



**EHESP**

---

**Filière Directeur des soins**

Promotion : **2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**La simulation managériale,  
une nouvelle opportunité  
pour développer les compétences  
des cadres de santé ?**

---

**Aurélia ROLLAND**



---

# Remerciements

---

Aux personnes rencontrées cette année pour avoir éclairé ce travail et ma formation en acceptant de partager avec moi leurs conceptions et valeurs professionnelles.

A toutes les soirées rennaises reportées pour cause de crise sanitaire.

A ma famille bretonne et bourguignonne.

Enfin, et surtout, à Guillaume, Octave et Valentine.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Cadre théorique et champ de l'étude.....	6
1.1 Cadre de santé, un positionnement en évolution.....	6
1.2 La compétence du cadre de santé .....	8
1.2.1 Un savoir agir, un pouvoir agir et un vouloir agir en situation.....	8
1.2.2 Des compétences spécifiques.....	10
1.3 La formation des cadres de santé .....	12
1.4 Le plan de développement des compétences.....	15
1.5 De la simulation en santé à la simulation managériale .....	17
1.5.1 Un essor accompagné et encadré.....	17
1.5.2 Un apprentissage du management, expérientiel et réflexif .....	20
2 L'enquête et son analyse comme éléments de réponses à la question de départ ....	23
2.1 Cadre de l'enquête.....	23
2.1.1 La méthodologie et la population cible .....	23
2.1.2 Limites et points forts de l'enquête .....	24
2.2 Les résultats obtenus .....	25
2.2.1 Les compétences des cadres de santé : entre identification et repérage....	25
2.2.2 Les compétences des cadres de santé : entre développement et évaluation . .....	27
2.2.3 Le plan de développement des compétences, un outil partagé .....	29
2.2.4 La simulation managériale en pratique.....	31
2.2.5 La simulation managériale, une réelle plus-value ? .....	34
2.3 La nécessité d'une politique managériale.....	37
2.4 Confrontation de l'enquête aux hypothèses.....	38
3 Réflexion et préconisations .....	40
3.1 La simulation managériale, une méthode d'apprentissage à implanter.....	40
3.1.1 Evaluer le contexte.....	40
3.1.2 Adapter les scénarios aux besoins des managers.....	41

3.1.3	Développer des simulations de gestion.....	42
3.1.4	Promouvoir la recherche.....	43
3.1.5	Diversifier l'offre de formation à destination des cadres de santé.....	43
3.2	Affirmer une politique managériale forte .....	43
3.2.1	Le projet managérial.....	44
3.2.2	Le projet de soins .....	45
3.3	Le plan de développement des compétences, un levier au bénéfice de l'employabilité.....	46
3.3.1	Une réponse structurée aux besoins .....	46
3.3.2	Un réinvestissement des formations nécessaire .....	47
3.4	Une collaboration DS-DRH effective.....	48
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	50
	Annexe .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

CGS : Coordonnateur/trice général.e des soins

CPP : Cadre paramédical.e de pôle

CS : Cadre de santé

CSIRMT : Commission de soins, de rééducation et médico-technique

CSS : Cadre supérieur de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DPC : Développement professionnel continu

DRH : Directeur.trice des ressources humaines / Direction des ressources humaines

DS : Directeur.trice des soins / Direction des soins

FF : Faisant fonction

FFCS : Faisant fonction de cadre de santé

FPH : Fonction publique hospitalière

FPTLV : Formation tout au long de la vie

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patients santé et territoire

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

NMP : Nouveau management public

PS : Projet de soins





## Introduction

Tant pour des raisons économiques, intellectuelles que politiques, le secteur sanitaire et médico-social connaît une mutation structurelle, financière et opératoire depuis plusieurs années. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019<sup>1</sup> nous engage à :

- favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin,
- créer un collectif de soins au service des patients,
- adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain.

Autant de défis et de challenges d'une part, pour les personnels d'encadrement déjà impactés par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) et évoluant depuis plusieurs années dans ce qu'il est courant d'appeler le « nouveau » management public (NMP) et d'autre part, pour le directeur des soins dans l'accompagnement au quotidien de ces collaborateurs par l'anticipation de leurs besoins et attentes.

Les ressources humaines ont marqué notre exercice de cadre de santé, de cadre supérieur de santé puis de faisant fonction (FF) de directrice des soins : recrutement, mobilité, organisation de la permanence d'encadrement, harmonisation de la réglementation du temps de travail dans le cadre d'une fusion-crédation d'un hôpital... Cette année de formation nous confirme dans l'idée qu'il est important pour la future directrice des soins que nous sommes de bien connaître notre champ d'action et les missions qui nous seront dévolues pour que la collaboration avec la direction des ressources humaines (DRH) soit effective et efficace.

Lors du choix du sujet de mémoire, il nous a paru intéressant de traiter une thématique inhérente à la fonction : la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV). Précédemment, nous avons évolué dans un contexte de forte tension du métier de cadre de santé sur le territoire caractérisé par une concurrence entre les hôpitaux et une désaffection des candidats au concours des Instituts de formation des cadres de santé (IFCS). D'ailleurs, la politique managériale, copilotée par la direction des soins et la direction des ressources humaines de notre ancien établissement, comprenait plusieurs axes dont l'attractivité et la fidélisation de l'encadrement paramédical. Le développement des compétences et la FTLV était en filigrane de toutes les actions.

Thématique transversale et significative de la carrière des fonctionnaires hospitaliers, et contractuels de la fonction publique hospitalière (FPH) en activité, la FPTLV représente un

---

<sup>1</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal officiel du 26 juillet 2019.

levier managérial pour l'émergence et la reconnaissance des compétences en particulier paramédicales. Véritable opportunité, la FPTLV devient incontournable lors des restructurations hospitalières et des processus d'accompagnement des agents. Il peut impacter les organisations au plus près des usagers, les rémunérations ou encore le processus d'évaluation des personnels. Il est primordial que le DS s'en saisisse en collaboration directe avec la DRH.

De par sa fonction<sup>2</sup>, le directeur des soins :

- organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;
- participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;
- contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ;
- participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants.

Inscrite dans la loi depuis 1971, la formation s'est « professionnalisée ». Classiquement, en partenariat avec le DRH, le DS élabore le plan de développement des compétences sur les pratiques soignantes et managériales en concertation avec l'encadrement de pôle. La mutation des métiers, la pyramide des âges, la nouvelle donne générationnelle des professionnels demandent de les préparer au changement, d'adapter son mode de management et de garantir la transmission des savoirs au bénéfice de l'utilisateur.

Prenant un poste en gérontologie en janvier 2021, il nous faudra prendre en compte l'évolution des métiers du grand âge en combinant les spécificités de la gestion économique d'une gouvernance sanitaire et médico-sociale et en organisant l'implémentation de la pratique avancée, le développement de la recherche paramédicale et l'accès à la fonction cadre de santé.

Le cadre de santé<sup>3</sup> doit être en capacité d'animer des réunions, de négocier, d'arbitrer, d'argumenter, d'objectiver et d'adapter son mode de communication en fonction des enjeux

---

<sup>2</sup> Article 4 du décret n° 2017-1373 du 20 septembre 2017 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>3</sup> Le terme « cadre de santé » est choisi car ce terme est employé dans la réglementation, notamment pour le différencier de la fonction « cadre paramédical de pôle ». Pour alléger la lecture du document, les termes « cadre de proximité » ou « manager » seront employés. Les trois termes désigneront le cadre de santé en situation d'encadrement d'une équipe dans une unité fonctionnelle.

et des objectifs attendus. Il est nécessaire de communiquer, d'informer, d'écouter et de prendre en compte. Stratégiquement, le cadre de santé développe sa réceptivité et son observation vis-à-vis des différents acteurs du soin. Comprendre lui permet d'anticiper. Ses missions, les réussites et les difficultés rencontrées font du cadre de santé un professionnel de confiance assumant ses responsabilités auprès du chef de pôle, du cadre de pôle, de la direction des soins et des équipes paramédicales. La formation personnelle invite le cadre à éclairer sa pratique d'apports théoriques et opérationnels dans un souci de perfectionnement.

Dès 2007<sup>4</sup>, la future Direction générale de l'offre de soins (DGOS), rappelle que « *face aux nouvelles attentes des usagers, mais aussi à celles des personnels, les établissements de santé doivent compléter leur gestion administrative et statutaire par une gestion davantage orientée vers une gestion des métiers et des compétences (GPMC) qui peut seule répondre aux enjeux de professionnalisation des métiers du secteur de la santé.* »

Le travail de proximité du cadre de santé auprès de l'équipe soignante et auprès des usagers et de leurs proches, le positionne comme un interlocuteur incontournable pour l'encadrement médical, paramédical et administratif du pôle. Vecteur d'informations ascendantes et descendantes entre le chevet du patient et la direction générale, il est à la fois animateur et initiateur de projets aussi bien dans l'unité que dans le pôle. Organisateur des soins, acteur de la formation, il est aussi partie prenante de missions dites transversales comme la qualité, la gestion des risques, la conduite de projets, ... Il est essentiel pour le DS de s'enquérir des compétences de cette population de professionnels.

Dans son chapitre intitulé « Management : culture et légitimité », le rapport final « Transformer les conditions d'exercice » de Ma santé 2022 prône une mise à plat de la formation aux compétences managériales. Ce rapport<sup>5</sup> préconise de :

- définir le socle des compétences managériales par grande fonction au niveau national; en revanche, laisser «à la main» des établissements le format des formations ou des accompagnements (tutorat, coaching...), de telle manière qu'elles soient adaptées aux exigences de l'institution et aux besoins individuels des bénéficiaires ;
- maintenir et développer les compétences managériales pendant tout l'exercice de la fonction par un dispositif continu de formation (par exemple ateliers thématiques

---

<sup>4</sup> Circulaire DHOS/P1 n° 2007-369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

<sup>5</sup> ROUSSEAU A., d'AUTUME C. 2018. Rapport final *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, Stratégie de transformation du système de santé.

de management, ateliers de co-développement ou plus largement de partage d'expérience, coaching in situ, MOOC...);

- ouvrir le développement professionnel continu (DPC) aux pratiques managériales.

Depuis plusieurs années, les technologies de l'éducation, encore appelées EDtechs figurent dans les plans de développement professionnel continu des hôpitaux. Plébiscitées mais surtout mieux maîtrisées par les célèbres « génération Y » et « génération Z », ils répondent à un besoin d'accès rapide aux informations et aux connaissances. Ces méthodes utilisant les avancées technologiques, s'appuient sur les nouveaux comportements d'apprentissage et de consommation des personnes. Les MOOC (Massive Online Open Courses), les SPOC (Small Private Open Courses), le e-learning (apprentissage à distance via les nouvelles technologies de l'information et de la communication), le blended-learning (association du e-learning et de l'apprentissage en présentiel) ou encore les serious games sont entrés dans le vocabulaire des hospitaliers. La crise sanitaire Covid-19 et la distanciation physique imposée a accentué l'utilisation de ces modes d'apprentissage.

La simulation en santé fait partie de ces méthodes pédagogiques actives et innovantes. Utilisée dans les industries "à risque" telles que l'aéronautique depuis de nombreuses années et basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive, les centres de simulation sont nombreux et l'offre est exponentielle à la fois dans les formations initiales et continues. La majorité des instituts de formation des professionnels de santé l'ont intégrée dans leurs projets pédagogiques, en particulier les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). De nombreuses actions pluriprofessionnelles existent facilitant le travail en collaboration et les prises de décision communes d'équipe notamment dans des spécialités médicales techniques comme la réanimation ou la gynécologie obstétrique.

La simulation en santé regroupe :

- la simulation synthétique incluant des mannequins ;
- la simulation numérique : «serious games», réalité virtuelle, réalité augmentée, ... ;
- la simulation « humaine » : consultations, annonce d'une maladie grave, ... .

Ces techniques de simulation s'appliquent maintenant au management en santé. En 2018-2019, nous avons eu l'occasion de développer cette méthode d'apprentissage. Dans le cadre de la politique managériale de notre ancien établissement, le renforcement du partenariat entre la DS, la DRH et l'IFCS, a fait émerger le souhait commun d'accompagner les cadres de santé et futurs cadres de santé dans leur exercice par la simulation managériale. L'expérimentation a été menée tout d'abord auprès des étudiants cadres de

santé, puis de FF cadres de santé et de cadres de santé diplômés. Pour cela, une équipe projet composée de cadres supérieurs de santé (CSS), de la DS et de l'IFCS et d'une documentaliste a développé quatre scénarios et organisé les séances de simulation dans les locaux dédiés de l'IFSI.

Au-delà de l'expérimentation vécue à petite échelle et au regard de la satisfaction recueillie auprès des apprenants, il nous paraît intéressant de nous questionner sur la reproductibilité, la faisabilité et l'intérêt d'un tel dispositif. Notre question de recherche se formule comme ceci : En quoi la simulation managériale permet-elle de renforcer les compétences des cadres de santé ?

L'intérêt de ce travail est :

- de définir les compétences nécessaires à la fonction de cadre de santé,
- d'interroger l'effectivité des formations continues dans la fonction actuelle du cadre de santé,
- de définir l'existence ou non du lien entre simulation managériale et développement des compétences,
- d'interroger les professionnels de terrain dans le cadre d'une enquête imposant une objectivité dans l'interprétation des données,
- de comprendre un mode d'apprentissage venant enrichir la pratique professionnelle actuelle et future.

Pour tenter de répondre à cette question, nous émettons deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : L'apprentissage par la simulation managériale répond à un besoin de formation et renforce les compétences du cadre de santé.
- Hypothèse 2 : Une stratégie managériale institutionnelle favorise le développement des compétences des cadres de santé.

Dans la première partie du travail, un éclaircissement des concepts principaux étudiés, à savoir les compétences associées aux missions du cadre de santé et la simulation en santé, permettra d'approfondir la thématique. Dans la deuxième partie, à partir d'une enquête menée auprès de professionnels de santé, nous présenterons et analyserons les entretiens afin d'apporter des éléments de réponse à la réflexion. Enfin, nous conclurons par des préconisations pour accompagner une telle démarche.

# 1 Cadre théorique et champ de l'étude

## 1.1 Cadre de santé, un positionnement en évolution

Les réformes hospitalières du 20<sup>ème</sup> siècle ont modifié la fonction d'encadrement paramédical : le métier de surveillante<sup>6</sup> a évolué vers un métier de cadre infirmier<sup>7</sup>, de cadre de santé<sup>8</sup> puis de cadre de santé paramédical<sup>9</sup>. Les deux rapports majeurs sur les cadres de santé publiés depuis 2009 : la mission De Singly<sup>10</sup> et le rapport Yahiel-Mounier<sup>11</sup>, associés aux travaux de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la réingénierie de la formation<sup>12</sup>, indiquent que le métier de cadre de santé bénéficie d'une attention particulière même si le décret de la formation n'a pas évolué depuis 1995.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>13</sup> définit que le métier de cadre de santé « *comporte d'évidence une composante managériale sensible, dans un contexte directement lié aux soins et à leur « production»* ». Sous l'impulsion du cadre de pôle, le cadre de proximité anime le projet de pôle. Premier interlocuteur des équipes paramédicales et médicales sur le terrain, des usagers et de leurs proches, il joue un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins de l'établissement et du projet de soins partagé du groupement hospitalier du territoire (GHT)<sup>14</sup> en étant le relais de la direction des soins.

Pour Nicolas Belorgey, l'organisation de l'hôpital public conduit à une logique managériale issue du nouveau management public (NMP). Décrit dans les pays anglo-saxons dans les années 80-90, il définit un « *paradigme d'action publique, c'est-à-dire un ensemble d'idées et de pratiques que les pouvoirs publics tendent de mettre en œuvre dans les administrations et les services publics* »<sup>15</sup>. Il s'agit d'une « *sorte de néo taylorisme qui*

---

<sup>6</sup> Décret n°43-891 du 17 avril 1943, *portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics*, Journal officiel du 27 avril 1943. Nous pouvons alors parler d'une « *super infirmière* » qui continue à assurer les soins sur prescription tout en devenant responsable administrative et interlocutrice directe du médecin.

<sup>7</sup> Décret n°75-928 du 9 octobre 1975, *relatif au certificat Cadre infirmier (création)*. Journal officiel du 12 octobre 1975.

<sup>8</sup> Décret n° 95-926 du 18 août 1995, *portant création du diplôme de cadre de santé*. Journal officiel du 20 août 1995. Il établit le rôle « gestionnaire » du métier.

<sup>9</sup> Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012, *portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière*, Journal officiel du 28 décembre 2012.

<sup>10</sup> SINGLY C. (de). 2009. *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Septembre.

<sup>11</sup> YAHIEL M., MOUNIER C. 2010. *Quelle formation pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales n° RM2010-155P, Novembre.

<sup>12</sup> MARTIN L. 2013. *Cadre de santé : vers une réingénierie du diplôme*. Janvier. Actusoins.

<sup>13</sup> YAHIEL M., MOUNIER C. Op. cit.

<sup>14</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 *relatif aux groupements hospitaliers de territoire*. Journal officiel du 29 avril 2016.

<sup>15</sup> BELORGEY N. 2010. *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. Paris : Editions La Découverte, p. 9.

*s'intéresse initialement au contrôle des agents producteurs, cherchant à accroître leur productivité et leur fixant à cette fin des objectifs quantifiés »<sup>16</sup>. Didier Idjadi confirme que « l'hôpital [...] [est devenu] une organisation entreprise, lieu de la performance et de la recherche de la satisfaction du malade-client : cette conception se développe avec le modèle capitaliste et la nationalisation économique. L'utilisateur administré se transforme en client-évaluateur incitant l'hôpital à la recherche de la performance »<sup>17</sup>.*

En parallèle, « les employeurs et le groupe professionnel des cadres de santé ont co-construit de nouvelles modalités de production des cadres qui s'articulent aux mesures relevant du Nouveau Management Public. Les directions d'hôpital, y compris les directions de soins, ont trouvé un avantage certain à l'introduction de méthodes du privé (repérage, «détection des talents », accompagnement, « professionnalisation », évaluation, etc.) »<sup>18</sup>.

En évaluant des objectifs quantifiés, le NMP généralise les concepts d'efficience et de performance dans la pratique hospitalière. Et qui mieux que le cadre de santé pour mettre en œuvre ces nouveaux objectifs sur le terrain ?

La certification des établissements, la tarification à l'activité, la création des pôles et la gouvernance de l'hôpital, régulièrement revue, ont modifié les hiérarchies et les rôles de chacun dans l'organisation de l'institution. Didier Idjadi évoque une « ère nouvelle [...] née dans les structures hospitalières, celle des gestionnaires »<sup>19</sup>. Car « si la gouvernance se situe aux niveaux de la Direction Générale et des pôles, le cadre de santé – manager de proximité – « gouverne » son service de soin »<sup>20</sup>. Marc Dumas et Caroline Ruiller parlent du « cadre de santé HPST » « [qui répond aux] nouvelles missions managériales - management de l'activité et des hommes et ce, dans un contexte de limitation des dépenses – et à la conduite de projets en étant capable dans le même temps d'assurer l'articulation entre les logiques des administrateurs, des médecins, des paramédicaux, des cadres administratifs, des patients et de leurs familles »<sup>21</sup>.

La difficulté pour ce « cadre HPST », qui a vu ses responsabilités de gestionnaire augmenter, est de préserver son travail de coordination au regard de l'étendue des dispositifs de régulation en place. Au-delà de l'opérationnalité demandée par la hiérarchie,

---

<sup>16</sup> BELORGEY N. Op. cit. p. 23.

<sup>17</sup> IDJADI D. 2013. « Les paradoxes des réformes hospitalières sur la prise en charge globale du patient », *Soins cadres*, Mai n°86, Elsevier-Masson, p. 16.

<sup>18</sup> DIVAY S. 2018. La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, vol. 36(1), p. 59.

<sup>19</sup> IDJADI D. 2013. Op. cit. p. 17.

<sup>20</sup> DUMAS M., RUIILLER C. 2013. « Être cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, janvier-mars n°81, p 42.

<sup>21</sup> Ibid. p. 44.

il s'agit pour lui de défendre la particularité stratégique de sa fonction. Selon Henri Anthony-Gerroltdt, « *le contrat vient remplacer la contrainte, la responsabilité succède à l'obéissance, la cohérence est assurée par le projet partagé et non par la discipline, l'enjeu se substitue à l'objectif quantifié, l'information est largement distribuée au lieu d'être contingentée, les circuits de décision sont simplifiés, la gestion est assurée au plus près du terrain, les modalités de fonctionnement favorisent le décloisonnement, la logique essai/ajustement favorise une dynamique de progression régulière et la pratique est centrée sur des démarches globales et des applications locales* »<sup>22</sup>.

Cependant, les cadres de santé entretiennent des difficultés à définir le périmètre de leurs fonctions malgré l'existence d'une fiche métier qui décrit leurs missions<sup>23</sup> :

- organiser l'activité de soins et des prestations associées ;
- manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations ;
- développer la culture du signalement et gérer les risques ;
- développer les compétences individuelles et collectives ;
- participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

« *Pourtant Mispelblom-Beyer rappelle que ces « chevilles ouvrières » prises entre « le marteau » de la hiérarchie et « l'enclume » des collaborateurs ont un rôle central dans la conduite du changement par ce positionnement « d'entre deux » [...] à l'interface de logiques contradictoires* ».<sup>24</sup> Le positionnement du cadre de santé participe au décloisonnement des organisations en mobilisant les énergies à la fois dans son unité et en dehors, le cadre de santé déploie alors des compétences spécifiques. Nous allons tenter de les définir dans le point suivant.

## **1.2 La compétence du cadre de santé**

### **1.2.1 Un savoir agir, un pouvoir agir et un vouloir agir en situation**

Selon le dictionnaire Le petit Robert, la compétence est « *une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières* »<sup>25</sup>. Le positionnement de l'individu est alors renforcé dans un système établi. Pour Guy Le

---

<sup>22</sup> ANTHONY-GERROLDT H. 2013. « Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution », *Soins cadres*, Mai n°86, p. 19.

<sup>23</sup> Fiche métier Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales, Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière.

<sup>24</sup> DUMAS M., RUIILLER C. Op. cit., p. 42.

<sup>25</sup> LE PETIT ROBERT de la langue française, 2006.



Boterf<sup>26</sup>, le fait d'être compétent varie selon les organisations et les situations de travail. Nous pouvons imaginer un curseur qui se déplacerait entre les organisations tayloriennes où le travail prescrit strict (travail répétitif, travail routinier, exécution des consignes...) prime et, les organisations ouvertes, où est mis en avant le travail prescrit ouvert (prise d'initiative, innovation, affrontements aux aléas...). La position du curseur conditionne alors la définition de : *être compétent*. Comme le professionnel évolue dans une organisation complexe où les imprévus et les aléas sont quotidiens, « *être compétent, c'est [donc] savoir agir et réagir, c'est-à-dire « savoir quoi faire » et « quand » savoir agir et réagir* »<sup>27</sup>.

« *Avoir des compétences* » c'est aussi « *avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales) pour agir avec compétence* »<sup>28</sup>. Dans le domaine de la santé, les connaissances scientifiques et théoriques sont très importantes et plébiscitées. Seulement, les ressources ne suffisent pas à rendre un professionnel compétent. C'est pourquoi Guy Le Boterf privilégie le concept d' « agir avec compétence ». « *Pour agir avec compétence, une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources [...] mais également les ressources de son environnement : réseaux de professionnels, réseaux documentaires, banque de données, manuels de procédures...* »<sup>29</sup>.

Les savoirs combinés et la pensée sont mobilisés conjointement par le professionnel pour exécuter une action. Il met en œuvre des modèles d'action, ou schèmes opératoires, pour répondre aux sollicitations du monde du travail. « *Un schème va s'adapter à [...] diverses situations « en assimilant » les informations qui relèvent d'un même type de contexte mais en se modifiant également « par accommodation » pour prendre en compte les spécificités de chacune des situations appartenant à la même famille.*»<sup>30</sup> Cela s'enrichit avec l'expérience, face aux situations vécues au quotidien. Il s'agit de s'appuyer sur des situations antérieures pour gérer la situation actuelle. La capacité à prendre du recul y participe. « *Le schème opératoire est toujours à adapter d'autant plus que les situations de travail se caractérisent par une instabilité croissante.*»<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> LE BOTERF G. 2013. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions Eyrolles, 6<sup>ème</sup> édition.

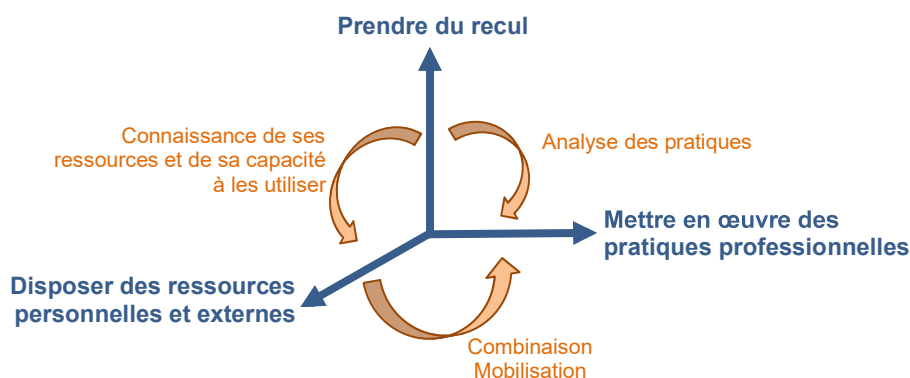
<sup>27</sup> Ibid. p. 65.

<sup>28</sup> Ibid. p. 109.

<sup>29</sup> Ibid. p. 68.

<sup>30</sup> Ibid. p. 86.

<sup>31</sup> Ibid. p. 73.



### Les trois dimensions de la compétence<sup>32</sup> selon Guy LE BOTERF

Être compétent, ou agir avec compétence, dans une situation professionnelle procède de trois éléments<sup>33</sup> :

- le *savoir agir* qui suppose pour l'individu de savoir combiner et mobiliser les ressources nécessaires ;
- le *pouvoir agir* qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu ;
- le *vouloir agir* qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte professionnel plus ou moins incitatif dans lequel il évolue.

#### 1.2.2 Des compétences spécifiques

En citant Philippe Zarifian, Sophie Reinhardt nous éclaire sur une définition à plusieurs niveaux de la compétence qui s'adapte aux cadres de santé<sup>34</sup> :

- *la compétence est l'occupation experte de l'espace d'autonomie, dévolu ou reconnu au salarié, espace d'indétermination, de non-prescription, que l'action de l'individu ou du groupe compétent doit remplir ;*
- *la compétence est aussi l'expression de capacités individuelles, au sein d'un ensemble collectif ;*
- *c'est assumer une responsabilité locale, en situation, savoir prendre la bonne décision dans un temps court, face à un événement, qui est lui-même une expression condensée de l'incertitude.*

Marc Dumas et Caroline Ruiller ont établi une classification des compétences managériales de la fonction cadre de santé en se basant sur les « savoirs agir », issus de la

<sup>32</sup> LE BOTERF G. Op. cit. p. 146.

<sup>33</sup> Ibid. p. 99.

<sup>34</sup> REINHARDT S. 2011. *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse de doctorat en sociologie, p. 295.

« *combinaison de savoirs divers en situation de travail : savoir-mobiliser, savoir-intégrer, savoir-transférer* ». <sup>35</sup> Ils proposent trois clés de répartition des savoirs agir <sup>36</sup> pour le cadre de santé :

- le cœur de métier qui consiste à contrôler l'activité et animer les personnes ;
- la connaissance du service de soin et le conseil aux autres qui permet de gérer les moyens, les budgets et de communiquer les changements organisationnels ;
- l'activité managériale qui consiste à soutenir et valoriser individuellement et collectivement les collaborateurs et à communiquer en interne et à l'extérieur.

Le métier de cadre de santé a été influencé par les changements de l'organisation hospitalière avec une complexification de leurs « savoirs » et une « juxtaposition de leurs compétences gestionnaires ». Isabelle Barth et Isabelle Géniaux nous préviennent : « *l'environnement actuel de l'activité managériale a profondément évolué ces dernières années et les compétences requises pour les maîtriser sont maintenant d'une autre nature. Les recruteurs professionnels et autres DRH admettent régulièrement que les critères de choix dépassent largement le champ strict des compétences techniques. Le savoir être prend une place d'autant plus grande que le poste est lié à des fonctions (ou futures fonctions) de management et d'encadrement d'équipes* » <sup>37</sup>.

Ces compétences sont nommées « soft skills » <sup>38</sup> : la capacité à se connaître ; la capacité à appréhender l'environnement et à s'adapter ; la capacité à communiquer ; la capacité à s'exprimer ; la capacité à gérer son temps et ses activités ; la capacité à entreprendre ; la capacité à agir efficacement au sein d'une équipe. L'enjeu est alors de définir le meilleur apprentissage pour ces soft skills.

Sophie Reinhardt rappelle que « *les cadres de santé ont plusieurs casquettes : collaborateurs, médiateurs, faiseurs de liens, coordinateurs, traducteurs, pivots* » <sup>39</sup>. Paule Bourret confirme que « *le travail des cadres se caractérise par des activités multiples de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes et des groupes. Il s'agit d'un travail d'articulation. Les cadres de santé arrangent les choses tantôt pour le malade, tantôt pour l'institution, tantôt pour l'équipe soignante ou l'un de ses membres, leur propre intérêt étant souvent en jeu* ». <sup>40</sup>

---

<sup>35</sup> DUMAS M., RUIILLER C. op. cit., p. 45.

<sup>36</sup> Ibid. p. 46.

<sup>37</sup> BARTH I., GENIAUX I. 2010. « Former les futurs managers à des compétences qui n'existent pas : les jeux de simulation de gestion comme vecteur d'apprentissage », *Revue management & Avenir*, n°36, p. 317.

<sup>38</sup> Ibid. p. 317.

<sup>39</sup> REINHARDT S. Op. cit. p. 373.

<sup>40</sup> BOURRET P. 2008. « Cadre de santé, un travail de lien invisible », *Soins cadres*, Février n°65, p. 24.

Qu'il s'agisse de capacités, de compétences, ou de savoirs-agir, le cadre de santé reste un professionnel qui situe son action au sein d'un collectif de travail qu'est l'institution hospitalière. L'action liée à une situation est également à insérer dans un « *continuum de temps [et] elle n'est pas isolée* »<sup>41</sup>. La compétence ne peut alors être considérée comme un état mais comme un processus évolutif qui prend corps autour de 3 axes que Richard Wittorski<sup>42</sup> explicite comme suit :

- la socialisation / la biographie qui appartiennent au sujet,
- l'expérience professionnelle,
- la formation professionnelle.

Il convient à présent de s'intéresser à la formation professionnelle des cadres de santé.

### **1.3 La formation des cadres de santé**

Suite à l'universitarisation des formations paramédicales selon le modèle Licence-Master-Doctorat mise en œuvre en 2009 pour les futurs infirmiers, l'approche par compétence est devenue la norme. Son avantage est que la compétence est observable, mesurable et sujette à l'apprentissage. Les référentiels de formation découlent de ce dispositif. Le référentiel de formation des cadres de santé n'est pas paru à ce jour malgré un groupe de travail de la DGOS pendant plusieurs années.

Depuis 1995, les IFCS forment des cadres de santé généralistes. Après un concours d'entrée, les étudiants cadres suivent une formation selon le modèle de l'alternance : périodes de cours et de stages. La formation de 10 mois est découpée en modules et est sanctionnée par l'obtention d'un diplôme. Le rapport De Singly préconisait la suppression des IFCS au bénéfice d'instituts du management. « *Si ces écoles professionnelles n'ont pas disparu en 2020, elles ont toutefois emprunté le chemin de la « managérialisation » à partir des années 2000, notamment après les accords de Bologne, en nouant des partenariats avec différentes universités permettant ainsi aux étudiants d'obtenir, parallèlement à leur diplôme de cadre, un Master 1 ou 2 souvent délivré par un département de gestion et de management.* »<sup>43</sup> Ces Masters confèrent aux cadres de santé un statut de manager pouvant envisager d'exercer en dehors de la FPH : privé, associatif...

Il est courant d'entendre de la part des cadres de santé diplômés et de leur hiérarchie que l'IFCS ne forme pas à devenir un manager de santé. « *Nous en savons étonnamment peu*

---

<sup>41</sup> AVVANZINO N., TERRANEO F. 2006. « Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives », *Recherche en soins infirmiers*, Décembre, n°87, p 18.

<sup>42</sup> WITTORSKI R. 2002. « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », *Soins cadres*, Février n°41, p 38.

<sup>43</sup> DIVAY S. Op. cit. p. 40.

sur la transition vers le management écrivait Linda Hill (1992) dans *Becoming a Manager*. Ce que nous savons, c'est que les nouveaux managers ont besoin d'aide : [...] que, quelle que soit leur formation initiale, « elle s'était avérée insuffisante... Ils étaient mal préparés à résoudre les différents dilemmes auxquels ils étaient confrontés »<sup>44</sup>. La fin de formation sanctionnée par un diplôme tel un « permis de travailler », n'évite pas le sentiment des nouveaux cadres de ne pas maîtriser leurs fonctions. Porter et Mac Kibbin<sup>45</sup> observaient dès 1988, que les cadres souhaitaient une formation plus « réaliste », plus « pratique » et plus « ancrée dans la réalité du terrain ».

Isabelle Barth et Isabelle Géniaux indiquent « qu'un certain nombre d'études (Sharma, 2009) révèlent l'importance des « soft skills » pour accéder à un emploi, assumer un poste avec succès et pour l'évolution de carrière, alors que ces compétences sont peu développées dans les cursus de formation. Ces compétences s'avèrent fondamentales notamment pour transformer les problèmes en opportunités »<sup>46</sup>.

Il est également à noter que de nombreux managers en activité sont des faisant fonction de cadres de santé n'ayant pas encore bénéficié de formations diplômantes ou continues. Sophie Divay explique dans sa recherche que « la<sup>47</sup> faisant fonction ne maîtrise pas les lois, textes et règlements qui régissent le fonctionnement du système hospitalier et de santé. Elle ignore les aspects juridiques du droit du travail, et n'a jamais eu d'apports sur la gestion ou le management d'une unité. [...] Cette fonction n'est pas statutairement reconnue et ne nécessite aucun titre, aucun diplôme particulier »<sup>48</sup>. Comment alors répondre aux missions dévolues ?

Le rôle de l'entreprise est primordial dans la sélection des futurs cadres de santé. Dans sa majorité, la fonction publique hospitalière présélectionne les candidats à la fonction cadre de santé en les positionnant en tant que FF cadre de santé, avant un départ en formation. « De manière générale, les conditions non réglementaires sont nombreuses, diversifiées et difficiles à cerner avec précision car dépendantes des initiatives locales et non répertoriées. Certaines directions de soins renforcent les modalités organisationnelles (Wolf, 2015), par exemple, en complétant le repérage et la désignation des agents à potentiel par une procédure de sélection des meilleurs projets professionnels des faisant fonction ».<sup>49</sup> Au

---

<sup>44</sup> MINTZBERG H. 2005. Une formation flexible nourrie de l'expérience. *L'expansion management review*, Juin. p. 46.

<sup>45</sup> Ibid. p. 44.

<sup>46</sup> BARTH I., GENIAUX I. Op. cit. p. 317.

<sup>47</sup> Dans son étude, l'auteure emploie le féminin pour désigner les cadres de santé car la profession est majoritairement féminisée.

<sup>48</sup> DIVAY S. Op. cit. p. 50.

<sup>49</sup> Ibid. p. 58.

regard des expériences antérieures et des stages effectués lors de l'année à l'EHESP, ces raisons sont à la fois budgétaires et professionnelles. Il s'agit en priorité de s'assurer du potentiel des futurs collaborateurs en les positionnant sur des missions de management.

Nous observons en parallèle un manque d'attractivité de la profession cadre en défaveur des IFCS, qui dans de nombreuses régions, n'atteignent pas les capacités d'accueil autorisées. De plus, les infirmiers peuvent à présent s'orienter vers de nouveaux métiers, proches de la clinique, comme la pratique avancée ce qui élargit les opportunités de promotion professionnelle.

Pour définir la formation des managers ou futurs managers, Henry Mintzberg préconise un modèle de formation à destination de membres d'un système social en comparaison d'une formation à destination des individus. Il ajoute que « *les étudiants ne doivent pas plus être assimilés à des « destinataires » que les enseignants à des « expéditeurs »* »<sup>50</sup>. Partant du postulat que le management ne s'apprend pas et donc, qu'il ne s'enseigne pas, il considère que les meilleurs candidats à l'apprentissage sont les managers en activité. « *Leur expérience cumulée peut transformer la salle de cours en un riche lieu de savoir, [...]. Les cas pratiques [...] leur permettent de transposer leur propre expérience dans d'autres contextes, et la théorie, de la généraliser.* »<sup>51</sup>

Laurent Van Belleghem et Marie-Haude Guerry confirment que « *l'enjeu [...] est d'autant plus important pour les managers. En effet, ces derniers sont souvent livrés à eux-mêmes dans la manière de concevoir leur poste, leurs fonctions et leurs manières d'agir au sein des systèmes de production. Les occasions de construction structurée et collective de leurs logiques d'action sont donc rares. Il faut les saisir, mais aussi les outiller* »<sup>52</sup>.

En complément de la formation en IFCS, les établissements de santé, dans l'accompagnement de leurs managers à répondre à leurs missions, peuvent proposer des actions de formation dédiées.

---

<sup>50</sup> MINTZBERG H. Op. cit. p. 44.

<sup>51</sup> Ibid. p. 45.

<sup>52</sup> VAN BELLEGHEM L., GUERRY M-H. 2016. *De la simulation organisationnelle à la simulation managériale*. 51<sup>ème</sup> Congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue Française. p. 805.

## 1.4 Le plan de développement des compétences

Le préambule de la Constitution précise que « *la Nation garantit l'égal accès de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, la formation professionnelle et à la culture. L'organisation de l'enseignement public gratuit et laïque à tous les degrés est un devoir de l'Etat.* » Le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière<sup>53</sup> impose dans son chapitre II que le plan de formation des établissements doit tenir compte du projet d'établissement, des besoins de perfectionnement et de l'évolution des métiers ainsi que des nécessités de promotion interne (article 6).

Les enjeux de la formation professionnelle se situent entre l'obligation administrative et le levier managérial<sup>54</sup>. Le plan de développement des compétences est un document qui rassemble l'ensemble des actions de formation retenues par l'employeur pour ses salariés. Il distingue deux types d'actions<sup>55</sup> : les actions de formations obligatoires, en application d'accords ou de conventions collectives (sécurité, recyclage, ...) et les autres actions de formation, dites non obligatoires (actions d'adaptation, d'évolution à l'emploi et de reconversion professionnelle, ...).

Le plan de développement des compétences, encore communément dénommé plan de formation, est présenté annuellement au comité technique d'établissement. Fréquemment, une sous-commission de formation continue est créée. La loi du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente définit pour la FPH un budget obligatoire à hauteur de 2,1% de la masse salariale. Pour rappel, la coordination des plans de développement des compétences est une compétence de l'établissement support du GHT.

Dans l'idéal, le développement personnel continu s'inscrit dans un partenariat gagnant-gagnant entre l'employeur et l'employé. L'agent doit se positionner pour pouvoir mener à bien son projet de formation. L'entretien annuel de formation, obligatoire, doit fournir un historique de formation. L'objectif est la professionnalisation de l'agent par la mobilisation de son compte personnel de formation ou congé de formation professionnelle.

---

<sup>53</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. Journal officiel du 23 août 2008.

<sup>54</sup> SCHARDT-RIQUET A-L. 2020. Enseignement UE Outils et stratégie RH pour les directeurs des soins, EHESP.

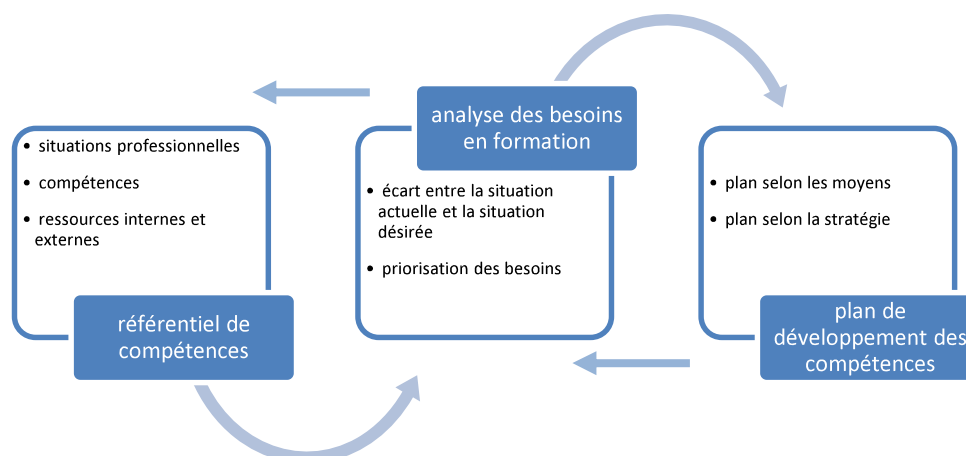
<sup>55</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F11267>

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel<sup>56</sup> maintient le financement obligatoire de la formation pour la FPH et développe le conseil en évolution professionnelle. Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), devenus en 2019 OPCO (Opérateurs de compétences), continuent à collecter les contributions conventionnelles. L'ANFH (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) est l'organisme paritaire principal de la FPH. Il est administré par les représentants des établissements (Fédération hospitalière de France) et les organisations syndicales. La réglementation impose aux établissements un dispositif concerté et paritaire, censé garantir une meilleure accessibilité à la formation et une équité de traitement.

Deux systèmes de cotisation et d'adhésion à l'ANFH existent :

- obligatoire pour la gestion des études promotionnelles, des congés de formation professionnelle, des validations des acquis de l'expérience et des bilans de compétences. Ces dispositifs n'appartiennent pas à l'établissement et l'agent peut en bénéficier à titre individuel.
- facultative pour le plan de développement des compétences. Le GHT « achète » la formation, le remboursement des frais pédagogiques, les repas, le transport et le traitement des agents à hauteur de 85% ce qui bénéficie aux établissements de taille modeste pour des actions mutualisées qu'il ne pourraient financer eux-mêmes.

« Gérer les compétences signifie reconnaître la nécessité de mettre en place un système d'évaluation, de formation et de suivi, organisé autour de principes directeurs et de modalités de déploiement communes à l'ensemble des pôles et des salariés. »<sup>57</sup> Il paraît pertinent d'adapter le modèle de référentiel de compétence afin d'identifier les besoins en formation puis d'élaborer le plan de développement des compétences<sup>58</sup> :



<sup>56</sup> Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Journal officiel du 6 septembre 2018.

<sup>57</sup> LE CAZ M. 2018. *Métiers émergents et Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences : Enjeux de performance pour le directeur des soins*. Mémoire de directeur des soins, EHESP, p. 17.

<sup>58</sup> Ibid. p. 17.



Au regard de la réglementation en vigueur et du budget consacré, hésiter à investir sur la formation des cadres de santé serait une erreur compte-tenu de l'amélioration de la performance que peut apporter le développement des compétences.

Selon Henry Mintzberg, l'enjeu pour les managers est d'utiliser la matière première qu'est l'expérience du terrain de chaque acteur dans un environnement composé de managers. La simulation managériale pourrait répondre à ce besoin de proximité des problématiques de terrain. Nous allons à présent la détailler.

## 1.5 De la simulation en santé à la simulation managériale

### 1.5.1 Un essor accompagné et encadré

La simulation est une méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. « *La simulation reproduit les caractéristiques essentielles de la réalité, en d'autres mots une réalité qui peut être abstraite et (ou) simplifiée. Elle est décrite comme «une représentation sélective de la réalité contenant seulement certains éléments de la réalité que le concepteur considère comme pertinents (Renaud, Sauve, 1990) »* »<sup>59</sup>

En 2012, la Haute autorité de santé (HAS) propose une définition américaine<sup>60</sup> (111<sup>ème</sup> Congrès de la chambre des représentants) : « *la simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels* ».

Afin de qualifier et d'encadrer la pratique, la HAS a publié plusieurs guides dont le guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé - Evaluation et amélioration des pratiques (2012)<sup>61</sup>, le guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé (2015)<sup>62</sup> et le guide Simulation en santé et gestion des risques (2019)<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup> APPELSHAEUSER M. 2014. *La simulation en santé en formation initiale, quels enjeux pour le Directeur des Soins en charge d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers ?* Mémoire de directeur des soins, Ecole des hautes études en santé publique, p. 7.

<sup>60</sup> GRANRY J-C., MOLL M-C. 2012. Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins. Haute Autorité de Santé.

<sup>61</sup> Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé - Evaluation et amélioration des pratiques. 2012. HAS.

<sup>62</sup> Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. 2015. HAS.

<sup>63</sup> Simulation en santé et gestion des risques, Guide méthodologique. 2019. HAS.

En 2013, la DGOS publie des recommandations nationales<sup>64</sup> dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé et du programme national pour la sécurité des patients. Elle recommande de «faire de la simulation en santé sous ses différentes formes une méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité». La priorité recherchée « jamais sur le patient la première fois » devient un slogan puissant. La simulation en santé est validée par le développement professionnel continu (DPC).

Le choix pédagogique de la simulation requiert des moyens matériels : locaux, système audiovisuel, modulabilité du mobilier et des moyens humains d'animation et de mise en scène des scénarios (acteurs professionnels, extérieurs au groupe d'apprenants...). Un accompagnement financier au développement des structures de simulation est acté dans la circulaire DGOS de 2013. Dans ce cadre, plusieurs instituts de formation paramédicale obtiendront des financements leur permettant de s'équiper de plateaux techniques et audiovisuels et/ou d'acquérir du matériel haute-fidélité.

Plusieurs techniques de simulation existent : la simulation procédurale, la simulation haute-fidélité ou « pleine échelle », le patient standardisé ou simulé, la simulation hybride, la simulation de masse ou « simulation pleine échelle à grande échelle », la réalité virtuelle basée sur des interfaces écran, le serious game ou environnement 3D et d'autres types comme la simulation grand âge et handicap.

Dans son rapport de 2012<sup>65</sup>, la HAS liste les critères permettant de qualifier la méthode pédagogique par la simulation :

- un objectif pédagogique,
- un scénario bâti et rédigé visant cet objectif,
- un briefing de présentation du contexte et de l'équipement,
- un environnement réaliste (validation de la capacité de l'environnement à atteindre l'objectif pédagogique : équipement, réalisme, matériel, mannequin),
- la séance de simulation filmée,
- un debriefing structuré et encadré,
- un document de fin de séance ou une fiche d'aide à la progression.

L'élaboration des situations simulées et les trois étapes principales composant la séance de simulation garantissent la rigueur de la technique. L'interface entre les apprenants et le formateur est constante, comme le souligne le tableau suivant<sup>66</sup>.

---

<sup>64</sup> Instruction DGOS/PF2 n°2013-383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

<sup>65</sup> GRANRY J-C., MOLL M-C. Rapport de mission de la HAS. p. 62.

<sup>66</sup> Ibid. p. 60

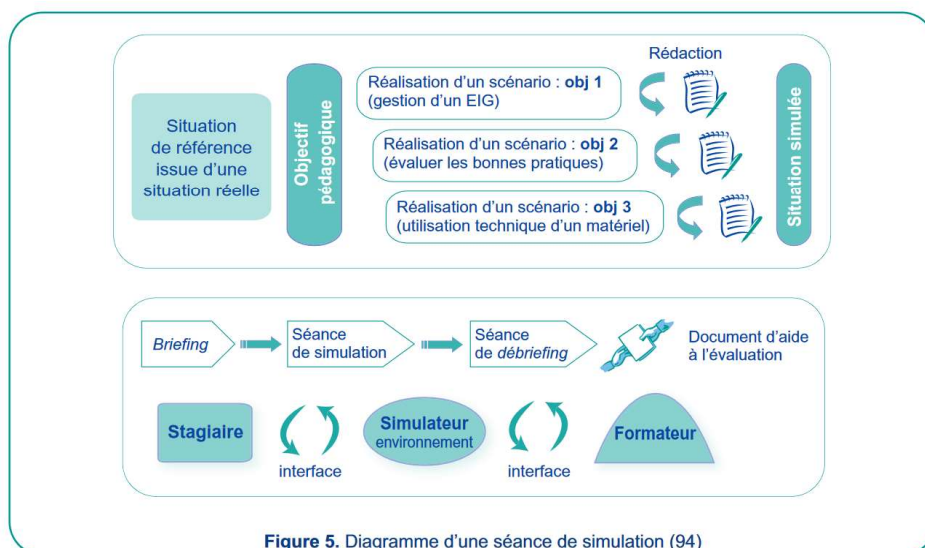


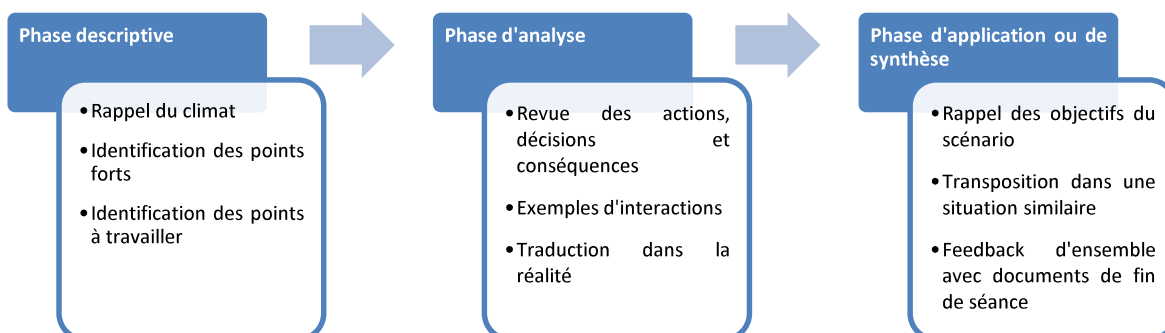
Figure 5. Diagramme d'une séance de simulation (94)

Schéma inspiré de Christine Vidal-Gomel 2009

Le briefing est une phase d'explication du scénario et des consignes. Les objectifs de la séance à la fois pédagogiques et contextuels (fonctionnement du collectif : confidentialité, non jugement) sont précisés à l'ensemble des apprenants.

La pratique simulée, dans un environnement proche de la réalité, est la mise en scène filmée du scénario. Idéalement, trois salles distinctes sont nécessaires : une où se déroule la scène et qui comprend un dispositif de captation vidéo, une salle pour la régie audiovisuelle et une troisième où se situe le groupe qui assiste à la séance en direct.

Le debriefing permet d'aborder le vécu des participants lors d'une phase d'échanges et d'écoute active entre le formateur, formé à la simulation en santé, les acteurs et les participants. Le debriefing est un moment clef de la simulation. De l'expertise et de l'animation du formateur peuvent dépendre la réussite ou non de la séquence. Le debriefing se déroule en 3 phases<sup>67</sup> :



<sup>67</sup> BRUGEAT T., SALVI N. 2017. « La simulation managériale : l'expérience du CHU de Reims », Gestions hospitalières, Juin-Juillet, n°567, p. 364.

Les points positifs et négatifs sont abordés en s'appuyant sur la réflexivité des participants. La HAS insiste sur deux éléments<sup>68</sup> à prendre en compte lors du debriefing :

- la gestion du stress : en abaissant le niveau permettra aux stagiaires de mieux se connaître et de faire face ultérieurement en situation réelle ;
- la gestion de l'échec : dans une optique pédagogique, une séance de simulation ne doit pas se solder par un échec et ne doit donc pas être une méthode de démonstration de « l'incompétence ». Il est coutume de dire qu'il y a de « bonnes questions » plutôt que de « bonnes réponses ».

Enfin, l'évaluation de la séance est une étape essentielle. Dans le cadre du DPC, les acquisitions en simulation sont recherchées et comportent une évaluation du progrès réalisé. Un document de fin de séance est proposé à l'apprenant et conjointement validé (document d'aide à la progression) avec les axes de progrès, l'orientation des formations à venir, l'évaluation de ce qui a été acquis. Dans l'idéal, des mesures d'impact sur la pratique sont à mener.

Ce préambule était nécessaire pour comprendre la simulation en santé. La simulation managériale s'est développée dans les hôpitaux français mais la littérature associée est encore peu importante. Les recommandations de bonnes pratiques citées plus haut sont identiques : niveau de compétence des participants et des formateurs, objectifs d'apprentissage, crédibilité des scénarios, durée de la séance, déroulement et évaluation du dispositif.

### **1.5.2 Un apprentissage du management, expérientiel et réflexif**

Henry Mintzberg nous rappelle que « *de fait, lorsque [Linda Hill] avait demandé à des dirigeants d'identifier les événements clés de leur carrière, les éléments ayant réellement influencé la façon dont ils assumaient leurs responsabilités, ils avaient tous désigné leur premier poste de management, le moment de leur vie où ils étaient peut-être le plus enclins à tirer les enseignements de leur propre expérience. [...]* »<sup>69</sup>. Ceci présuppose que le fait d'être en position de manager, notamment en début de carrière, facilite l'apprentissage et la réflexivité.

Dans leur étude sur les jeux de simulation en gestion, Isabelle Barth et Isabelle Géniaux affirment que les méthodes classiques d'enseignement ne peuvent permettre aux managers de développer les « soft skills » a contrario de la simulation. De plus, « *faute*

---

<sup>68</sup> GRANRY J-C., MOLL M-C. Rapport de mission de la HAS. Op cit p. 62

<sup>69</sup> MINTZBERG H. Op cit. p.46.

*d'offres dans les formations diplômantes, on peut observer qu'un nombre croissant d'entreprises est amené à proposer des formations courtes à leurs managers pour les accompagner dans l'acquisition et la mise à jour de ce type de compétences relationnelles et comportementales* ». <sup>70</sup> Les scénarios classiques de simulation managériale dans les établissements de santé répondent à ces situations interpersonnelles : entretien annuel d'évaluation, entretien dit « de recadrage », gestion de conflits, animation d'une réunion, ...

Comme nous l'avons vu, pour Guy Le Boterf, l'expérience est une dimension importante de l'apprentissage. « *Le professionnel est celui qui non seulement est capable d'agir avec pertinence dans une situation particulière mais qui comprend également pourquoi et comment il agit. Cela suppose une double compréhension, de la situation et de sa manière d'agir. Comprendre une situation, c'est en construire une représentation qui permet de passer d'une situation indéterminée ou floue à une situation problématique (problem sitting) pour pouvoir envisager des stratégies de résolution de problèmes (problem solving). Cette étape permet aussi bien la simulation et l'anticipation, de remonter des effets aux causes ou d'examiner les effets possibles d'action hypothétiques* ». <sup>71</sup>

Isabelle Barth et Isabelle Géniaux concluent que le développement des compétences managériales passe obligatoirement par l'expérience. Elles reprennent les travaux de Kerjean pour qui deux voies d'apprentissage sont possibles : « *la transmission des savoirs à travers les livres et les enseignements, et la construction des savoirs par l'apprenant, à travers l'expérience* » <sup>72</sup>. Elles s'appuient sur le cycle d'apprentissage de Kolb et Fry (1975) qui propose quatre phases : Faire – Réfléchir – Conceptualiser – Décider – (re)Faire. Ce processus est recherché dans l'apprentissage par la simulation managériale par le fait de « jouer » la scène, de prendre des décisions face au scénario proposé, d'échanger avec les formateurs et les apprenants et d'appliquer sur le terrain. La réflexivité présuppose distanciation et conceptualisation de l'action c'est-à-dire conceptualiser une situation ou « apprendre à faire » en la vivant et en améliorant ses pratiques.

Pour Bank (1985), les enjeux de l'expérientiel sont <sup>73</sup> :

- le développement personnel grâce à une meilleure connaissance de soi,
- un antidote ou un remède au stress par externalisation,
- une expérience de construction d'équipe,
- un changement d'attitude dans l'estime de soi et des autres,

---

<sup>70</sup> BARTH I., GENIAUX I. Op. cit. p. 317.

<sup>71</sup> Ibid. p. 330.

<sup>72</sup> Ibid. p. 329.

<sup>73</sup> Ibid. p. 329.

- le développement du leadership,
- la communication au sein du groupe,
- la capacité à assumer les incertitudes et à accepter le changement.

Ces enjeux correspondent aux compétences managériales décrites dans le tableau ci-après par Henry Mintzberg<sup>74</sup>. Le lien entre l'apprentissage par l'expérientiel et les compétences devient évident.

Liste des compétences managériales	
<b>A. Compétences personnelles</b>	
1.	Compétences internes (réflexion, pensée stratégique, etc.)
2.	Compétences externes (gestion temps, informations, stress, carrière, etc.)
<b>B. Compétences interpersonnelles</b>	
1.	Direction d'individus (sélection, enseignement/mentorat/coaching, savoir inspirer, traiter avec experts, etc.)
2.	Direction de groupes (mise en place d'équipes, résolution/médiation de conflits, processus de facilitation, conduite de réunions, etc.)
3.	Direction d'entreprise/entité (organiser, fusionner, créer une culture d'entreprise, gérer le changement, etc.)
4.	Etablir des liens entre l'entreprise/entité et son environnement (réseaux, représentation, collaboration, lobbying/promotion, négociations/contrats, manœuvres de couloir, mise en place de protections/recherche d'alliés, etc.)
<b>C. Compétences ayant trait à l'information</b>	
1.	Communication verbale (écoute, interviews, exposés/présentations/briefing, écriture, collecte et diffusion d'informations, etc.)
2.	Communication non verbale (voir [maîtrise du visuel], sentir [maîtrise du viscéral], etc.)
3.	Analyse (traitement des données, modélisation, mesure, évaluation, etc.)
<b>D. Compétences opérationnelles</b>	
1.	Organiser (division des tâches, établissement des priorités, fixation des ordres du jour, gestion du temps, urgence, etc.)
2.	Administrer (affecter des ressources, déléguer, autoriser, systématiser, fixer des objectifs, évaluer des performances, etc.)
3.	Concevoir (planification, fabrication, vision, etc.)
4.	Mobiliser (traitement des urgences, gestion de projet, etc.)

Lors des jeux de simulation, « *le participant va avoir une perception sélective des informations collectées liée à sa formation, sa culture, son expérience. Cette interprétation va lui permettre de traduire ces informations en problème ce qui suppose assimilation et adaptation des savoirs à la situation. L'objectif principal est de développer sa capacité à mobiliser ses connaissances à bon escient et donc d'acquérir une compétence* »<sup>75</sup>.

En s'appuyant sur les concepts de bienveillance et de non jugement, l'erreur reste une étape dans la séquence de simulation. L'apprenant peut se permettre de repérer les freins et les leviers d'action inhérents à la situation. « *Dans ce contexte, le facilitateur ou l'animateur joue un rôle important dans l'apprentissage de l'apprenant car il peut le guider mais également, par ses explications, enrichir la réflexion quant à la compréhension de la situation et les actions correctives à entreprendre.* »<sup>76</sup>

Le potentiel d'apprentissage que représentent l'expérience et la simulation managériale est important. Cependant, « *il ne suffit pas de faire pour apprendre, cela suppose des connaissances acquises par un travail intellectuel, une mise en pratique mais également une réflexion, à la fois sur l'action et sur les résultats de ces actions (Karolewicz, 1998)* ». <sup>77</sup>

<sup>74</sup> MINTZBERG H. Op. cit. p. 51.

<sup>75</sup> BARTH I., GENIAUX I. Op. cit., p. 336.

<sup>76</sup> Ibid. p. 327.

<sup>77</sup> Ibid. p. 336.

## **2 L'enquête et son analyse comme éléments de réponses à la question de départ**

Pour rappel, notre question de recherche était : En quoi la simulation managériale permet-elle de renforcer les compétences des cadres de santé ?

Et nos hypothèses :

Hypothèse 1 : L'apprentissage par la simulation managériale répond à un besoin de formation et renforce les compétences du cadre de santé.

Hypothèse 2 : Une stratégie managériale institutionnelle favorise le développement des compétences des cadres de santé.

### **2.1 Cadre de l'enquête**

#### **2.1.1 La méthodologie et la population cible**

Le type d'entretien choisi est un entretien semi-directif qui permet de dégager les questions les plus pertinentes, les thèmes récurrents et surtout de déterminer ce qui intéresse le plus les personnes interrogées. Les données récoltées, liées au terrain, donc concrètes, permettent de sérier les idées de départ et d'ajuster au fil des entretiens l'angle d'entrée.

Cette méthode d'investigation offre la possibilité de créer un cadre de recueil de données souple et favorise une rencontre interactive avec les professionnels, les réponses entraînant des remarques supplémentaires. Nous avons élaboré trois grilles d'entretien<sup>78</sup> avec des questions ouvertes essayant de ne pas influencer les réponses. Pour pouvoir évaluer la pertinence du sujet traité, il s'agit d'accueillir le discours de l'intéressé tout en gardant à l'esprit les objectifs fixés.

Ces entretiens se sont déroulés dans le cadre de rencontres programmées dans un lieu adapté à l'échange, pour une durée moyenne de quarante minutes. Huit personnes ont été rencontrées dont trois personnes recommandées pour leur expertise. L'accord des professionnels avait été recueilli avant l'entretien avec l'assurance de la confidentialité. Cela a favorisé l'expression libre et instauré un climat de confiance. Les entretiens en présentiel ou à distance via les technologies de l'information ont fait l'objet d'un enregistrement numérique avec une retranscription.

---

<sup>78</sup> Grilles d'entretien en annexe

L'enquête a été réalisée auprès des professionnels répartis dans le tableau ci-après.

Dénomination	Fonction	Expérience avec la simulation managériale
<b>CGS 1</b>	En fonction depuis 5 ans - 2 <sup>ème</sup> poste	Non
<b>CGS 2</b>	En fonction depuis 7 ans - 2 <sup>ème</sup> poste	Oui Etablissement A
<b>DRH</b>	En fonction depuis 6 ans - 1 <sup>er</sup> poste	Non
<b>CSS</b>	En fonction depuis 4 ans - En direction des soins Formatrice en simulation managériale	Oui Etablissement B
Cadre paramédical de pôle ( <b>CPP</b> )	En fonction depuis 2 ans	Non
<b>CS 1</b>	FF cadre de santé pendant 2 ans - Actuellement à l'IFCS	Non
<b>CS 2</b>	En fonction depuis 10 ans - 3 <sup>ème</sup> poste	Oui
<b>Responsable pédagogique</b>	En fonction en IFCS et université depuis 7 ans Docteure en sciences de l'éducation	Oui

L'analyse permet de faire émerger des entretiens les mots, les justifications et les connexions avec les différents concepts mis en avant. Il s'agit de savoir comment le terrain justifie sa façon de voir face à la problématique posée.

### 2.1.2 Limites et points forts de l'enquête

La crise sanitaire Covid-19 a révélé la nécessité du principe de réalité et d'un pragmatisme dans la conduite de cette enquête. Le principe de faisabilité de ce travail, en lien avec la contrainte temporelle, nous ont amenés à revoir nos conceptions premières et à orienter le travail à travers le point de vue de six catégories professionnelles, évoluant dans la fonction publique hospitalière et à l'université. Parmi les personnes rencontrées, la moitié a une expérience directe avec la simulation managériale dans son élaboration et/ou sa mise en œuvre ou en tant qu'apprenant, l'autre moitié non.

Le faible nombre de professionnels interviewés limite le champ d'investigation car il ne présente que la vision et le retour d'expérience d'un « échantillon réduit ». Ce mémoire s'appuie essentiellement sur des données qualitatives.

Cependant, les données recueillies participent à un travail de compréhension des orientations prises au niveau institutionnel et pédagogique. Elles apportent des éléments de réponse par rapport à la simulation managériale.

Nous avons saisi ce travail comme une occasion offerte d'approfondir des concepts à la fois familiers et méconnus.



## 2.2 Les résultats obtenus

### 2.2.1 Les compétences des cadres de santé : entre identification et repérage

Les 2 CGS et la CSS observent une modification des missions des cadres de proximité ces dernières années. *« L'organisation en pôle, les missions transversales et surtout les pénuries infirmières, induisent la modification de leurs missions vers du lissage de planning, de la gestion de l'absentéisme, extrêmement chronophages et peu intéressants »* (CSS). *« Mes missions de gestion d'équipe diminuent par manque de temps et même par manque d'envie »* nous dit le CS 2.

La CGS 1 nous fait part de sa récente prise de poste et de l'importance pour elle d'évaluer les compétences de son équipe managériale au regard des projets en cours et à venir. Par exemple, une restructuration immobilière, la réglementation du temps de travail, les ressources humaines... Elle nomme cela l'employabilité *« sous la double responsabilité de l'employeur qui doit proposer et mettre en œuvre un programme de développement des compétences et qui puisse permettre aux professionnels d'être en adéquation avec la dynamique de l'établissement et, de l'employé qui doit participer pour que ses compétences du moment puissent répondre aux besoins de l'établissement. »*

Lors des entretiens, le terme capacité était préféré à celui de compétence. Le CGS 2 indique que, pour lui, ils ont la même signification. Il détermine trois capacités, par ordre d'importance. Nous choisissons de les faire apparaître car elles sont partagées par la majorité des personnes rencontrées :

- *la capacité à se positionner, à dire oui ou non, à arbitrer les sujets par exemple lors de la planification des congés (au niveau réglementaire et humain) ;*

Seul le CS 2 n'a pas évoqué cet aspect.

- *la capacité à être force de propositions : faire remonter des idées de projets et des idées d'évolution d'organisation avec ou sans moyen ;*

Pour le DRH, la CGS 1 et le CPP, le positionnement du cadre de santé dans la hiérarchie est acté. Cela lui permet d'être une courroie de transmission entre le terrain et la direction, notamment pour proposer des axes d'amélioration.

- *la capacité à exercer la fonction contrôle et notamment le contrôle clinique : assister aux transmissions, proposer des audits, anticiper ce qui doit être évalué et surtout ce qui doit évoluer (chariot de soins, armoire à pharmacie, dossiers de soins...).*

Les 2 CS ont confié que c'était quelquefois complexe à mettre en œuvre. En l'associant à la démarche qualité, ils obtiennent plus facilement l'adhésion de l'équipe.

A ces trois capacités, se rajoutent les :

- compétences organisationnelles permettant une bonne organisation du travail pour les patients et les personnels,
- les compétences pédagogiques à destination des professionnels paramédicaux et des étudiants accueillis en stage.

La CSS insiste sur ces dernières pour transmettre les pratiques et les savoirs, indissociables du travail du cadre de proximité, issu de la filière paramédicale. « *Il ne s'agit pas de faire à la place mais d'accompagner l'équipe au plus près du patient* ». La CGS 1 confirme : « *je tords un peu le coup à ce que je pensais avant, c'est à dire être cadre partout. Je pense qu'on peut mais il y a quand même une vraie plus-value à être pilote dans des zones d'expertises que l'on maîtrise* ».

Six personnes ont évoqué le terme opérationnalité. La responsable pédagogique parle d'opérationnalisation, « *c'est-à-dire l'application des choses de base sans réflexion* ». Le seul à ne pas utiliser le terme d'opérationnalité est le DRH. S'il devait l'utiliser, il le définirait par la proximité du terrain, « *être au cœur des sujets* ».

L'opérationnalité correspond à aller sur le terrain, au plus près des organisations pilotées. C'est une démarche que s'impose le CPP. Pour le CGS 2, « *ça passe par la capacité à contrôler les transmissions écrites, ça veut dire être capable d'ouvrir le dossier de soins, de maîtriser le logiciel, d'aller regarder les cotations de la douleur, si les poids sont renseignés... tous ces éléments, c'est pour moi de l'opérationnel. Le cadre doit bien sûr l'investir. Ça lui confère une légitimité importante* ». « *Dans le côté opérationnel je parle par exemple de l'animation d'une équipe par des réunions* » (CGS 1).

Au regard des réponses, il paraît légitime d'employer ce terme pour les cadres de santé. A contrario, la stratégie est peu associée aux compétences des cadres dans les propos recueillis. Les deux CS regrettent « *de ne pas être plus sollicités pour la gouvernance de leur pôle (CS 1)* » et « *de n'être cantonnée qu'aux problèmes de planning et de commandes (CS 2)* » et voudraient valoriser le versant stratégique de leurs missions.

Le CPP attend de ses cadres de proximité « *qu'ils soient opérationnels et qu'ils apportent une cartographie générale du pôle* ». Les compétences managériales sont pour lui « *la capacité de pouvoir agir au quotidien sur des situations données difficiles ou non* ». Il considère que l'identification des difficultés et des problématiques est une étape essentielle. Pour lui, « *se remettre en question et pouvoir échanger avec les pairs et la hiérarchie est primordial* ».

Pour la responsable pédagogique, les compétences attendues des cadres de santé sont « *la conduite des hommes, la conduite de projet et le savoir agir, c'est-à-dire savoir prendre une décision en situation complexe* ». La CGS 1 parle de « *mener des femmes et des hommes* ». Tous évoquent l'animation de réunion comme une thématique centrale du travail du cadre.

Pour le DRH, les compétences attendues sont également d'ordre relationnel. « *A mon niveau de DRH, les dysfonctionnements que je vois sont souvent en lien avec l'animation de l'équipe, le relationnel, la gestion des conflits et l'accompagnement des professionnels en individuel : suivi de carrière, entretiens d'évaluation...* ». Et aussi d'ordre organisationnel : « *répondre rapidement à un problème et trouver une solution* ».

Il rajoute que les qualités principales qu'il attend sont l'intérêt, la curiosité et la prise de recul. Le sens de l'engagement envers l'institution, du service public est essentiel. Ainsi que pour le CS 1, qui y adjoint la « *loyauté et l'authenticité face à l'équipe, au service et à l'institution* ».

Les deux CS insistent sur l'adaptation et l'adaptabilité « *pour s'imprégner de la culture du service* » (CS 1) et pour « *comprendre les organisations mouvantes et les jeux d'acteurs* » (CS 2).

Pour l'ensemble des personnes, la fidélisation et l'attractivité des équipes soignantes est l'objectif que doit rechercher le cadre de santé. Cela conduit à être vigilant sur la sécurité et la qualité des soins en assurant un bien-être au travail.

### **2.2.2 Les compétences des cadres de santé : entre développement et évaluation**

Pour la responsable pédagogique, la formation à l'IFCS ne permet pas de développer certaines compétences et en particulier les compétences interpersonnelles. « *A mon sens, si on suit le décret de 1995 très loin d'une approche par compétences, on ne forme pas des managers en santé* ». Selon elle, il faut sortir du prescriptif et « *l'enjeu pour les IFCS est de les amener à décider en situation complexe* ». « *Dans l'IFCS dans lequel je suis, tout en respectant les entités des modules, on a choisi un fil rouge qui est l'autonomie du cadre et notamment le principe du manager leader. On a distingué des axes qui doivent les amener à prendre une décision en contexte complexe.* » Pour elle, ce parcours d'apprentissage renforce leurs paramètres personnels et professionnels, en agissant sur le savoir agir, sur leur image et sur le comportement en collectif. La CSS est du même avis : « *l'IFCS, c'est obsolète* ».

La responsable pédagogique revendique une approche lucide. « *Nous sommes conscients que le développement des compétences des cadres signifie à la fois recherche de la performance individuelle, du cadre lui-même, et recherche de la performance institutionnelle pour son hôpital.* »

L'importance de développer les compétences des cadres de santé est un sujet partagé par tous. C'est même un sujet majeur pour les trois directeurs. « *L'administration doit les aider, c'est de notre responsabilité* » (DRH). « *Malheureusement ce n'est pas donné à tout le monde d'upgrader ses compétences. Ça sous-entend qu'il y ait une sélection en amont pour devenir cadre de santé* » nous précise la CGS 1. Dans tous les établissements, une procédure de repérage des talents et de sélection existe pour l'accès à la fonction de cadre de santé.

Une fois sélectionnés, ces futurs professionnels sont accompagnés, « *notamment au début par la DS et la DRH avec un accompagnement physique* » (DRH). Les deux CS affirment cependant que l'accompagnement annoncé n'est pas celui qu'ils ont vécu. « *Je me suis surtout appuyée sur l'observation, le mimétisme et les échanges avec les pairs et les équipes. La hiérarchie était présente mais trop éloignée de mes préoccupations. Finalement, j'ai beaucoup appris sur le tas.* » (CS 2) « *A cause de la crise, je n'ai pas pu suivre de formation. Je pars à l'IFCS sans avoir pu me poser avec mes questionnements de manager. Heureusement que j'ai bénéficié d'un tutorat par un collègue mais ça ne fait pas tout. Le tuteur n'est pas présent avec nous devant nos équipes* » (CS 1). « *Quand j'étais cadre, quand j'ai appris quelque chose c'était dans des situations particulières où il m'est arrivée de faire des erreurs de management ou des erreurs de communication. Grâce à l'échange avec mes pairs, j'ai intégré la pédagogie ou la stratégie managériale.* » (CSS)

Il apparaît clairement que le collectif de pairs est un levier important.

Les dispositifs décrits par nos interlocuteurs pour développer les compétences des cadres sont de plusieurs ordres :

- échanges entre cadres : séminaire cadre, réunions DS-encadrement ;
- accompagnement personnalisé par la hiérarchie et en particulier l'encadrement supérieur et/ou de pôle ;
- tutorat, mentorat ou compagnonnage par un pair ;
- actions de formation professionnelle :
  - o formations ciblées sur des thématiques managériales, analyse de pratiques, ateliers de co-développement ;

- simulation managériale (citée spontanément par cinq personnes, les quatre l'ayant expérimentée et le CS 1 actuellement en IFCS qui va l'expérimenter). Le DRH tient à préciser que les formations peuvent être menées par les organismes de formation ou en interne.

Pour les personnes en situation de management des cadres, l'évaluation des compétences se fait par l'entretien professionnel annuel qui permet de condenser le travail global du cadre mais surtout par l'évaluation au « *fil de l'eau* » (CPP) : reporting, mission contrôle, identification et anticipation des besoins. Une autoévaluation de l'atteinte des objectifs de l'année est demandée, ce que confirment les deux CS. Pour la CGS 1, il s'agit aussi d'évaluer la compétence du cadre de santé à assurer ses missions futures. « *J'évalue les niveaux, lorsque je les vois travailler, au regard de la maîtrise des événements qu'ils ont pu gérer pour chaque objectif attendu. Si j'observe un écart entre l'attendu et la réalité des compétences il faut que j'accompagne cette démarche.* »

### **2.2.3 Le plan de développement des compétences, un outil partagé**

La responsable pédagogique vient d'être missionnée pour construire un plan de développement des compétences à destination de l'encadrement paramédical sur un établissement sanitaire. Elle l'envisage sur trois années avec un investissement et une projection permettant un parcours qualifiant et professionnalisant.

Selon les personnes, les formations doivent répondre aux problématiques organisationnelles et humaines du métier de cadre de santé. Pour le CPP, « *certaines [cadres] n'ont pas les compétences techniques mais celles-ci sont plus faciles à acquérir par des formations classiques type gestion de planning.* » Les deux CS confirment que la méthodologie s'apprend en formation ou par transmission des pairs.

« *Ce dont j'ai besoin, c'est de me confronter au réel* » (CS 1). « *J'ai suivi les formations Prise de parole en public et Animer une équipe mais je m'en souviens à peine...* » (CS 2). « *J'ai l'impression qu'on sous-estime l'aspect que le leadership peut s'apprendre. Pour moi, ça peut s'apprendre* » nous dit le DRH.

La responsable pédagogique remarque que les nouveaux et les experts ont les mêmes problématiques managériales. « *Lors des formations, comme les regards sont différents, ça permet de les mettre en tension et d'avoir un métissage de solutions. Chacun repart avec la solution qui l'intéresse qu'il peut répercuter dans son unité.* » L'idée n'est pas de récupérer les « *fameux outils que tout manager vient chercher en formation* » car ils

existent déjà et sont disponibles partout. Elle fait le parallèle avec les étudiants cadres, anciennement FFCS, qui ont souvent une « *vision viscérale des choses, non conceptuelle et intellectuelle et qui ne comprennent pas le pourquoi des outils* ».

Dans l'établissement du CPP, « *il existe un « kit cadre » de formation composé de plusieurs modules de formations : évaluation du personnel, les risques psychosociaux, la gestion de plannings... Il reste à adapter aux besoins de l'individu : besoins identifiés par lui et son supérieur, du profil du cadre et des besoins du pôle. Ce qui reste difficile c'est le réinvestissement dans le pôle.* »

Pour les CGS et le DRH, il est essentiel de penser le plan de développement des compétences avec le DRH et l'encadrement de pôle d'une part, et avec la direction qualité voire avec les directeurs référents de pôle, d'autre part. « *Le plan de formation est un véritable levier managérial. On peut parler de reconversion, de détection de talents et de potentiels. Ça participe à la qualité de vie au travail bien au-delà du projet social. Il ne faut pas oublier les dynamiques nationales sur les nouvelles compétences, l'évolution des métiers, la GPMC dans le cadre du rapport Claris et du Ségur de la santé.* » (CGS 1)

Pour le CPP, il est important de faire participer les cadres de santé à l'élaboration de leur propre plan de formation. « *Actuellement nous sommes sur des méthodes d'apprentissage classique. L'encadrement supérieur connaît bien l'encadrement de proximité, il faut s'appuyer sur eux, les rendre acteurs.* »

« *En évaluant le besoin de formation, le niveau comptable du nombre de cadres qui nécessitent une formation, je peux avec le DRH évaluer le besoin en financement.* » La CGS 1 se questionne notamment sur la systématisation de reprogrammer chaque année des formations sans les réévaluer au regard des professionnels et du contexte.

« *Nous essayons de changer de paradigme depuis cette crise sanitaire.* » Avec la responsable de la formation continue de son établissement, le DRH s'est déplacé dans les pôles pour identifier leurs besoins. Ils se sont aperçus que les cadres réclamaient des formations plus adaptées à « *un monde où tout bouge tout le temps (télétravail, lean management, gestion des mails et de la communication).* Renversons la pyramide et appuyons-nous sur la base. »

Tous les acteurs s'accordent pour proposer plusieurs dispositifs de formation. Des sujets se portent plus aux cours magistraux (aspects techniques, réglementation, ...) et d'autres à l'interaction directe (aspects managériaux, relations interpersonnelles...) avec la

simulation managériale, l'analyse de pratiques ou la mise en situation. « *Dans mon établissement l'analyse de pratiques est très développée. Tous les cadres la demandent de façon systématique... sans argumenter leur choix. Cela me pose question dans une économie contrainte. (CGS 1)* ». Pour le CPP, « *l'analyse de pratiques est chronophage et sa temporalité va à l'encontre d'une immédiateté de mise en œuvre et d'opérationnalité* ». Ces deux professionnels voudraient expérimenter la simulation managériale.

Trois personnes ont instauré la simulation managériale : le responsable pédagogique à l'IFCS, le CGS 2 auprès des cadres de santé de son GHT et la CSS en tant que formatrice. Afin de connaître leur avis sur la simulation managériale, la question a été posée directement aux deux cadres de santé. Le CS 2 a bénéficié de cette formation et le CS 1 va l'expérimenter lors de sa formation.

#### **2.2.4 La simulation managériale en pratique**

Le CGS 2 a développé la simulation managériale après un constat simple, partagée par la CSS, le faible taux de réunions d'équipes organisées par les cadres de proximité. « *Quand vous êtes cadre et que vous n'avez pas la nécessité de faire de réunions de services, une fois par an, c'est quand même un problème. Comment on fait pour exercer sa fonction managériale si vous ne formalisez jamais de temps avec toute l'équipe ?* » Les raisons ont été recherchées : manque de temps, manque de connaissances, manque de compétences. Après investigation auprès de l'encadrement de pôle, il semble que la crainte des cadres de santé se situaient dans la difficulté d'animer les réunions en terme d'exposition au collectif et de difficulté à parler en public.

##### **A) La nécessité d'un plateau « technique »**

Tout d'abord, posséder un centre de simulation en santé ou a minima une salle équipée de matériel audiovisuel facilite la mise en œuvre de la simulation managériale. La CSS nous dit avoir commencé les séances avec une simple webcam retransmise sur grand écran dans une salle voisine. Le CGS 2 utilise le centre de simulation en santé de l'institut des professions de santé attenant à son GHT.

##### **B) Le choix des apprenants et des formateurs**

Privilégier le collectif de pairs avec un intervenant extérieur à l'institution est plébiscité par tous. « *A mon avis, la mixité est compliquée. On a fait une séance avec des CSS et des CS, ça n'a pas marché. (CSS)* » De plus, dans cet hôpital, la CSS formatrice en simulation managériale exerce à la direction des soins : « *nous l'avons construit comme ça, avec les*

*moyens du bord, mais il y a un biais. Je pense que certains ne s'inscrivent pas pour cette raison. »*

Les retours des deux CS sont identiques. *« Les sujets ne sont pas tout à fait les mêmes et puis, j'aurais eu du mal à m'exprimer ou à jouer devant quelqu'un qui pouvait être mon supérieur. (CS 2)»* Le CPP pense *« qu'on ne peut pas mettre de côté les principes hiérarchiques lors d'une formation. »* Par contre, les interlocuteurs prônent le mélange des FF cadres de santé, cadres de santé diplômés confirmés ou non.

*« On voulait regrouper les filières paramédicale, logistique et administrative car pour nous le management est transversal avec des problématiques transversales. Nous ne l'avons jamais fait et avec le recul ça nous semble compliqué de le mettre en œuvre. (CGS 2)»* Même si les problématiques sont communes, comme un entretien de recadrage, la maturité des collectifs et l'habitude de collaborer est nécessaire pour créer une cohésion apprenante. *« Peut-être plus tard »* dit le CGS 2. *« Ce que nous avons fait par contre c'est d'ouvrir la simulation managériale à l'ensemble des cadres de santé du GHT. On mixe les cadres entre le CHU et les CH alentour ainsi que l'EHPAD, ça augmente les relations entre eux. Ils se connaissent. »*

La responsable pédagogique insiste sur le fait que ce doit être *« proposé à un corpus de professionnels similaire, pas forcément homogène sur les compétences mais sur les missions dévolues avec des intervenants extérieurs connaissant la complexité du métier ».*

Pour tous, les groupes ne doivent pas excéder 12 personnes. L'idéal étant entre 8 et 10.

Les formateurs doivent avoir suivi une formation en simulation en santé et au debriefing difficile.

### C) Le séquençage

Dans l'hôpital A, une à deux sessions de 3 jours dont 2 jours consécutifs et un jour à distance sont organisées par an. Lors des 2 premiers jours animés par un formateur, les 8 cadres passent à raison de 2h chacun ce qui fait 16h d'intervention en comptant le debriefing. La journée à distance animée par un directeur des soins et un DRH extérieurs à l'établissement est consacrée à la reprise des situations et à l'apport des éléments complémentaires. *« Par exemple, pour l'entretien de recadrage on apporte des éléments comme la rédaction du rapport circonstancié ou encore la réglementation en lien avec les conseils de discipline. »*



A l'hôpital B, les séquences (une à deux sessions par an) sont proposées aux managers paramédicaux sur deux séances de 2h par demi-journée. Seules deux personnes expérimentent directement le scénario.

A l'IFCS, la responsable pédagogique a décidé de rendre engageante la simulation managériale. « *Tout le monde a un rôle* » : rôle joué, rôle d'observateur ou rôle de scénariste pour la construction du scénario. En créant des pôles de responsabilité dans la scène et en permutant les rôles, les situations se rapprochent encore plus de la réalité de terrain. Les scénarios sont choisis au sein de la promotion à partir de situations rencontrées le plus souvent. Dans l'année, tous les étudiants expérimentent au moins un scénario.

Les scénarios développés sont l'entretien d'évaluation, l'entretien de recadrage, la conduite de réunion et la gestion de conflits. Selon le scénario, l'hôpital A fait participer les professionnels de l'établissement pour jouer un aide-soignant, un représentant syndical ou un collègue cadre de santé.

Tous se sont dotés d'une charte de fonctionnement à destination des apprenants et des formateurs qui reprend les principes de bienveillance, de non jugement, de confidentialité complétés à l'IFCS par l'engagement, l'implication et la responsabilité.

#### D) Les freins et les leviers

Les hôpitaux ont quelques réticences à mettre en place la simulation pour différentes raisons. Tout d'abord, l'encadrement ne veut pas s'exposer vis-à-vis de leurs pairs. « *Personnellement je suis dans la défiance et la résistance par rapport à la caméra. Cela nécessite de la bienveillance et de la confiance. (CGS 1)* » « *Ca m'inquiète un peu de me mettre à nu devant mes collègues* » dit le CS 1.

Il y a également une méconnaissance de la méthode. « *Pour moi la simulation managériale c'est un jeu de rôle. Dans ma définition il y a le jeu de rôle et il y a l'analyse de pratique. Et je crois que c'est plus adapté pour les gestes techniques. (CGS 1)* » Le CPP rappelle que « *[la simulation] ne prend jamais complètement en compte l'environnement, l'expérience et le contexte dans lequel on évolue, les enjeux de pouvoir dans lequel on se trouve. C'est la sociologie des organisations qui va t'amener vers un comportement A ou B. L'environnement fait la différence : les enjeux de pouvoir, le positionnement médical, le management du directeur des soins ou du cadre supérieur de santé ou du cadre de pôle, son expérience professionnelle, son parcours, sa vision des choses, son éducation...* ».

Deuxièmement, il y a un coût financier liés aux moyens matériels et humains à mettre en œuvre même si le CGS 2 rappelle que « *les formations ou les séminaires restent chers, surtout si vous prenez des gens de qualité* ».

Enfin, le 3<sup>ème</sup> élément « *qui est probablement la première vraie raison, c'est que c'est compliqué pour l'encadrement d'accepter le concept. Au début on a entendu, "la simulation c'est pour les mauvais cadres"* » (CGS 2). Il est important que des cadres confirmés, à l'aise dans le management, participent pour créer une émulation positive d'apprentissage.

## **2.2.5 La simulation managériale, une réelle plus-value ?**

A) Un lieu sécurisant d'apprentissage entre pairs

« *Pour les gens qui se débrouillent très bien, le débriefing est plus simple et ça renvoie aux autres collègues des indications sur la posture à adopter, pas forcément la bonne posture mais une posture acceptable. (CGS 2)* » Le CGS 2 confirme : « *c'est un peu comme nous en équipe de direction, nous avons fait une formation sur la communication. Ça ne veut pas dire qu'on ne communique jamais ou qu'on est incapable de s'exprimer en public. On peut très bien avoir un très bon niveau et vouloir acquérir un niveau d'excellence.* » « *On a tous à apprendre même ceux qui pensent être de bons cadres. On peut maîtriser la réunion d'équipe et un jour on est difficulté face à une équipe qu'on ne connaît pas* » (CS 2).

Pour le CGS 2, la vidéo est un média très intéressant. « *Dans un de nos scénarios, on a les opposants à gauche et les favorables à droite. Parfois on se rend compte que le cadre qui joue la situation tourne le dos aux opposants pour se protéger. Le voir à la caméra permet de le visualiser alors que la personne ne s'en était pas rendue compte. On peut travailler sur l'infra verbal, la posture physique qui renvoie des messages. Si ce n'était pas de la pratique simulée, on ne le verrait pas.* »

Le CSS insiste sur le fait que manager une réunion ou conduire une équipe, « *ça ne s'apprend pas dans les livres mais au quotidien avec la pratique* ». En multipliant les scénarios et les situations, les compétences sont transférables.

Les trois principes fondateurs repérés par tous sont la bienveillance, le non jugement et la confidentialité. « *Ce n'est pas tout de le dire, il faut l'appliquer. Le formateur doit amener le cadre de santé apprenant à rétablir les choses par l'apprentissage par l'erreur. L'idée est d'apprendre de ses erreurs et surtout pas que le cadre de santé ressorte en se disant qu'il est nul. (CSS)* »

## B) Des atouts identifiés

Les atouts de la simulation pour ceux qui l'ont expérimentée sont de :

- s'approcher de la réalité

*« Si c'est bien monté, les personnes s'immergent immédiatement. Pour moi, les jeux de rôles sont trop approximatifs et les participants détournent souvent l'objectif. Les conditions de sérieux et la rigueur de la simulation en santé sont des atouts pour apprendre en condition quasi réelle. (CSS) »*

*« D'avoir vécu la situation sans devoir l'attendre en temps réel. La simulation managériale permet à tous les apprenants de vivre la situation et pour ceux qui l'ont déjà vécue de tenter une approche réparatrice ou une résolution de problèmes. Ça réduit l'écart entre la vraie vie et la formation. (responsable pédagogique)»*

*« Honnêtement, je ne m'attendais pas à me sentir si rapidement emportée dans la situation. J'ai même senti le stress monter. (CS 2) »*

- monter en compétences en développant la pratique réflexive

*« Si vous voyez Le Boterf il dit bien qu'on acquiert les compétences en situation d'exercice. Une situation de management qui ne serait pas simulée n'a pas les mêmes impacts. (CGS 2)»*

*« Notamment lors du debriefing, en échangeant, on prend les idées, les astuces des autres. » (responsable pédagogique)*

*« Ensemble on débrieife, le formateur régule et participe peu (10% maximum de parole). Il ne faut pas faire... « moi j'ai fait ça une fois, ça a marché ». Surtout ne pas culpabiliser. (CSS) »*

- développer la confiance en soi et l'autonomie

*« Sans en avoir fait moi-même, je pense que la simulation managériale est quand même plus engageante personnellement et professionnellement surtout chez ceux qui la jouent et le fait d'avoir ce regard sur une situation jouée par les protagonistes, de pouvoir échanger et de prendre de la hauteur est de mon point de vue très apprenant. (CPP)»*

*« Apprendre à se faire confiance. Remettre les apprenants dans une confiance professionnelle sans que ce soit uniquement les thèmes de performance, d'efficience. (responsable pédagogique) »*

- développer la dynamique cadre en créant des liens, en agissant sur l'appartenance au groupe

*« Ce qui manque aux étudiants cadres, pour ceux qui étaient FF cadres de santé, c'est le collectif cadre. (responsable pédagogique) »*

*« Quelque chose se passe en simulation. Ce n'est pas comme en salle de cours où tout le monde est sur son téléphone ou son ordinateur. En plus, celui qui s'est exposé est respecté et ça crée de la confiance. C'est assez extraordinaire. Par contre, pour le formateur c'est épuisant. (CSS) »*

### C) Evaluer et développer la recherche

Dans la simulation, l'évaluation est une étape nécessaire et organisée. Les trois dispositifs décrits disposent d'une évaluation par les participants.

Les retours des professionnels rencontrés sont très satisfaisants. Une évaluation à moyen et long terme permettrait de savoir si les compétences des cadres ont évolué positivement. Quelques critères pourraient être étudiés : *« Animent-ils des réunions ? Le dialogue social est-il meilleur dans l'unité ? Dans le pilotage de projets, ont-ils suscité l'adhésion de l'équipe ? (CGS 2) »* L'aisance des cadres lors des réunions cadres, lors de projets peut compléter les entretiens professionnels annuels.

Le CGS 2 et la CSS ont fait part de leur souhait de mener une recherche sur la simulation managériale. *« On voulait le faire mais on ne l'a pas fait. Il faudrait un porteur de projet que nous n'avons pas pour le moment. On pourrait imaginer un groupe de cadres qui bénéficie de la simulation managériale et un autre groupe qui n'en bénéficie pas. Et voir si dans l'approche managériale ou des projets restructurants une approche serait différente selon la simulation managériale ou une formation classique. Ou encore sur le sentiment de qualité perçue du travail du cadre de santé. Le temps nous manque. Nous aimerions bien. (CGS 2) »*

*« A l'IFCS, les approches et les méthodes sont différentes. Le cours magistral est quand même plus simple. On a choisi d'utiliser l'autoformation, la réflexivité et les grands principes de la simulation. Partir du simple jeu de rôle voire à l'analyse d'une vidéo en la reprenant avec un groupe en direct jusqu'à la séance simulée sur des situations managériales comme la simulation en santé. Notre objectif est de remplir une plateforme sur des situations jugées complexes par les étudiants. Transformer la classe d'IFCS en classe de managers en gommant les artifices d'un simple cours artificiel. (responsable pédagogique) »*

*« Personnellement, j'ai beaucoup apprécié. J'ai pu jouer le scénario de l'entretien de recadrage et j'ai observé le scénario de gestion de conflits. Dans les deux positions, j'ai le sentiment d'avoir appris et surtout d'avoir retenu ce qui s'est passé. Je ne peux pas vous dire autant des autres formations. (CS 2)»*

*« Pour moi la méthode d'apprentissage doit s'adapter à l'individu et non à un statut. Certains vont apprendre par la lecture, un tutorat et cetera. Mais cela reste difficile et très utopique au regard du nombre de professionnels à accompagner. (CGS 1) »*

*« Pour que ça marche, nous dit la CSS, il faut que la simulation soit incluse dans le projet d'établissement. »* Elle prend l'exemple des grandes entreprises, des pompiers, de la police, de l'aéronautique, des domaines dans lesquels la simulation est inscrite depuis très longtemps dans la formation initiale et continue.

Les personnes qui n'avaient pas expérimenté la simulation managériale sont favorables à sa mise en place dans leurs structures, pour proposer une nouvelle méthode d'apprentissage à une population professionnelle centrale dans l'organisation sanitaire.

### **2.3 La nécessité d'une politique managériale**

Pour le CGS 2, le projet managérial est incontournable et doit être piloté par la DRH, la DS et les affaires médicales pour aboutir à un projet managérial médico-soignant en définissant les valeurs importantes, les compétences attendues et l'accompagnement au développement de ces compétences. La transversalité sur le GHT est intéressante à travailler. *« Je crois que c'est bien d'avoir des attentes vis-à-vis des cadres mais c'est mieux si on leur dit, [...] on a écrit et diffusé ces éléments, puis on a mis en place des outils de suivi. C'est important de poser et de réfléchir à ce qu'on veut faire et de le partager avec les cadres de pôle. [...] Si vous arrivez dans une structure où il n'y a pas de projet managérial ou de volonté d'en écrire un, vous pouvez l'inclure dans le projet de soins.»*

La politique d'accompagnement des cadres participe à l'attractivité de l'établissement. De plus, *« être transparent sur l'accompagnement des cadres, les objectifs et les moyens que l'on a, évoquer les valeurs soignantes et managériales sont un gage de confiance entre l'hôpital et ses managers. (CSS)»* Cela signifie qu'il existe une volonté institutionnelle formalisée et écrite de définir le management dans l'institution.

Le CPP n'a pas connaissance d'un projet managérial. *« Quelques axes figurent dans le projet de soins mais pas définis clairement. »* Les 2 CS ne savent pas s'il existe.

Le DRH concède que *« très honnêtement, ce n'est pas formalisé dans mon établissement. On va le développer, notamment sur les pratiques de management, proches du terrain, concrètes. Notre idée serait de créer un projet managérial, toutes filières confondues, paramédical, médical, administrative, à l'instar de plusieurs établissements. »*

Pour la responsable pédagogique, l'absence de projet managérial ou de politique managériale est assez symptomatique. Pour elle, on ne peut pas évaluer un cadre de santé si les objectifs ne sont pas définis en amont par l'institution et pas uniquement par le supérieur hiérarchique direct. Elle pose la question « *Que veut-on faire du corpus de cadres ?* » Elle rajoute que l'avantage d'une politique managériale est le repérage des talents et l'amélioration des prestations à destination des usagers. « *Tout en traçant le chemin de la performance, de l'efficience et de l'atteinte des objectifs, on développe le costume du manager. Regonfler l'égo des cadres participe à la qualité du travail et à l'efficience.* »

## 2.4 Confrontation de l'enquête aux hypothèses

Pour rappel, nos hypothèses étaient les suivantes.

Hypothèse 1 : L'apprentissage par la simulation managériale répond à un besoin de formation et renforce les compétences du cadre de santé.

Hypothèse 2 : Une stratégie managériale institutionnelle favorise le développement des compétences des cadres de santé.

L'hypothèse 1 est partiellement validée. Le besoin d'une formation centrée sur l'apprentissage des « soft skills » (compétences interpersonnelles et relationnelles) est avéré. Il semble que les formations classiques de transmission de savoirs enseignant-apprenant ou l'analyse de pratiques, très présente dans notre corpus d'entretiens, ne répondent pas aux attentes et aux besoins des cadres de santé. Sur le volet développement des compétences, notre échantillon trop réduit et l'absence de méthode quantitative ne nous permet pas d'affirmer que la simulation managériale est une formation développant les compétences. Nous pouvons simplement le supposer en fonction des retours des personnes qui l'ont expérimentée.

L'hypothèse 2 n'est ni validée, ni invalidée. La stratégie managériale est plébiscitée par tous les interlocuteurs. Au regard de l'analyse, une autre approche du sujet aurait pu nous conduire vers les concepts de compétence collective et de performance collective. La légitimité, le regard de l'autre, l'interaction avec le collectif de pairs ou au sein du collectif de soignants nous amènent vers Richard Wittorski qui explique que la compétence est un « *savoir agir* » reconnu. « *Finalisée, la compétence est produite par un individu ou par un collectif dans une situation donnée et elle est nommée / reconnue socialement.* »<sup>79</sup> C'est-à-dire que pour agir avec compétence, il y a obligatoirement une interaction avec autrui, c'est ce qui semble exister en simulation managériale avec les pairs et le formateur.

---

<sup>79</sup> WITTORSKI Richard. Op. cit., p 39.

Gouverner, c'est assurer la tension entre coordination et contrôle. « *La coordination se situe dans la gestion des processus d'échanges par l'établissement de normes de fonctionnement, le contrôle consiste à gérer le résultat de l'échange en définissant d'éventuelles sanctions afin d'introduire la performance des relations interpersonnelles.* »<sup>80</sup>

En développant le triptyque savoir interagir – pouvoir interagir – vouloir interagir, Guy Le Boterf souligne l'importance des interfaces « *c'est la qualité de la coopération d'un collectif de travail qui fait la performance collective* »<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> DUMAS M., RUIILLER C. Op. cit. p. 44.

<sup>81</sup> LE BOTERF G. Op. cit., p. 205.

### **3 Réflexion et préconisations**

A l'issue de ce travail de réflexion, d'enquête et de formalisation, il nous apparaît essentiel de dégager des préconisations qui tendront notre futur exercice. Elles se veulent réalistes, réalisables et pragmatiques au regard des ressources allouées.

Le directeur des soins organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement.<sup>82</sup> Pour se faire, il devient le pilote des équipes d'encadrement paramédical et assure un rôle de régulation, d'appui et d'arbitrage. Le référentiel de compétences<sup>83</sup> comporte une compétence spécifique : C4 – Management des équipes d'encadrement. Pour comprendre au mieux cette mission, nous nous sommes interrogés tout au long de notre formation à plusieurs aspects observés pendant nos stages : la configuration de la direction des soins, les missions confiées aux cadres supérieurs de santé, le suivi du projet de soins, l'effectivité de la collaboration entre la DRH et la DS... La rédaction de ce mémoire a complété ces observations.

#### **3.1 La simulation managériale, une méthode d'apprentissage à implanter**

##### **3.1.1 Evaluer le contexte**

De nombreux atouts et leviers permettent le développement de la simulation managériale. Le GHT semble la bonne option pour développer cette méthode. La coordination de la formation est une compétence dévolue à l'établissement support du GHT ce qui est une opportunité pour le déploiement de formations. Cinq axes concourent à la réussite du projet :

- se doter d'un plateau de simulation partagé avec les instituts de formation du GHT, s'ils existent, ou envisager un partenariat avec un plateau existant ce qui limite les coûts matériels et humains ;
- proposer la simulation managériale à une catégorie de professionnels similaire;
- faire intervenir des formateurs extérieurs formés à la simulation et connaissant la complexité du métier ou utiliser les ressources en interne pour former des formateurs avec la vigilance que ceux-ci n'animent pas les séances de leur établissement ;

---

<sup>82</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>83</sup> Référentiel de compétences des directeurs de soins mis à jour en novembre 2017, EHESP.



- inscrire la simulation managériale dans la politique managériale institutionnelle et communiquer sur les objectifs pédagogiques de cette méthode ;
- développer en parallèle de la simulation des groupes entre pairs : tutorat, mentorat, séminaire, analyses de pratiques pour travailler l'appartenance au groupe.

### 3.1.2 Adapter les scénarios aux besoins des managers

Nous remarquons que les cadres de santé se sentent souvent livrés à eux-mêmes dans la façon d'envisager leurs missions au sein de l'institution. La simulation managériale permet de traiter deux aspects du management : les règles d'organisation dans le système en cours de conception et les logiques d'action des managers. L'idée est donc d'adapter la simulation managériale aux nécessités du terrain.

*« On aura donc à cœur, de proposer des scénarios explicites d'organisation du management et d'engager des simulations de l'activité des managers eux-mêmes, suivant les objectifs qui sont les leurs. Mais une autre itération est à l'œuvre dans ce processus [...]. Elle porte sur le développement des logiques d'action des sujets engagés dans la simulation. Les logiques d'action ne renvoient pas ici à l'application de règles prescrites ou de procédures (même si elles y répondent souvent) mais correspondent à une structuration de l'action plus ou moins systématique et construite par l'expérience des sujets agissants, en lien avec leurs représentations de la situation, leurs caractéristiques personnelles, les savoir-faire (de prudence notamment) qu'ils ont élaborés, leurs valeurs, etc. Elles correspondent à des « manières de faire », collectives ou individuelles, préalables à l'action et réinvesties dans la situation lorsqu'elle se présente. »<sup>84</sup>*

Sur le modèle d'apprentissage de Kolb et Fry (Faire-Réfléchir-Conceptualiser-Décider-(re)Faire), le schéma<sup>85</sup> ci-après doit guider les projets de simulation managériale.

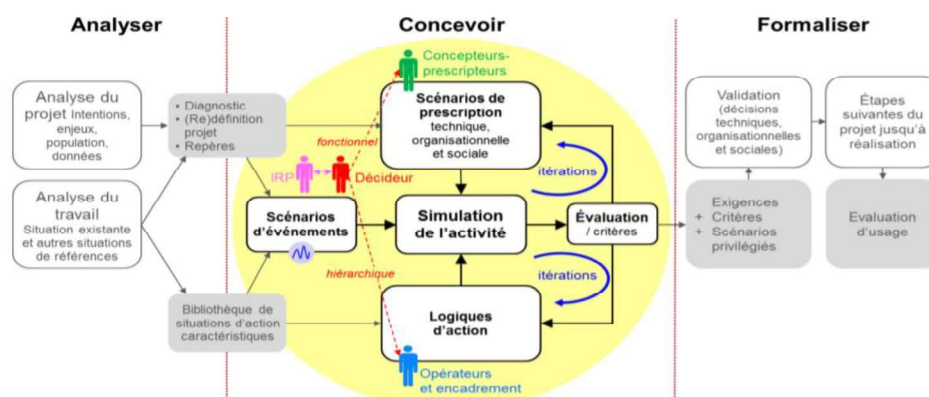


Figure 1 : La démarche de conduite de projet en ergonomie (adaptée de Van Belleghem, 2012 et Barcellini, Van Belleghem & Daniellou, 2013)

<sup>84</sup> VAN BELLEGHEM L., GUERRY M-H. Op. cit. p. 804.

<sup>85</sup> Ibid. p. 804.

### 3.1.3 Développer des simulations de gestion

Une option intéressante serait de développer des séances de simulation de gestion. Le concept est de scénariser la prise de décision collective lors d'une conduite de projet (par exemple, un exercice de dimensionnement des effectifs au sein d'un pôle) ou lors d'instances ou de réunions (par exemple, la préparation d'un CHSCT exceptionnel).

Isabelle Barth et Isabelle Géniaux y perçoivent un intérêt en termes d'appartenance au groupe et de cohésion d'équipe. La décision et le risque associé sont discutés et partagés. Le collectif profite de la polyvalence et de l'expertise de chaque professionnel composant l'équipe impliquée dans le scénario, à l'instar des scénarios pluriprofessionnels développés pour les interventions médico-soignantes complexes. Les valeurs communes et la confiance favorisent la cohésion du groupe. L'ancrage collectif et le travail en équipe demeurent des socles importants pour un professionnel travaillant en réseau. Roger Mucchielli dit que *« l'hétérogénéité des compétences est facteur de la richesse des échanges, de créativité du groupe. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel »*.<sup>86</sup>

De plus, le développement des « soft skills » sera facilité. *« Cette compétence va revêtir une dimension collective puisque les décisions devront être prises en groupe ce qui suppose écoute, échanges mais également confiance et réciprocité (Divry & al, 1998). Enfin, le groupe va devoir prendre des décisions (cristallisation) et donc figer des choix ce qui diminue les espaces d'incertitude et le champ des possibles. Les participants doivent prendre des décisions en situation complexe - nombreuses informations de nature très différente, information imparfaite, prise de décision collective (une seule décision pour le groupe) - à laquelle ils ne sont pas habitués et cela provoque forcément du stress. Le fait que cela soit un jeu et que l'équipe ne doive pas supporter réellement les conséquences comme d'éventuelles pertes financières, est important. Les participants peuvent donc prendre des risques sans assumer les conséquences de « mauvaises » décisions. »*<sup>87</sup>

Cela pourrait également s'envisager au sein du trio de pôle ou des équipes de direction de site et/ou de GHT.

---

<sup>86</sup> MUCCHIELLI R. 2007. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris : ESF, p. 37.

<sup>87</sup> BARTH I., GENIAUX I. Op. cit. p. 330.

### 3.1.4 Promouvoir la recherche

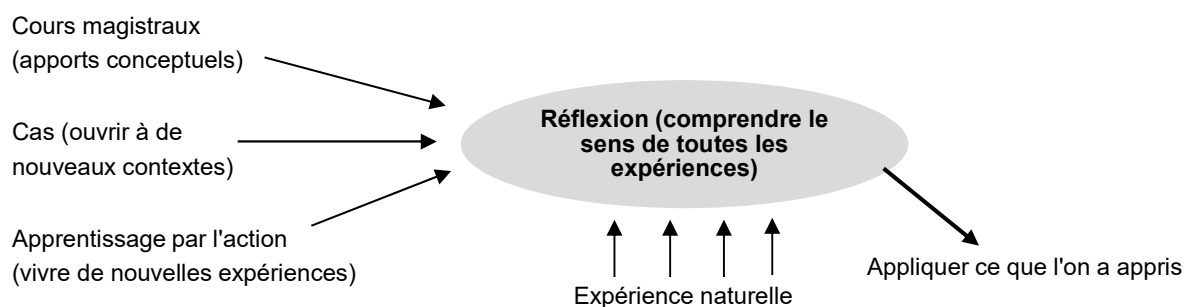
Développer un programme de recherche sur les apprentissages managériaux liés aux formations et en particulier la simulation managériale permettra d'objectiver son efficacité. Cela s'inscrit dans une politique de valorisation et de promotion de la recherche en soins au sein de la direction des soins.

### 3.1.5 Diversifier l'offre de formation à destination des cadres de santé

« Mettre en place un processus de « réflexion expérientielle » centrée sur les apprenants, selon un cycle récurrent : compréhension, apprentissage, application ; [...] demande une conception très flexible de la formation et des enseignants-animateurs très engagés. »<sup>88</sup>

C'est pourquoi, l'idéal est à la fois de diversifier et d'individualiser les programmes de formation et d'accompagnement des cadres de santé.

Henry Mintzberg propose de conjuguer plusieurs méthodes pédagogiques<sup>89</sup> :



Pour cela, le plan de développement des compétences reste l'outil privilégié.

## 3.2 Affirmer une politique managériale forte

« Depuis Mintzberg (1989), on sait que l'activité de management ne peut se résumer aux grandes fonctions qui lui sont habituellement attribuées : planifier, organiser, coordonner et contrôler. Ces quatre mots clés introduits dès 1916 par Fayol dans le vocabulaire de la gestion et repris presque invariablement jusqu'à aujourd'hui (Thietard 2012, par exemple) décrivent finalement très peu le travail réel des managers dès lors qu'on prend le temps de les suivre dans leur activité quotidienne .»<sup>90</sup>

<sup>88</sup> MINTZBERG H. Op. cit. p.45.

<sup>89</sup> Ibid. p. 45.

<sup>90</sup> VAN BELLEGHEM L., GUERRY M-H. 2016. Op. cit. p. 802.

« *Autrement dit, les managers contribuent, de par leur position « en première ligne », à intégrer l'ensemble du système de production (Gotteland-Agostini, 2013). On mesure donc l'intérêt qu'il y a, lors d'un projet organisationnel, à savoir mieux y intégrer l'activité de management.* »<sup>91</sup>

### **3.2.1 Le projet managérial**

Pour que le professionnel développe sa capacité à pouvoir agir avec compétence, plusieurs conditions sont requises. Il s'agit « *de réunir de façon cohérente un ensemble de conditions favorables pour maximiser la probabilité [que le professionnel] agisse et réussisse avec compétence.* »<sup>92</sup> Le contexte de travail, terreau propice, est aussi important que l'individu. Guy Le Boterf emploie le terme américain de « *gardening management* » : « *de même que le jardinier ne tire pas sur ses plantes pour les faire pousser, le manager ne peut forcer ses collaborateurs à agir avec compétence.* »<sup>93</sup> Pour qu'advienne la compétence, la motivation est primordiale. Celle-ci est fortement corrélée aux conditions de travail et aux leviers employés par la hiérarchie pour « motiver » le professionnel.

L'estime de soi du professionnel est importante : « *pouvoir être fier de son travail, être reconnu pour un travail bien fait, agir en pouvant respecter les valeurs professionnelles du métier* »<sup>94</sup> contribuent à la motivation.

Les actions de qualité de vie au travail sont à définir, promouvoir et faire vivre. Au regard de son expérience auprès des étudiants cadres, souvent anciens FFCS, la responsable pédagogique d'IFCS rencontrée lors de l'enquête conseille de favoriser les échanges et de « *créer des bulles de bien-être, un espace où le cadre de santé respire, revient sur les points de tension ou sur les moments de satisfaction personnelle.* »

Au sein du projet d'établissement et selon ses orientations, le projet managérial définit la politique managériale. Le construire sous une approche multi disciplinaire et multi filière paramédicale, administrative, logistique, ... voire médicale permet de déterminer les axes transversaux d'accompagnement des managers. Cela nécessite une concordance des directions fonctionnelles que sont la DS, la DRH, la direction des affaires médicales, les autres directions fonctionnelles, .... Des focus par métier ou filière garantissent les spécificités des missions de chaque manager. Outil de communication et de partage, il est saisi par tous.

---

<sup>91</sup> VAN BELLEGHEM L., GUERRY M-H. 2016. Op. cit. p. 803.

<sup>92</sup> LE BOTERF G. Op. cit. p. 99.

<sup>93</sup> Ibid. p. 103.

<sup>94</sup> Ibid. p. 103.

### 3.2.2 Le projet de soins

Le directeur des soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) et les acteurs concernés par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins<sup>95</sup>. En l'absence de projet managérial sur l'institution, l'inscription de la politique managériale au sein du projet de soins (PS) marque la reconnaissance et la valorisation du travail de l'encadrement pour planifier la politique de soins. Dans ce cas, l'opérationnalité et le pragmatisme doivent être recherchés pour une acceptabilité et une appropriation du dispositif par l'encadrement supérieur et de proximité.

La gageure du PS demeure la stratégie à mettre en place pour le faire vivre, au-delà du document papier ou numérique. Dans le cadre de la contractualisation avec les pôles, le directeur des soins peut confier les axes de travail à l'encadrement supérieur et la déclinaison des propositions émises et des indicateurs aux cadres de proximité.

Lors de notre premier stage, nous avons identifié un modèle reproductible en l'absence de projet managérial. Ce PS<sup>96</sup> comportait trois axes prioritaires. Partant du constat d'une forte intrication des problématiques sanitaires et sociales dans le parcours de nombreux patients, et pour donner plus de force à la nécessaire coopération entre les différents métiers de l'hôpital, la CGS a fait le choix d'intégrer au projet de soins la dimension managériale qui bénéficie d'un axe complet, ou *Axe 1 : une prise en soins dynamique et coordonnée par une mobilisation et une valorisation de l'encadrement, porteur du projet de soins.*

Des réunions de suivi sont programmées régulièrement permettant de suivre l'avancée des thématiques : cartographie des compétences attendues des cadres, charte managériale, kit d'intégration cadre, repérage des potentiels, plan de formation à destination des cadres de santé. Le projet de soins devient alors un réel outil de management pour le management et par le management. Il permet de :

- fixer les objectifs de l'encadrement paramédical,
- accompagner les professionnels,
- conduire les prises en charge,
- améliorer la politique de soins et les pratiques professionnelles.

---

<sup>95</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>96</sup> Les enjeux de ce PS sont déclinés autour de la personne soignée (patient co-acteur, patient expert, patient auteur), des professionnels (sens du travail, co-construction des projets) et de l'institution (recherche d'excellence). Le pilotage était assuré par un groupe constitué de membres de la CSIRMT, d'un représentant des usagers, de 3 CS (nouvellement arrivé, expérimenté, nouvellement diplômé), d'un FFCS, d'un CSS, d'un CPP et de la CGS.

Le projet de soins partagé du GHT peut remplir cette fonction sur le territoire de santé. La fonction transversale de l'encadrement est alors privilégiée et la CSIRMT du groupement joue son rôle dans le suivi du projet.

### **3.3 Le plan de développement des compétences, un levier au bénéfice de l'employabilité**

#### **3.3.1 Une réponse structurée aux besoins**

Le plan de développement des compétences poursuit quatre objectifs :

- être conforme à la réglementation,
- optimiser le pilotage de la formation,
- évaluer la performance de la formation,
- ancrer l'apprentissage dans la durée.

Dans notre situation, il s'agit pour le directeur des soins de conseiller et d'orienter l'encadrement pour organiser leur montée en compétences. Le plan de développement des compétences représente un choix d'établissement qui définit sa politique de formation à destination de ses employés. Les objectifs du plan sont à l'appréciation de l'établissement.

Nous pouvons considérer le plan comme un projet en définissant une ligne stratégique et en s'adossant à une démarche globale qu'est la GPMC. Il suit les règles suivantes<sup>97</sup> :

- définitions des besoins ;
- copilotage DRH-DS : passage d'une logique de grade à une logique métier ;
- recueil des demandes et des souhaits lors des entretiens de formation ;
- évaluation du chiffrage budgétaire, non extensible, avec visibilité pour l'encadrement ; arbitrage si nécessaire ;
- négociations dans les pôles (enveloppes budgétaires) ;
- exécution et évaluation du plan, bilan annuel attendu au CTE.

Plusieurs points de vigilance sont à prendre en compte :

- adopter une vision pluriannuelle même si l'exécution du plan est annuelle ;
- articuler les entretiens professionnels avec le recueil des besoins ;
- anticiper les ressources humaines pour permettre le départ en formation ;
- élaborer les cahiers des charges des actions de formation destinées à l'encadrement avec le concours de l'encadrement ;
- arbitrer les nécessités au regard des besoins des cadres de santé.

---

<sup>97</sup> SCHARDT-RIQUET A-L. 2020. Cours EHESP.

Comme vu dans l'analyse des entretiens, nous n'avions pas abordé un concept pourtant essentiel dans la GPMC et dans la conception du plan de développement des compétences, l'employabilité. L'employabilité est une notion évolutive : être employable pour obtenir et conserver un emploi.

En lien avec le parcours individuel de chaque professionnel, l'employabilité peut être définie selon trois orientations<sup>98</sup> :

- l'employabilité biographique qui est l'historique, le CV de l'individu ;
- l'employabilité projective qui permet de prendre en compte les compétences acquises lors d'une expérience passée pour pouvoir valoriser, mettre en avant son ambition professionnelle ;
- l'employabilité différentielle qui va permettre de comparer les employabilités entre différentes personnes.

Dans le cadre des mutations hospitalières, l'impact d'une politique d'employabilité des cadres de santé participe à leur attractivité et leur fidélisation.

### **3.3.2 Un réinvestissement des formations nécessaire**

*« La plupart des entreprises se contentent d'envoyer leurs cadres suivre des cours afin de voir revenir des managers mieux formés. Elles ont tort. S'arrêter à cela, c'est couper le processus d'apprentissage de son contexte. Mais le plus triste, c'est que cela suppose de ne jamais réaliser un immense potentiel. »*<sup>99</sup> Très souvent, les agents qui partent en formation éprouvent un décalage avec le terrain. Ils n'arrivent pas à mettre en place leurs acquis faute de marge d'autonomie ou de soutien de la part de leur hiérarchie.

Le risque pour Henry Mintzberg est de créer et/ou de prôner implicitement une culture individualiste des managers qui se formeraient uniquement pour eux-mêmes. Au-delà du financement de la formation, du remplacement du cadre pendant son absence, réfléchir au réinvestissement sur le terrain est vital pour l'institution. *« Ceci suppose un engagement fort entre l'individu et l'entreprise, qui doit être à double sens : l'entreprise s'engage envers l'individu, et ce dernier a l'obligation de rapporter ce qu'il a appris dans son entreprise et de l'y diffuser. »*<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup> BEN HASSEN N., HOFIDHLLAOUI M. 2012. « L'employabilité des salariés : facteur de la performance des entreprises ? », *Recherches en Sciences de Gestion*, Volume 91, n° 4, p. 136.

<sup>99</sup> MINTZBERG H. Op. cit. p. 52.

<sup>100</sup> Ibid. p. 52.

### **3.4 Une collaboration DS-DRH effective**

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins a pour atout sa connaissance des organisations paramédicales. Sous l'impulsion de la direction générale et en partenariat avec la DRH, il s'agira de déterminer les axes de formation tout en répondant aux enjeux de la GPMC et de définir les modalités de repérage des potentiels. Il paraît essentiel d'envisager :

- d'établir une cartographie des besoins en collaboration avec les médecins, les équipes et la direction générale ;
- de définir des critères de sélection des agents et de financement des études promotionnelles ;
- de co-rédiger avec la DRH l'engagement de servir pour les études promotionnelles : rappel réglementaire de la FPH et modalités de retour en institution (période d'été) et d'affectation à l'issue de la formation ;
- d'accompagner les professionnels pendant leur formation, lors de la prise de poste ou en cas d'arrêt de formation par la mise en place d'entretiens individuels à la DS ;
- d'associer les partenaires sociaux à la démarche ;
- de communiquer auprès des agents ;
- de renforcer et/ou de conforter la coopération avec le directeur d'institut de formation des professionnels de santé (politique de stage dynamique, partenariat sur la formation initiale et continue).



## Conclusion

La valeur ajoutée du directeur des soins est son expertise en organisation des soins. En s'appuyant sur les compétences de son encadrement, il conserve la connaissance de la réalité et du contexte environnemental de l'hôpital (réalité du terrain, des personnes, des actions, des budgets, des faits). Cela lui assure d'être au sein de l'équipe de direction une aide à la décision et un interlocuteur privilégié.

Accompagner les cadres de santé dans l'évolution de leur métier nécessite de réfléchir à un plan de développement des compétences qui inclut toutes les facettes du métier : organisation, animation de l'équipe, proximité et transversalité. C'est-à-dire garantir aux cadres un pouvoir d'agir et un pouvoir d'interagir, autrement dit les moyens humains, matériels, financiers et décisionnels, qui leur permettront de remplir leur fonction en responsabilité, en autonomie et en confiance.

La simulation managériale est une méthode d'apprentissage expérientiel et réflexif riche en termes d'acquisition de compétences et de collaborations possibles. L'inscrire dans une politique managériale institutionnelle participe à la performance du système de santé par la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences au bénéfice de l'employabilité des cadres de santé et de la qualité des prestations proposées à l'utilisateur et à ses proches.

Ce dispositif ouvre des perspectives intéressantes de partenariat avec l'encadrement des directions fonctionnelles administrative et logistique, les responsables médicaux, les acteurs de la formation initiale et continue des professions de santé, et pourquoi pas les représentants de usagers. Il est à envisager territorial et ouvert sur les techniques de l'information et de la communication.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal officiel du 26 juillet 2019.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Journal officiel du 22 juillet 2009.

Décret n° 2017-1373 du 20 septembre 2017 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 *relatif aux groupements hospitaliers de territoire*. Journal officiel du 29 avril 2016.

Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012, *portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière*, Journal officiel du 28 décembre 2012.

Décret n° 95-926 du 18 août 1995, *portant création du diplôme de cadre de santé*. Journal officiel du 20 août 1995. Il établit le rôle « gestionnaire » du métier.

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975, *relatif au certificat Cadre infirmier (création)*. Journal officiel du 12 octobre 1975.

Décret n°43-891 du 17 avril 1943, *portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics*, Journal officiel du 27 avril 1943.

Circulaire DHOS/P1 n° 2007-369 du 9 octobre 2007, *relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé*, Journal officiel du 29 octobre 2007.

Instruction DGOS/PF2 n° 2013-383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé.

## Ouvrages :

BELORGEY Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*. Paris : Editions La Découverte, p. 5-31.

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. 2013. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Editions Armand Colin, Collection 128, 2<sup>ème</sup> édition, 126 p.

LE BOTERF Guy. 2013. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions Eyrolles, 6<sup>ème</sup> édition 2013, 302 p.

MARTIN Lydia. 2018. *L'usage des "serious games" en entreprise : Récréation ou instrumentalisation managériale?* Paris : Editions Erès, 262 p.

MUCCHIELLI Roger. 2009. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris : ESF, 11<sup>ème</sup> édition 2009, 208 p.

#### Articles :

ANTHONY-GERROLDT Henri. 2013. « Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution », *Soins cadres*, Mai, n°86, p. 19-22.

AVVANZINO Nadia, TERRANEO Fabienne. 2006. « Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives », *Recherche en soins infirmiers*, Décembre n°87, p. 18-23.

BARTH Isabelle, GENIAUX Isabelle. 2010. « Former les futurs managers à des compétences qui n'existent pas : les jeux de simulation de gestion comme vecteur d'apprentissage », *Revue management & Avenir*, n°36, p. 316-339.  
Disponible sur < <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-6-page-316.htm#> > . Consulté le 25/09/20.

BEN HASSEN Noura, HOFIDHLLAOUI Mahrane. 2012. « L' "employabilité" des salariés : facteur de la performance des entreprises ? », *Recherches en Sciences de Gestion*, Volume 91, n° 4, p. 129-150.  
Disponible sur< <https://www.cairn-int.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2012-4-page-129.htm> > . Consulté le 25/09/20.

BONNET Emmanuel. 2019. « L'ancrage expérientiel de l'expertise managériale. Le cas d'un chef de mission de simulation d'exploration spatiale », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, n°63, p. 27-43.  
Disponible sur < <https://www.cairn-int.info/revue-internationale-de-psychosociologie-et-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2019-63-page27.htm> > . Consulté le 25/09/20.

BOURRET Paule. 2008. « Cadre de santé, un travail de lien invisible », *Soins cadres*, Février n°65, p. 23-27.

BRUGEAT Thierry, HENRY Marie. 2019. « Du projet social et managérial à la valorisation de ses talents », *Revue hospitalière de France*, Juillet-Août n°589, p. 32-35.

BRUGEAT Thierry, SALVI Nicolas. 2017. « La simulation managériale : l'expérience du CHU de Reims », *Gestions hospitalières*, Juin-Juillet, n°567, p. 363-364.

DIVAY Sophie. 2018. La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, vol. 36(1), 39-64.  
<<https://doi.org/10.3917/sss.361.0039>> . Consulté le 25/09/20.

DUMAS Marc, RUIILLER Caroline. 2013. « Être cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, Janvier-Février-Mars n°81, p. 42-55.

IDJADI Didier. 2013. « Les paradoxes des réformes hospitalières sur la prise en charge globale du patient », *Soins cadres*, Mai n°86, Elsevier-Masson, p. 16-18.

MICHEL Hélène, Mc NAMARA Peter. 2014. « Serious games : Faites vos jeux ! », *Systèmes d'information et management*, Volume 19, p.3-9.  
Disponible sur < <https://www.cairn.info/revue-systemes-d-information-et-management-2014-3-page-3.htm> > . Consulté le 25/09/20.

MINTZBERG Henry. 2005. « Une formation flexible nourrie de l'expérience », *L'expansion management review*, Juin. p. 44-57.  
Disponible sur < <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2005-2-page-44.htm>> . Consulté le 25/09/20.

VAN BELLEGHEM Laurent, GUERRY Marie-Haude. 2016. *De la simulation organisationnelle à la simulation managériale*. 51<sup>ème</sup> Congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue Française. p. 801-811. Disponible sur :  
<[https://www.researchgate.net/publication/303837034\\_De\\_la\\_simulation\\_organisationnelle\\_a\\_la\\_simulation\\_manageriale/link/5756e0c008ae05c1ec169f48/download](https://www.researchgate.net/publication/303837034_De_la_simulation_organisationnelle_a_la_simulation_manageriale/link/5756e0c008ae05c1ec169f48/download)> . Consulté le 25/09/20.

WITORSKI Richard. 2002. « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », *Soins cadres*, Février n°41, p. 38-42.

### Rapports et guides :

Simulation en santé et gestion des risques, Guide méthodologique. 2019. HAS. Disponible sur :  
<[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201902/guide\\_methodologique\\_simulation\\_en\\_sante\\_et\\_gestion\\_des\\_risques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201902/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf)> Consulté le 1/08/20.

Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. 2015. HAS. Disponible sur :  
<[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201507/guide\\_pour\\_evaluation\\_des\\_infrastructures\\_de\\_simulation\\_en\\_sante\\_2015-07-21\\_11-26-51\\_939.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201507/guide_pour_evaluation_des_infrastructures_de_simulation_en_sante_2015-07-21_11-26-51_939.pdf)> Consulté le 1/08/20.

Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé - Evaluation et amélioration des pratiques. 2012. HAS. Disponible sur :  
<[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201301/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_simulation\\_sante\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201301/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf)> Consulté le 1/08/20.

GRANRY Jean-Claude, MOLL Marie-Christine. 2012. *Rapport de mission de la Haute Autorité de Santé, Etat de l'Art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins*. Haute Autorité de Santé, 109 p. Disponible sur < [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf)> . Consulté le 1/08/20.

ROUSSEAU Aurélien, d'AUTUME Christine. 2018. Rapport final *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, Stratégie de transformation du système de santé. 27 p. Disponible sur :  
<[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_evolution\\_des\\_metiers.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_evolution_des_metiers.pdf)> Consulté le 25/09/20.

SINGLY Chantal (de). 2009. *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Septembre, 263 p.

YAHIEL Michel, MOUNIER Céline. 2010. *Quelle formation pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales n° RM2010-155P, Novembre, 74p.

## Mémoires et thèses :

APPELSHAEUSER Michèle. 2014. *La simulation en santé en formation initiale, quels enjeux pour le Directeur des Soins en charge d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers ?* Mémoire de directeur des soins, Ecole des hautes études en santé publique. 59 p.

BOUGEARD Valérie. 2017. *Développer les compétences des cadres de santé : l'intérêt d'une stratégie managériale partagée par le directeur des soins et le directeur des ressources humaines.* Mémoire de directeur de soins, Ecole des hautes études en Santé publique. 56 p.

LE CAZ Maud. 2018. *Métiers émergents et Gestion Prévisionnelle Emplois et Compétences : Enjeux de performance pour le directeur des soins.* Mémoire de directeur de soins, Ecole des hautes études en Santé publique. 53 p.

PERROT Jean. 2018. *Innover pour impliquer les cadres de santé dans un travail porteur de sens: une stratégie managériale du Directeur des Soins.* Mémoire de directeur de soins, Ecole des hautes études en Santé publique. 54 p.

REINHARDT Sophie. 2011. *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse de doctorat en sociologie soutenue le 30 mars 2011. 383p.

## Webographie :

MARTIN Laure. 2013. *Cadre de santé : vers une réingénierie du diplôme.* Janvier. Disponible sur <<http://www.actusoins.com/12722/cadre-de-sante-vers-reingenierie-du-diplome.html>> Consulté le 25/09/20.

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière  
<http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancree1>

<<http://www.sante.gouv.fr/>>

<https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/entreprise-et-formation/article/plan-de-developpement-des-competences>

## Enseignement :

SCHARDT-RIQUET Anne-Laure. 2020. Enseignement UE Outils et stratégie RH pour les directeurs des soins. EHESP.

## Autres :

LE PETIT ROBERT de la langue française, 2006, sous la direction de Josette REY-DEBOVE et Alain REY, Ed. Dictionnaire Le Robert, Paris, 2006.



---

# Annexe

---

Annexe 1 : Grilles d'entretien

## **Annexe 1 : Grilles d'entretiens**

### **Grille d'entretien à destination des CGS, du DRH et du CPP**

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Quelles sont vos attentes en matière de compétences des cadres de santé ?
- Selon vous, quels sont ces besoins en compétences ?
- Y'a-t-il des actions menées dans votre établissement par rapport aux compétences que vous attendez ? Si oui, quelles sont-elles ?
- Dans votre établissement, comment se construit le plan de développement des compétences à destination des cadres de santé ?
- Que pensez-vous de la formation à l'IFCS ?
- Que représente pour vous la simulation managériale ?
  - o Si expérience, quelles ressources avez-vous mobilisé pour mettre en place la simulation managériale ?
  - o Selon vous qu'apporte-t-elle aux cadres de santé ? Pour quelles raisons ?
  - o Si absence d'expérience, est-ce une action qui pourrait figurer dans le plan de développement des compétences ? Pour quelles raisons ?
- Que représente pour vous le projet managérial institutionnel ?

### **Grille d'entretien à destination des CS**

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Quelles compétences devez-vous mettre en œuvre pour exercer votre métier ?
- Comment développez-vous ces compétences ?
- Y'a-t-il des actions menées dans votre établissement par rapport au développement de ces compétences ? Si oui, quelles sont-elles ?
- Dans votre établissement, comment se construit le plan de développement des compétences ?
- Que pensez-vous de la formation à l'IFCS ?
- Que représente pour vous la simulation managériale ?
  - o Si expérience, que vous a-t-elle apporté ?
  - o Si absence d'expérience, est-ce une méthode pédagogique qui pourrait vous intéresser ? Pour quelles raisons ?
- Que représente pour vous le projet managérial institutionnel ?

### **Grille d'entretien à destination de la responsable pédagogique**

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Quelles sont les attentes des institutions en matière de compétences des cadres de santé ?
- Selon vous, quels sont les besoins en compétences ?
- Que pensez-vous de la formation à l'IFCS ?
- Comment doit se construire un plan de développement des compétences à destination des cadres de santé ?
- Que représente pour vous la simulation managériale ?
  - o Quelles ressources avez-vous mobilisé pour mettre en place la simulation managériale ?
  - o Selon vous, qu'apporte-t-elle aux cadres de santé ou futurs cadres de santé ?
- Que représente pour vous le projet managérial institutionnel ?



**Filière Directeur des soins**

Promotion 2020

**La simulation managériale,  
une nouvelle opportunité pour développer  
les compétences des cadres de santé?****Résumé :**

Le développement des compétences des cadres de santé constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour les établissements sanitaires, à l'aune de mutations structurelles, financières et opératoires.

Thématique transversale et significative de la carrière des fonctionnaires hospitaliers, et contractuels, la formation tout au long de la vie représente un levier pour le directeur des soins pour l'émergence et la reconnaissance des compétences managériales.

La simulation en santé est une méthode pédagogique active et innovante. Utilisée depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire et basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive, elle s'est étendue au management hospitalier.

A travers une réflexion autour des notions de compétences et de méthodes d'apprentissage, une enquête qualitative et des préconisations, ce mémoire a recherché à comprendre en quoi, la simulation managériale pouvait être une opportunité.

Affirmer une politique managériale institutionnelle et élaborer un plan de développement des compétences spécifique à l'encadrement hospitalier conditionnent la réussite de la mise en place d'un dispositif d'apprentissage tel que la simulation managériale.

**Mots clés :**

Management – Cadre de santé – Simulation managériale – Formation – Compétences – Plan de développement des compétences – Employabilité – Politique managériale

*L'Ecole des Hautes Etudes 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.*