2-7650-1005-0
- 📄 TOURMEN, Claire. Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions. *Savoirs*. 2014, Vol. 36, n° 3, p. 9-40
- 📄 VERDIER, Éric. L'éducation et la formation tout au long de la vie : une orientation européenne, des régimes d'action publique et des modèles nationaux en évolution. *Sociologie et sociétés* [en ligne]. 2008, Vol. 40, n° 1, p. 195-225. DOI <https://doi.org/10.7202/019478ar>
- 📖 ZARIFIAN, Philippe. *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Rueil-Malmaison : Liaisons, 2 avril 1999. ISBN 978-2-87880-291-7
- 📄 Cadre légal et historique du DPC. Dans : *Haute Autorité de Santé* [en ligne]. Décembre 2012. [Consulté le 4 mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc)
- 📄 DGS. Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé. Dans : *Ministère des Solidarités et de la Santé* [en ligne]. 9 septembre 2020. [Consulté le 9 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>
- 📄 Plan de développement des compétences. Dans : *Ministère du Travail* [en ligne]. 19 février 2020. [Consulté le 19 février 2020]. Disponible à l'adresse : <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/entreprise-et-formation/article/plan-de-developpement-des-competences>

- ☞ *Référentiel métier de Directeur (trice) des soins* [en ligne]. Mars 2010. [Consulté le 3 janvier 2020]. Disponible à l'adresse : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_des\\_soins.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf)
- ☞ *Sécur de la santé : les propositions des Conférences des directeurs généraux et des présidents de CME de CHRU*. Dans : *Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière* [en ligne]. Mai 2020. [Consulté le 6 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.hospitalia.fr/Segur-de-la-sante-les-propositions-des-Conferences-des-directeurs-generaux-et-des-presidents-de-CME-de-CHRU\\_a2240.html](https://www.hospitalia.fr/Segur-de-la-sante-les-propositions-des-Conferences-des-directeurs-generaux-et-des-presidents-de-CME-de-CHRU_a2240.html)
- ☞ *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*.
- ☞ *Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie*.
- ☞ *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*.
- ☞ *Décret du 28 décembre 2018 relatif aux actions de formation et aux modalités de conventionnement des actions de développement des compétences*.
- ☞ *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*.
- ☞ *Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé*.
- ☞ *Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé*.
- ☞ *Décret n° 2016-1007 du 21 juillet 2016 relatif à la réserve sanitaire*.
- ☞ *Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19*.
- ☞ *Arrêté du 2 juillet 2018 portant approbation du plan type des plans de sécurité d'opérateurs d'importance vitale*.
- ☞ *Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles* [en ligne]. 27 juin 2013. [Consulté le 9 septembre 2020]. Disponible à l'adresse : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37219>
- ☞ *Code de la santé publique - Article L3110-7*. Vol. L3110-7.
- ☞ *Code de la santé publique - Article L3110-8*. Vol. L3110-8.
- ☞ *Code de la santé publique - Article L3132-1*. Vol. L3132-1.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Visualisation schématique des lieux explorés par l'enquête

Annexe III : Profils des interviewés

Annexe IV : Tableau récapitulatif des principales formations dispensées dans les établissements durant la crise.



**Guide d'entretien**

Référence établissements de santé :

- Type d'établissement :
- Région :
- Age :
- Sexe :
- Fonction / Métier :
- Mission pendant la crise :
- Date d'entretien :
- Durée :

**Quelles sont les organisations adaptatives qui ont été développées afin de pouvoir répondre aux modifications capacitaires et aux exigences liées à l'accueil de patients touchés par le coronavirus ?**

**Parlez-moi des dispositifs de formation et d'accompagnement qui ont été mis en place lors de la crise sanitaire pour les agents en poste et les nouveaux agents ?**

**Quels dispositifs de prévention et de gestion du stress pour les agents ont été utilisés ?**

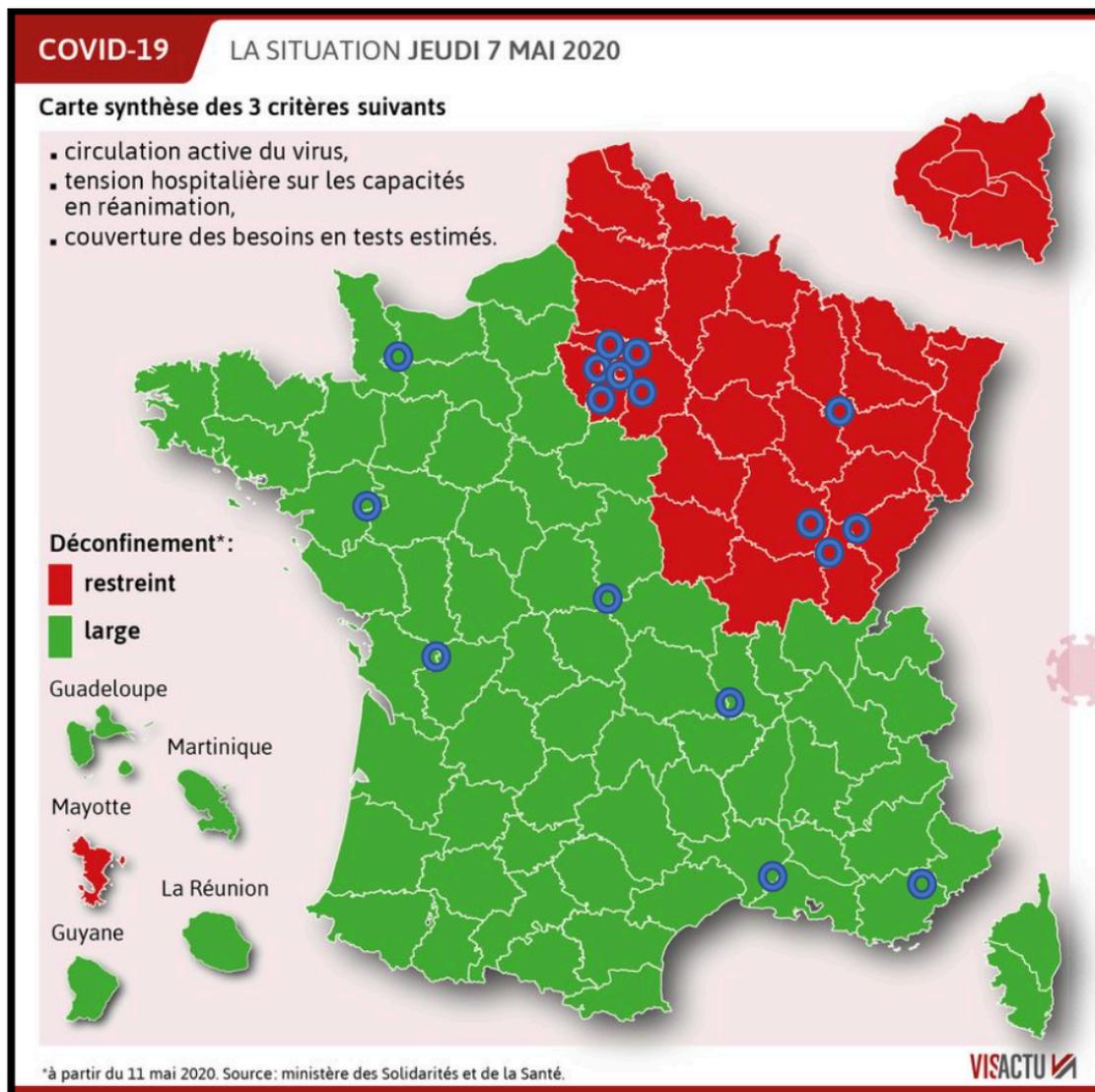
**Si vous aviez un chose à retenir et à conserver (ou à oublier complètement, à ne pas refaire) pour une prochaine épidémie**

**Et le GHT par rapport à la gestion de crise... a-t-il eu un rôle ?**

**Avez-vous quelque chose à rajouter ?**



Annexe II : Visualisation schématique des lieux explorés par l'enquête.





Annexe III : Profils des interviewés

PRENOM	SEXE	AGE	ETABLISSEMENT	REGION	FONCTION / METIER	MISSION PENDANT LA CRISE	ENTRETIENS DATE	DUREE
<b>BLANDINE</b>	F	55	CH - MCO	Ile De France	EDS	Gestion de la réserve sanitaire. Redéploiement RH	01/06/2020	42'45''
<b>CHARLOTTE</b>	F	51	CH - MCO	Ile De France	EDS	Coordination des renforts : recrutements et allocation des ressources	31/05/2020	36'30''
<b>LOUISE</b>	F	44	CH - MCO	Nouvelle Aquitaine	EDS	FFDS : coordination et mise en œuvre dispositif Covid	31/05/2020	40'45''
<b>KARINE</b>	F	49	CH PROXIMITE + EHPAD	Grand Est	EDS	FFDS : coordination et mise en œuvre dispositif Covid	21/05/2020	35'
<b>BRIGITTE</b>	F	54	CHU	Ile De France	EDS	FFDS : coordination et mise en œuvre dispositif Covid, SSR, médecine, soins critiques	30/05/2020	40'45''
<b>GERALDINE</b>	F	50	CHU	Auvergne Rhône Alpes	EDS	Redéploiement RH sur les soins critiques et formations	30/05/2020	33'30''
<b>PIERRE</b>	M	58	CHU	Bourgogne Franche Comté	DS	Coordination et mise en œuvre dispositif Covid. Responsable cellule gestion du personnel	20/05/2020	45'30''
<b>BENOÎT</b>	M	56	CH - MCO	Centre Val De Loire	CGS	Coordination et mise en œuvre dispositif Covid. Gestion RH	19/05/2020	47'

<b>JULIE</b>	F	39	CHU	Bourgogne Franche Comté	CS	Cadre en service Covid – Maladies Infectieuses	21/05/2020	38'
<b>LUDIVINE</b>	F	51	CH - EPSM	Bourgogne Franche Comte	CS	Cadre hygiéniste – gestion équipe opérationnelle hygiène (EOH)	05/06/2020	32'10"
<b>BERANGERE</b>	F	50	CH - MCO	Normandie	EDS	Mise en place des circuits patients et organisation des formations, adaptation RH	06/06/2020	30'
<b>ADELINE</b>	F	53	CH - MCO	Ile De France	EDS	Coordination et mise en œuvre dispositif Covid dimensionnement RH	21/05/2020	34'27"
<b>LAURENT</b>	M	54	CHU	Pays De Loire	EDS	Mise en place d'un service complémentaire de soins critiques	21/05/2020	39'
<b>PERRINE</b>	F	44	CH - EPSM	Ile De France	EDS	Réorganisation des parcours patients et dimensionnement RH	21/05/2020	40'28"
<b>DELPHINE</b>	F	45	CHU	Provence Alpes Côte d'Azur	EDS	FFDS sur un site et coordination des soins critiques	06/06/2020	41'10"
<b>DOMINIQUE</b>	F	50	CHU	Ile De France	EDS	Réorganisation et redéploiement effectifs RH	01/06/2020	42'30"

Annexe IV : Tableau récapitulatif des principales formations dispensées dans les établissements durant la crise.

ETABLISSEMENT	REGION	FORMATION ADAPTATION A L'EMPLOI	REALISEE PAR	FORMATION HYGIENE	REALISEE PAR	ENCADREMENT EN SERVICE
CH - MCO	ILE DE FRANCE	Mini - formations d'1h + accompagnement + supports Power Point École IADE	Médecins + cadres formateurs	Conseils + accompagnement sur site	EOH (Équipe Opérationnelle d'Hygiène)	Travail en binôme 1 expérimenté + 1 junior
CH - MCO	ILE DE FRANCE	Réactualisation des connaissances + logiciels métiers		Formation & Réactualisation sur site	EOH	
CH - MCO	NOUVELLE AQUITAINE			3H : Hygiène hospitalière, gestes barrière, habillage/déshabillage	Formateur AFGSU	Foire Aux Questions (FAQ) + passage dans les services
CH PROXIMITE + EHPAD	GRAND EST	Réactualisation des actes non pratiqués (transfusion, médicaments)	IDE expérimentée sur site	Formation & réactualisation sur site	EOH	Temps de « doublage » de 2 à 3 jours + passage EOH dans les services
CHU	ILE DE FRANCE	1 jour en lien avec EOH : ventilation, drogues, seringues, calculs de doses...	MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur)	En cours théorique durant la journée de formation	EOH	Temps de « doublage » de 2 jours (au départ). Encadrement par IDE experte dédiée
CHU	AUVERGNE RHONE ALPES	Ventilation, décubitus ventral, intubation, drogues (centre de simulation)	1 MAR dédié + partenariat école IADE	Formation habillage/déshabillage	EOH	

CHU	BOURGOGNE FRANCHE COMTE	2 jours pour les novices, 1 jour pour les juniors : matériel, ventilation, drogues, intubation	1 MAR + 1 cadre supérieur de santé école IADE	Procédures hygiène habillage/déshabillage	EOH	Temps de « doublage » de 3 à 4 jours.
CH - MCO	CENTRE VAL DE LOIRE	Formation d'adaptation au matériel. Formations flash		Procédures hygiène habillage/déshabillage	EOH	Immersion en service d'urgences pour se familiariser avec l'environnement patient Covid.
CHU	BOURGOGNE FRANCHE COMTE	3H : Formation drogues, ventilation intubation ( Centre de simulation ; formations filmées et disponibles sur site accès QR Code)	1 médecin urgentiste + EOH + Cadre formateur école IADE	Procédures hygiène habillage/déshabillage en théorie durant les temps de formation	EOH	Reprise formation hygiène de tout nouvel arrivant par cadre + Temps de « doublage » en réanimation
CH - EPSM	BOURGOGNE FRANCHE COMTE	Formation d'adaptation aux gestes techniques : perfusions, drogues, ...	Cadre Institut de formation des professionnels de santé	Procédure hygiène habillage/déshabillage utilisation des EPI	EOH	Accompagnement sur site et réponse aux questions
CH - MCO	NORMANDIE	Formation de 1 jour différenciée pour les juniors et les novices.	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)	Procédure hygiène habillage déshabillage intégrée à la journée de formation	EOH	Plusieurs jours de « doublage » avec les IDE expertes en service

CH - MCO	ILE DE FRANCE	Formation en immersion dans le service de réanimation : matériel et prise en charge	Médecins + IDE expertes	Procédures d'hygiène habillage/déshabillage directement sur site	EOH	1 semaine « d'immersion , doublage, formation »
CHU	PAYS DE LOIRE	Formation de 3h pour environnement et matériel	Médecins + IDE experts référents			Supervision par IDE expert référent
CH - EPSM	ILE DE FRANCE	Formation aux protocoles médicaux pour les renforts régionaux	Médecins psychiatres	Procédures hygiène habillage/déshabillage	Médecins somaticiens	1 à 2 jours de « doublage » pour les nouveaux arrivants
CHU	PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR	Formations à la ventilation, à la prise en charge du patient de réanimation	Médecins + cadres écoles IADE	Procédures hygiène habillage/déshabillage	EOH + IBODE	Contrôle respect des procédures in situ par IBODE + accompagnement aux soins
CHU	ILE DE FRANCE	1 jour en formation avant travail dans les unités. Passage à tour de rôle des soignants	Médecin + cadres formateurs	Procédures hygiène habillage/déshabillage	IDE + cadres service des maladies infectieuses	Encadrement. Pas d'agent non formé en service Covid. 2 à 3 jours de « doublage » en service



MALAVAUX

Christophe

Décembre 2020

**Directeur des Soins**  
Promotion 2020 – Caroline AIGLE

## **De la gestion de la situation sanitaire liée au coronavirus Covid-19 à la formation d'adaptation à l'emploi en situation critique : une modélisation possible ?**

### ***Résumé :***

La Situation Sanitaire Exceptionnelle de pandémie liée au Coronavirus Covid-19 est l'occasion de questionner, à partir d'un retour d'expérience, les adaptations organisationnelles et les capacités agiles mises en œuvre par les établissements de santé, le personnel soignant et l'ensemble des équipes de terrain, afin de répondre sans délai aux besoins sanitaires de la population. L'objet du travail porte sur 17 établissements de santé en métropole : CH, CHU, EPSM et EHPAD adossés à un CH. Ont été sollicités 12 collègues élèves directeurs des soins qui, en stage ou lors d'un engagement supplémentaire, ont participé à la gestion de la crise. A ce panel d'élèves, ont été associés des directeurs des soins et des cadres de santé. La pluralité des parcours et des stages permet d'avoir un panel assez élargi d'établissements et de régions.

L'analyse des organisations, des comportements en situation de stress, ainsi que l'analyse des formations mises en place afin de répondre au plus vite à la demande est réalisée à travers plusieurs prismes, dont celui des sciences cognitives et permettent de proposer des actions concrètes et pragmatiques afin de mieux se préparer à une prochaine situation critique.

### ***Mots clés :***

Situations Sanitaires Exceptionnelles – Compétences – Parcours Professionnels – Agilité Organisationnelle

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*