Master 2ème année
Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Label service apprenant : levier de transformation ou dispositif de conformité ?

ECUE 7.2
Céline TOURNADRE

Floriane LENNE
Année 2025/2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des acteurs ayant participé, de près ou de loin, à la mise en place du projet « service apprenant ». Merci aux équipes du DMIIC et du service de rhumatologie pour leur accueil, leur implication et les échanges ayant nourri cette réflexion autour des organisations apprenantes.

Je remercie particulièrement mes collègues et les équipes infirmières, notamment Dorine, Farida, Sabrina, Fatim et Tamara, pour leur soutien, leur investissement et leur aide tout au long de cette année. Leur engagement dans la continuité du service, leur capacité à apaiser certaines situations lors de mes absences ainsi qu'à porter le projet auprès des équipes ont constitué un soutien précieux dans la conduite de cette démarche.

Je remercie également Carola HOLMBERG-LAURENCY pour son écoute, sa bienveillance et son soutien constant tout au long de cette année, y compris dans les périodes de doute.

Mes remerciements sincères vont également à Rachel DJIE BI IRIE et Céline TOURNADRE pour leur disponibilité, leur compréhension, leurs conseils et le partage de leurs visions professionnelles tout au long de ce projet.

Je remercie tout particulièrement Gisèle BENDJELLOUL, véritable mentor professionnel, pour son accompagnement, son exigence et l'inspiration qu'elle représente dans mon parcours.

Enfin, je souhaite remercier les personnes les plus importantes à mes yeux : ma famille. Malgré cette année particulièrement intense, mes absences, mon stress et mon investissement constant dans ce projet, ils ont tous su faire preuve d'une immense patience, de compréhension et de bienveillance malgré leur jeune âge. Je remercie tout particulièrement mon époux pour son soutien indéfectible ainsi que pour tout ce qu'il a porté au quotidien afin de me permettre de mener ce projet à son terme.

« On ne change pas une société par décret. »

Michel Crozier,
Le phénomène bureaucratique, 1963

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 3
Introduction 4
1. Un contexte hospitalier en mutation : entre exigences de qualité et enjeux d'apprentissage 5
1.1. Contexte national : des transformations qui complexifient les pratiques 5
1.1.1 Le vieillissement de la population 5
1.1.2 Les Tensions en ressources humaines 6
1.1.3 La formation continue : entre obligation et limites 8
1.2 Contexte institutionnel : une volonté de structuration de l'apprentissage. 10
1.3 Contexte local : deux services, deux réalités organisationnelles 11
1.3.1 Le département de médecine interne et d'immunologie clinique 12
1.3.2 Le service de rhumatologie 13
2. L'organisation apprenante : fondements théoriques et enjeux managériaux. 14
2.1. Dynamiques apprenantes : principes et limites 14
2.2. De l'hôpital appliquant à l'hôpital apprenant : une transformation inachevée 17
2.3. Compétences individuelles et collectives : entre mobilisation et dépendance au contexte 19
2.3.1 Les compétences individuelles 20
2.3.2 Les compétences collectives 24
2.4 Transformations des pratiques professionnelles et modèles mentaux 26
2.5 Leadership et jeux d'acteurs : une dimension invisible mais déterminante 29
2.5.1 Leadership et transformation des organisations 30
2.5.2 Le manager-coach : une posture favorisant l'apprentissage collectif 32
2.5.3 Les limites et tensions de la posture managériale 33
3. Le label « service apprenant » : un dispositif managérial à l'épreuve du terrain 35
3.1. Présentation du dispositif 35
3.1.1 Le label « service apprenant » : principes et fonctionnement 35
3.1.2 Objectifs et enjeux au DMIIC 37
3.1.3 Objectifs et enjeux en rhumatologie 38
3.1.4 Le choix des deux services et les attentes institutionnelles 39
3.2. La conduite du projet : de l'initiation à la mise en œuvre 40
3.2.1 Phase d'initiation : appréhender les réalités organisationnelles 40
3.2.2 Phase d'élaboration : construire un projet ancré dans les pratiques 42
3.2.3 Phase de mise en œuvre : ajustements et transformations 44
3.3. La transformation des organisations à l'épreuve du terrain 45

3.4. Les dynamiques favorables à l'émergence d'une organisation apprenante 48

3.5. Les zones de fragilité du dispositif 50

3.6. Piloter une organisation apprenante : entre régulation, adaptation et maintien des équilibres 52

4. Le label « service apprenant » : entre levier de transformation et dispositif de conformité 54

4.1. Un levier de transformation réel, mais conditionnel 54

4.2. Les risques de dérives normatives 56

4.3. Les conditions de réussite d'une dynamique apprenante durable 59

Conclusion 61

BIBLIOGRAPHIE 62

LISTE DES ABREVIATIONS

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APP : Analyse des pratiques professionnelles
AS : Aide-soignant
ARS : Agence régionale de santé
CPDMU : Conseil de Pôle du Département Médico-Universitaire
DMU : Département Médico-Universitaire
DMIIC : Département de médecine interne et d'immunologie clinique
DPC : Développement professionnel continu
Dress : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier diplômé d'état
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
PM : Personnel médical
PNM : Personnel non médical
PRS : Projet régional de santé
SNS : Stratégie nationale de santé

Introduction

L'hôpital constitue une organisation en constante évolution, confrontée aux progrès de la médecine, aux innovations technologiques et à l'évolution des attentes des patients comme des professionnels de santé. Dans ce contexte, l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des soignants représente un enjeu majeur pour les cadres de santé.
Au quotidien, ces derniers sont amenés à s'interroger sur les leviers permettant d'améliorer la prise en charge des patients tout en répondant aux attentes des équipes. Parmi ces leviers, le développement des compétences apparaît comme central. En effet, les pratiques évoluent, les connaissances se renouvellent et les soignants expriment une volonté croissante de se former afin de rester à jour dans leurs pratiques professionnelles. Toutefois, cette dynamique d'apprentissage se heurte à des contraintes organisationnelles importantes. Les tensions sur les effectifs et les plannings rendent difficile l'accès à des formations classiques, souvent longues et peu adaptées aux réalités du terrain. Par ailleurs, les attentes en matière de formation diffèrent selon les générations : certains professionnels privilégient des approches théoriques structurées, tandis que d'autres recherchent des formats plus courts, interactifs et directement applicables à leur pratique quotidienne.

Dans ce contexte, la question n'est plus seulement de proposer des formations, mais de repenser les modalités d'apprentissage au sein même des services. L'enjeu devient alors de passer d'un apprentissage individuel, centré sur l'acquisition de connaissances, à une dynamique d'apprentissage collectif favorisant le partage, la coopération et la construction d'une intelligence collective. Cette évolution s'inscrit dans la perspective d'une organisation apprenante, où l'apprentissage est intégré aux pratiques professionnelles et soutenu par le management. C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet de labellisation « service apprenant », visant à structurer l'accueil, l'accompagnement et le développement des compétences des étudiants et des nouveaux professionnels. Ce dispositif repose sur un ensemble de critères permettant d'évaluer la capacité d'un service à favoriser l'apprentissage individuel et collectif.
Ce travail s'appuie sur une expérience de terrain en tant que cadre de santé, impliquée dans la mise en œuvre du dispositif au sein de deux services aux dynamiques organisationnelles contrastées. Cependant, la mise en œuvre de ce type de dispositif soulève plusieurs interrogations. Dans un contexte où l'institution encourage fortement la labellisation d'un nombre croissant de services, il convient de s'interroger sur le sens réel de cette démarche. Cette dynamique interroge également le risque d'une perte de sens, lorsque la labellisation devient une finalité en soi, au détriment de la qualité réelle des apprentissages.
Dès lors, la question se pose de savoir si le label « service apprenant » permet effectivement de transformer les pratiques professionnelles et de développer une dynamique d'apprentissage collectif, ou s'il tend à devenir un dispositif de conformité institutionnelle, répondant davantage à des exigences organisationnelles qu'à une réelle évolution des pratiques.

Ainsi, la problématique de ce travail est la suivante : dans quelle mesure la labellisation « service apprenant » constitue-t-elle un levier de transformation des pratiques professionnelles ou un dispositif de conformité institutionnelle ?

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses ont été formulées. La première considère que la labellisation peut constituer un levier de transformation à condition d'une appropriation par les acteurs de terrain, d'un engagement managérial fort et d'une dynamique collective favorisant

l'apprentissage. La seconde met en évidence le risque d'une dérive vers une logique de conformité institutionnelle en l'absence d'accompagnement adapté. Enfin, la troisième souligne le rôle central du cadre de santé, dont le leadership, souvent invisible, apparaît déterminant dans la mise en œuvre et la pérennisation de cette dynamique.

Ce travail s'inscrit dans une réflexion autour des enjeux actuels du contexte hospitalier, notamment en matière de qualité des soins, de développement des compétences et de transformation des pratiques professionnelles. Il s'intéresse plus particulièrement aux dynamiques d'apprentissage au sein des organisations de soins et à la manière dont celles-ci peuvent favoriser l'évolution des pratiques professionnelles et collectives. Le projet de labellisation « service apprenant » sera ainsi analysé à travers sa mise en œuvre sur le terrain, en mettant en évidence les dynamiques favorables ainsi que les zones de fragilité observées. Enfin, une analyse critique permettra d'interroger ce dispositif au regard de la problématique, afin d'examiner dans quelle mesure il constitue un véritable levier de transformation des organisations ou un outil davantage centré sur la conformité institutionnelle.

1. Un contexte hospitalier en mutation : entre exigences de qualité et enjeux d'apprentissage

1.1. Contexte national : des transformations qui complexifient les pratiques

1.1.1 Le vieillissement de la population

L'évolution démographique constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour le système de santé français. Les données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) montrent une augmentation continue de l'espérance de vie[1], traduisant les progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie et les politiques de prévention mises en œuvre. Cette évolution s'accompagne également d'une progression de l'espérance de vie sans incapacité, indicateur central de la qualité de vie des populations. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) partage ce constat, l'espérance de vie en bonne santé tend à s'améliorer, bien que de manière encore insuffisante au regard des enjeux actuels[2]. En 2022, la France se situait parmi les pays européens les mieux classés en matière d'espérance de vie sans incapacité, avec des résultats supérieurs à la moyenne européenne[3]. Néanmoins, ces indicateurs doivent être nuancés : vivre plus longtemps ne signifie pas nécessairement vivre sans maladie ni dépendance. En effet, les projections démographiques mettent en évidence une augmentation significative de la population âgée de plus de 65 ans entre 2030 et 2050[4]. Cette évolution, bien que progressive, constitue un défi majeur pour les systèmes de santé.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques, des situations de polypathologie et des états de dépendance, entraînant une complication des prises en charge. Ainsi, les patients âgés présentent souvent des pathologies multiples, nécessitant des compétences

[1] INSEE. (s. d.). *Espérance de vie à divers âges*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631
[2] DREES. (2023). *L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France*
[3] DREES. (2023). *L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France*
[4] INSEE. (2026). *Pyramide des âges au 1er janvier 2026*. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm

spécifiques de la part des professionnels de santé. La prise en charge ne se limite plus à une pathologie isolée, mais implique une approche globale intégrant les interactions médicamenteuses, la surveillance clinique renforcée et l'adaptation des soins à chaque situation. Cette complexité renforce les besoins en coordination et en expertise au sein des équipes soignantes. Par ailleurs, certaines pathologies, notamment les troubles cognitifs et les démences, sont amenées à se développer avec le vieillissement de la population. Ces situations nécessitent des compétences spécifiques en termes de communication, d'accompagnement et de prise en charge globale, qui ne sont pas toujours pleinement intégrées dans la formation initiale des professionnels. L'apprentissage se fait alors largement sur le terrain, par l'expérience et les échanges entre pairs.

Dans ce contexte, les projections démographiques laissent entrevoir une augmentation des situations complexes dans les services hospitaliers, impliquant une adaptation des pratiques professionnelles. Les soignants devront être en mesure de développer des compétences à la fois techniques, relationnelles et organisationnelles, afin de répondre à ces évolutions. Cette transformation s'inscrit dans un contexte plus large de tension sur les ressources humaines. Le vieillissement de la population concerne également les professionnels de santé eux-mêmes, tandis que la baisse de la natalité et les difficultés d'attractivité du métier accentuent les tensions sur les effectifs. Cela pose la question de la capacité du système de santé à répondre à l'augmentation des besoins en soins.

Le projet régional de santé (PRS) Île-de-France 2023-2028 met en évidence un vieillissement massif de la population, associé à une augmentation des maladies chroniques et des situations de dépendance.[5] Il souligne également la nécessité de renforcer la coordination des parcours de soins, aujourd'hui encore marqués par un cloisonnement entre les acteurs. De même, la stratégie nationale de santé (SNS) 2023-2033 identifie le vieillissement comme un enjeu central.[6] Elle met en avant la nécessité de renforcer la prévention, d'améliorer la coordination des parcours et d'adapter le système de santé aux besoins des populations âgées. L'objectif est de passer d'un modèle centré sur l'hôpital à une prise en charge globale, continue et coordonnée, intégrant le médico-social et le maintien à domicile.[7] Cette transformation implique une évolution des organisations et des pratiques professionnelles. Elle nécessite notamment le développement du travail en équipe pluriprofessionnelle, le partage des connaissances et une meilleure coordination entre les acteurs. Le développement de dispositifs favorisant l'apprentissage en situation de travail apparaît comme un levier potentiel pour accompagner ces transformations. Toutefois, ces évolutions se heurtent à des obstacles importants, notamment le cloisonnement des structures, les tensions sur les ressources humaines et les difficultés de coordination.

1.1.2 Les Tensions en ressources humaines

Le système hospitalier français est aujourd'hui confronté à des tensions majeures, notamment en matière de ressources humaines soignantes. Une étude de la DREES met en évidence un phénomène préoccupant : une part significative des infirmiers quitte l'hôpital ou change de métier après une dizaine d'années d'exercice, en raison de conditions de travail jugées difficiles, d'une charge de travail importante

[5] Agence régionale de santé Île-de-France. (2023). *Projet régional de santé 2023-20288*
[6] Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Stratégie nationale de santé 2023-20333*
[7] Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Stratégie nationale de santé 2023-2033*

et d'une rémunération perçue comme insuffisante.[8] Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large de désaffection du secteur hospitalier observée depuis les années 2000, se traduisant par un turnover accru et un nombre important de postes vacants. Cette situation a été particulièrement exacerbée depuis la crise sanitaire liée à la COVID-19, entraînant des fermetures de lits et des réorganisations constantes des services. Dans ce contexte, les établissements de santé sont amenés à développer des stratégies visant à améliorer leur attractivité et à renforcer la fidélisation des professionnels.
Par ailleurs, l'Ordre national des infirmiers alerte régulièrement sur l'état de la profession. Dans un communiqué de juin 2023, il souligne notamment que 15 % des infirmiers envisagent de quitter leur métier à court terme et que 42 % déclarent ressentir un épuisement professionnel de type burn-out.[9] Ces éléments ont des répercussions directes sur la qualité et la sécurité des soins, les professionnels déclarant ne pas disposer du temps nécessaire pour assurer une prise en charge optimale des patients, en raison de sous-effectifs récurrents. Face à ces constats, plusieurs évolutions réglementaires ont été engagées.

La loi du 29 janvier 2025[10] introduit notamment la mise en place de ratios minimaux de soignants par patient, définis par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Cette réforme vise également à améliorer les conditions d'exercice des professionnels, en tenant compte de la charge en soins et des spécificités des activités. Sa mise en œuvre opérationnelle est prévue à l'horizon 2027. Dans ce contexte, les tensions en ressources humaines apparaissent comme un enjeu structurant du système de santé. Elles s'inscrivent dans une dynamique plus large d'augmentation des besoins en soins, liée notamment au vieillissement de la population et à la complexification des prises en charge. La mise en place de ratios soignants-patients constitue ainsi une réponse à la fois politique et professionnelle. Longtemps revendiquée par les organisations syndicales et les collectifs de soignants, cette mesure vise à garantir la sécurité des soins, à reconnaître la charge de travail réelle des professionnels et à améliorer leurs conditions d'exercice. Elle s'inscrit également dans une pression sociétale croissante, alimentée par la médiatisation des difficultés hospitalières et par les attentes des patients et de leurs proches. Ces ratios répondent à un enjeu concret: limiter les événements indésirables graves, dont le coût humain et financier est important pour les institutions. Ils traduisent une volonté de sécurisation des pratiques dans un contexte marqué par une pénurie relative de professionnels et une augmentation des situations complexes.

Parallèlement, les données démographiques mettent en évidence un déséquilibre croissant entre l'offre et les besoins en soins infirmiers. Selon les projections, il pourrait manquer jusqu'à 80 000 infirmiers à l'horizon 2050, en raison de l'augmentation de la population âgée, des départs à la retraite et des difficultés d'attractivité du métier.[11] Pour répondre à ces enjeux, plusieurs leviers ont été identifiés : augmentation des capacités de formation, réduction des abandons en cours d'études et amélioration des conditions de travail. Toutefois, ces mesures montrent leurs limites. Malgré une augmentation des quotas de formation, le nombre de diplômés n'a pas progressé à la hauteur des besoins, notamment en raison d'un taux d'abandon en hausse au cours du cursus.[12]

[8] DREES. (2023, août). *Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière* (Études et Résultats, n° 1277).
[9] DREES. (2023, août). *Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière* (Études et Résultats, n° 1277)
[10] Légifrance. (2025). *Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé*
[11] DREES. (2024, décembre). *Projection des effectifs infirmiers en France à l'horizon 2050* (Études et Résultats, n° 1319)
[12] Ordre national des infirmiers. (2023). *L'Ordre national des infirmiers alerte sur la situation de la profession et appelle à l'organisation d'États généraux*

Par ailleurs, la répartition des professionnels reste inégale sur le territoire et entre les secteurs d'activité, avec un impact particulièrement marqué sur l'hôpital public, où les taux de postes vacants demeurent élevés.

Ces tensions ont des répercussions directes sur le fonctionnement des services et sur les dynamiques d'apprentissage. La pression liée à la charge de travail réduit la disponibilité des professionnels pour participer à des actions de formation. Les équipes sont prioritairement mobilisées sur l'activité de soins, au détriment du temps consacré à l'accompagnement des nouveaux arrivants. Dans ce contexte, le tutorat peut être fragilisé, faute de temps et de ressources suffisantes. L'intégration des nouveaux professionnels repose alors davantage sur des logiques informelles, basées sur l'observation et les échanges entre pairs. Si ces modalités d'apprentissage sont essentielles, elles ne garantissent pas toujours une homogénéité des pratiques ni une acquisition sécurisée des compétences. L'absence de cadre réglementaire strict définissant les modalités d'intégration des professionnels au sein des services conduit à une grande hétérogénéité des pratiques. Cette organisation repose largement sur les choix managériaux et les contraintes locales, générant des disparités importantes entre les structures.

Ainsi, les tensions en ressources humaines ne se limitent pas qu'à une problématique d'effectifs. Elles ont un impact direct sur les conditions d'apprentissage, en favorisant des formes d'apprentissage informel au détriment de dispositifs structurés de formation. Le développement de dispositifs favorisant l'apprentissage en situation de travail apparaît comme un levier pertinent pour accompagner ces transformations. Le label « service apprenant » s'inscrit ainsi dans cette dynamique, en cherchant à structurer et à valoriser les pratiques d'apprentissage au sein des équipes.

1.1.3 La formation continue : entre obligation et limites

La formation continue constitue à la fois une obligation réglementaire et un levier stratégique majeur pour les établissements de santé. Elle s'inscrit dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), défini par le Code de la santé publique article L.4021-1, qui impose à l'ensemble des professionnels de santé de participer à des actions de formation tout au long de leur carrière.

L'objectif de cette obligation est de permettre aux professionnels de maintenir et d'actualiser leurs connaissances, dans un contexte marqué par des évolutions constantes des pratiques, des technologies et des recommandations. Cette actualisation des compétences vise à garantir la qualité et la sécurité des soins. Certaines formations présentent un caractère obligatoire, notamment l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) ou encore les formations à la sécurité incendie. Toutefois, au-delà de ces exigences réglementaires, la formation continue s'inscrit dans une logique plus large d'adaptation des compétences aux besoins des patients et aux évolutions du système de santé. Dans ce cadre, les établissements de santé ont l'obligation de proposer et de financer des actions de formation, notamment à travers le plan de développement des compétences. Ils doivent également accompagner les professionnels dans leur parcours de formation.

Les modalités de formation ont progressivement évolué afin de répondre aux attentes des professionnels et aux réalités du terrain. Si les formations traditionnelles, souvent théoriques, restent présentes, elles sont aujourd'hui complétées par des approches plus interactives et centrées sur la pratique. Parmi ces modalités, les

analyses de pratiques professionnelles (APP) occupent une place croissante. Elles permettent aux professionnels de réfléchir collectivement à des situations rencontrées sur le terrain, favorisant ainsi une dynamique d'apprentissage basée sur l'expérience. De même, les simulations en santé constituent un outil pédagogique permettant de développer des compétences techniques et relationnelles dans un environnement sécurisé. Ces évolutions traduisent une volonté de rapprocher la formation des situations réelles de travail, en favorisant des apprentissages plus concrets et directement mobilisables dans la pratique. La formation continue s'inscrit également dans une logique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins. La certification des établissements de santé, renforce les exigences en matière de formation. Elle impose, par exemple, la formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, aux précautions standard d'hygiène ou encore aux protocoles d'urgence.[13]

Les plans de formation sont de plus en plus construits à partir de l'analyse des risques, des événements indésirables et des spécificités des populations prises en charge, contribuant à structurer une culture de sécurité et d'apprentissage au sein des services.
Malgré ces évolutions, la formation continue reste confrontée à plusieurs limites. De nombreuses formations demeurent encore trop théoriques et insuffisamment ancrées dans la pratique, ce qui peut limiter leur impact sur les soins. La participation aux formations est inégale. Les tensions en ressources humaines et la charge de travail importante constituent des freins majeurs à l'accès à la formation. Les professionnels sont souvent contraints de privilégier l'activité de soins, au détriment du temps consacré à leur développement professionnel. Dans ce contexte, l'apprentissage informel, basé sur les échanges entre pairs et l'expérience, prend une place importante. Bien qu'essentiel, il ne garantit pas toujours une homogénéité des pratiques ni une actualisation optimale des connaissances.

Ces constats rejoignent les analyses de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui souligne que la formation continue dans la fonction publique hospitalière constitue un système riche en ressources, mais insuffisamment structuré et peu transformant.[14] Malgré des investissements importants, elle reste encore peu articulée aux besoins futurs, faiblement coordonnée et insuffisamment évaluée. Un décalage persiste entre les ambitions affichées en matière de développement des compétences et leur traduction concrète sur le terrain. Dans un contexte de transformation du système de santé et de tensions sur les ressources humaines, ces limites interrogent la capacité des dispositifs de formation à répondre efficacement aux enjeux actuels.

Le développement de dispositifs favorisant l'apprentissage en situation de travail apparaît comme un levier pertinent. Il s'agit de dépasser une logique de formation ponctuelle pour aller vers une dynamique d'apprentissage intégrée au fonctionnement des services. Le concept de « service apprenant » s'inscrit dans cette perspective. Il vise à structurer et à valoriser les dynamiques d'apprentissage collectif, en s'appuyant sur les pratiques professionnelles, les interactions entre les acteurs et les réalités du terrain.

---

[13] Haute Autorité de Santé. (2025). *Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins* (Version 2025). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf

[14] Inspection générale des affaires sociales, & Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche. (2021, décembre). *La formation continue dans la fonction publique hospitalière* (Rapport n° 2021-047R / 2021-218)

1.2 Contexte institutionnel : une volonté de structuration de l'apprentissage

Depuis plusieurs années, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est engagée dans une transformation organisationnelle d'ampleur, visant à répondre aux enjeux d'attractivité, de fidélisation des professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail. Cette dynamique s'inscrit notamment dans le cadre du plan « 30 leviers pour agir ensemble », publié en 2022, qui fixe des orientations stratégiques en matière de management et de ressources humaines.[15] Ce plan, élaboré à la suite de la crise sanitaire liée à la COVID-19, vise à apporter des réponses concrètes aux difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers, notamment en matière de recrutement, de fidélisation et d'organisation du travail. Il s'articule autour de plusieurs axes, parmi lesquels l'amélioration de l'attractivité des métiers, le renforcement de la qualité de vie au travail, le développement de la cohésion d'équipe, ou encore la réorganisation du temps de soin afin de redonner du sens aux pratiques professionnelles.

Parmi ces leviers, le levier 3, consacré à l'accompagnement de la prise de poste et à l'intégration des nouveaux professionnels, met en avant la nécessité de structurer des parcours d'intégration et de renforcer l'accompagnement des nouveaux arrivants. Il souligne notamment les impacts de la crise sanitaire sur la formation des étudiants et des jeunes professionnels, mettant en évidence un besoin d'encadrement plus individualisé, structuré et adapté aux réalités du terrain.[16] C'est dans ce contexte qu'a été créé, au printemps 2024, le label « service apprenant », issu d'une démarche de concertation institutionnelle et distingué la même année par un prix d'innovation en ressources humaines. Ce label vise à reconnaître et valoriser les services particulièrement investis dans le développement des compétences des professionnels, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Il repose sur un référentiel structuré comprenant des critères objectifs, associés à des éléments de preuve, ainsi que des critères subjectifs recueillis à travers des questionnaires adressés aux professionnels et aux stagiaires. La démarche inclut également une phase d'autoévaluation et l'examen des dossiers par un comité dédié, chargé d'attribuer la labellisation pour une durée de quatre ans.

Le processus de labellisation repose sur plusieurs étapes : la réalisation d'un autodiagnostic, la constitution d'un dossier documenté, puis son évaluation par un comité institutionnel. Le référentiel distingue des critères dits incontournables, dont l'absence est éliminatoire, et vise à confronter les pratiques déclarées à la réalité perçue par les équipes.

Initialement centré sur l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, ce dispositif a progressivement évolué pour intégrer des objectifs plus larges, notamment en matière de développement des compétences, de professionnalisation et de dynamique collective. Cette évolution traduit une volonté institutionnelle d'inscrire le label dans une stratégie globale d'attractivité et de fidélisation. Dans cette perspective, les services sont encouragés à devenir de véritables environnements de formation, en développant des temps de formation interne, en favorisant les échanges entre professionnels médicaux et paramédicaux, et en structurant les parcours d'apprentissage au sein des équipes.

L'AP-HP, en tant que centre hospitalier universitaire de grande envergure, regroupant 38 hôpitaux, plus de 100 000 professionnels et une grande diversité de

[15] Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (2023). *30 leviers pour agir ensemble : plan d'actions*
[16] Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (2023). *30 leviers pour agir ensemble : plan d'actions*

métiers, constitue un environnement particulièrement propice au déploiement de ce type de dispositif. Fortement engagée dans la formation initiale et continue, ainsi que dans la recherche, notamment paramédicale, elle dispose de ressources importantes pour soutenir le développement des compétences. De plus, certaines évolutions organisationnelles comme la structuration en départements médico-universitaires (DMU) en 2019-2020, ont modifié les modalités de coordination et de pilotage des activités. Dans un contexte marqué par les départs de professionnels suite à la crise sanitaire, l'AP-HP a renforcé ses actions en faveur de l'attractivité et de la fidélisation, notamment à travers des initiatives visant à améliorer la qualité de vie au travail et à soutenir les équipes de soins.

Le label « service apprenant », en visant à renforcer les compétences, la coopération et la dynamique collective au sein des équipes, s'inscrit ainsi dans les orientations portées par les politiques nationales et régionales de santé. Dans ce contexte, le label « service apprenant » s'inscrit comme un outil institutionnel visant à structurer, valoriser et développer les dynamiques d'apprentissage au sein des services. Il participe à une volonté plus large de transformation des organisations hospitalières, en mettant l'accent sur le développement des compétences, la coopération entre professionnels et l'amélioration des conditions d'intégration.

1.3 Contexte local : deux services, deux réalités organisationnelles

Le label « service apprenant » a été créé afin de valoriser les services intégrant une véritable ambition en matière de formation, tant pour les étudiants et les jeunes professionnels que pour les professionnels expérimentés. Depuis son lancement en 2024, plus de 50 services ont obtenu cette labellisation, tandis que 280 services se sont engagés dans la démarche à l'échelle de l'AP-HP. Ces chiffres témoignent d'une diffusion importante du dispositif au sein de l'institution. Toutefois, l'obtention du label repose sur la constitution d'un dossier exigeant, nécessitant des éléments de preuve concrets, objectivables et inscrits dans la durée. Cela explique le décalage entre le nombre de services engagés et ceux effectivement labellisés. L'obtention du label apparaît ainsi comme un marqueur de reconnaissance institutionnelle, traduisant l'existence d'une dynamique d'apprentissage déjà structurée au sein des équipes. À l'inverse, l'engagement dans la démarche implique un véritable travail de transformation organisationnelle et culturelle.

À l'échelle de l'hôpital, qui compte plus de 70 services, un seul service est actuellement labellisé (orthopédie), tandis que six autres services, dont les deux services étudiés dans ce projet managérial, sont engagés dans la démarche. L'hôpital constitue l'un des plus grands centres hospitaliers universitaires d'Europe. Il s'inscrit dans une organisation complexe, composée de multiples bâtiments regroupant différentes spécialités. Issu de la fusion historique de deux entités cet établissement se caractérise à la fois par sa richesse et par la complexité de sa coordination. Comme dans de nombreux grands hôpitaux, cette organisation génère des cloisonnements entre services, entre métiers, mais également entre DMU, avec une multiplicité d'acteurs et parfois des logiques institutionnelles divergentes.

Le projet de labellisation « service apprenant » est mis en œuvre dans deux services distincts appartenant au même DMU : le Département de médecine interne et d'immunologie clinique (DMIIC) et le service de rhumatologie.

1.3.1 Le département de médecine interne et d'immunologie clinique

Le Département de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique (DMIIC) comprend 99 professionnels paramédicaux et 40 professionnels médicaux. Il dispose de 88 lits et accueille des patients en hospitalisation programmée et non programmée, constituant notamment un service d'aval des urgences depuis 2023. Le service prend en charge des patients atteints de pathologies complexes et de maladies rares, notamment des maladies auto-immunes et inflammatoires telles que le lupus, la myasthénie, les myosites, les vascularites des gros et petits vaisseaux (maladies de Takayasu, Horton), la sarcoïdose ou encore le syndrome de Gougerot-Sjögren. Il accueille également des patients en phase diagnostique, adressés pour exploration de symptômes complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. La médecine interne se caractérise par une approche globale du patient. Contrairement à des spécialités d'organe, elle nécessite des connaissances étendues sur l'ensemble des systèmes physiologiques, ainsi qu'une capacité à coordonner les parcours de soins. Cette spécificité implique un haut niveau d'expertise, notamment pharmacologique, afin d'anticiper les interactions médicamenteuses et de détecter rapidement les effets indésirables.
La population accueillie est variée, avec un âge moyen relativement jeune pour une médecine interne (56 ans), mais incluant également des patients âgés, parfois polypathologiques et présentant des troubles cognitifs ou des risques accrus de chute et de déglutition. La durée moyenne de séjour est d'environ 5 jours, ce qui témoigne d'un rythme d'activité soutenu et d'une rotation importante des patients. Le service est également marqué par une activité spécialisée reconnue, avec une patientèle nationale et internationale, notamment pour des prises en charge complexes ou des traitements de dernière intention. Cette spécificité renforce les exigences en termes de compétences et de qualité des soins.

Le service a fait le choix organisationnel de recruter majoritairement de jeunes professionnels en sortie d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Ce modèle a permis d'améliorer l'attractivité du service et de stabiliser les effectifs, avec aujourd'hui un taux de postes vacants nul. Cependant, ce mode de recrutement interroge la capacité du collectif à maintenir un niveau d'expertise élevé. Il entraîne une forte sollicitation des professionnels expérimentés, mobilisés dans des fonctions de tutorat et d'accompagnement, pouvant générer une surcharge de travail et un risque d'épuisement. Des difficultés ont notamment été identifiées lors de la prise de poste des nouveaux arrivants, en particulier en ce qui concerne la maîtrise des soins et la sécurité des pratiques, avec une augmentation des événements indésirables. Ces constats ont conduit à mettre en place des actions d'accompagnement visant à sécuriser les pratiques et à renforcer les compétences.

La prise en charge au sein du DMIIC s'accompagne d'une forte charge émotionnelle pour les professionnels. Les soignants sont confrontés à des situations complexes, marquées par l'incertitude diagnostique, la rareté des pathologies et la variabilité des évolutions cliniques. Les dégradations brutales de l'état de santé des patients sont fréquentes, pouvant nécessiter des interventions en urgence, voire conduire au décès. Par ailleurs, la présence de patients chroniques, suivis sur le long terme, favorise le développement de relations de confiance entre les soignants et les patients, rendant certaines situations particulièrement éprouvantes sur le plan émotionnel. La gestion de traitements complexes et spécifiques constitue également une source de stress, notamment pour les professionnels les moins expérimentés, qui peuvent être confrontés à du matériel ou à des pratiques

peu rencontrés ailleurs. Malgré l'existence de protocoles, la crainte de l'erreur reste présente, renforcée par les enjeux de sécurité liés aux soins.
Cette situation entraîne une vigilance constante des équipes, avec une forte mobilisation cognitive et émotionnelle. Les soignants doivent être en permanence attentifs à l'évolution des patients, anticiper les complications et réagir rapidement aux signes de dégradation.

L'apprentissage des professionnels repose en grande partie sur des modalités informelles, notamment le mimétisme et les échanges entre pairs. Si ces formes d'apprentissage sont indispensables, elles peuvent être insuffisantes face à la complexité des situations rencontrées. La charge de travail et la charge émotionnelle peuvent également limiter la disponibilité des professionnels pour transmettre leurs connaissances, entraînant une fatigue du collectif et une variabilité dans les pratiques. Les nouveaux arrivants peuvent ainsi être confrontés à des difficultés d'intégration et d'appropriation des compétences attendues. Ces éléments mettent en évidence les limites d'un apprentissage exclusivement informel et soulignent la nécessité de structurer davantage les modalités d'accompagnement et de formation au sein du service.

Le label « service apprenant » s'est progressivement imposé comme un levier structurant, permettant de formaliser et de renforcer les dynamiques d'apprentissage au sein du service. Il contribue à valoriser les pratiques existantes, à soutenir la fidélisation des professionnels et à développer une dynamique collective.

1.3.2 Le service de rhumatologie

Le service de rhumatologie dispose de 29 lits, avec 28 professionnels paramédicaux et 8 professionnels médicaux. Il présente une organisation particulière, marquée par l'intervention quotidienne de nombreux acteurs extérieurs au service, notamment les kinésithérapeutes. Ces derniers occupent également une place centrale dans la prise en charge des patients à travers la mise en œuvre de programmes spécifiques. Toutefois, ils relèvent d'une organisation distincte, rattachée à l'équipe de rééducation et à un encadrement différent de celui du service de rhumatologie. Cette configuration introduit une organisation transversale, nécessitant une coordination constante entre des acteurs appartenant à des structures différentes. Elle complexifie les circuits de décision et renforce les enjeux de communication et de collaboration interprofessionnelle. La qualité de la prise en charge repose ainsi sur la capacité des équipes à articuler leurs interventions malgré des logiques organisationnelles distinctes.

Dans un contexte de tensions en matière de recrutement des kinésithérapeutes, deux professionnels de cette discipline ont été à l'origine de l'initiative de labellisation. L'objectif était notamment de renforcer l'attractivité du service auprès des étudiants et des futurs professionnels. Le label « service apprenant » prend ainsi une dimension élargie, dépassant une logique initialement centrée sur une catégorie professionnelle, pour s'inscrire dans une approche globale du service. Il devient alors un levier de structuration des pratiques collectives, en intégrant l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge. Cette dynamique met en évidence que l'apprentissage ne concerne pas uniquement une profession, mais repose sur la coordination et la coopération entre les différents intervenants.

Le service est spécialisé dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthropathies) et des

maladies auto-inflammatoires, avec une expertise en imagerie et en prise en charge de la douleur chronique. Il propose également des prises en charge spécifiques telles que les programmes de réentraînement à l'effort pour les lombalgies chroniques, les bilans d'ostéoporose sévère ou encore la prise en charge des tumeurs osseuses en lien avec d'autres spécialités. Ces activités impliquent une forte interdisciplinarité et cela renforce la nécessité d'une coordination efficace entre les différents acteurs.

Le service se caractérise aussi par des équipes relativement stables et expérimentées. Si cette stabilité constitue un atout en termes de continuité des soins et de transmission des savoirs, elle peut également favoriser l'installation de routines professionnelles. Elle interroge ainsi la capacité du collectif à faire évoluer ses pratiques et à intégrer de nouvelles dynamiques d'apprentissage. Les représentations professionnelles au sein du service peuvent également influencer les dynamiques d'apprentissage. La reconnaissance différenciée des rôles entre les différentes catégories de professionnels, notamment entre les métiers de la rééducation et les professions paramédicales du service, peut avoir un impact sur la place accordée à chacun dans le processus de prise en charge. Ces éléments peuvent influencer les modalités de collaboration et, par conséquent, les dynamiques d'apprentissage collectif. Ainsi, la complexité organisationnelle du service de rhumatologie constitue à la fois un frein et un levier potentiel au développement d'une organisation apprenante. Elle met en évidence que l'apprentissage ne dépend pas uniquement des compétences individuelles, mais également de la qualité des interactions entre les acteurs et de leur capacité à travailler ensemble.

Dès lors, la mise en place du label « service apprenant » dans ces deux services s'inscrit dans des configurations organisationnelles contrastées. Tandis que le DMIIC est marqué par une forte complexité clinique et une charge émotionnelle élevée, le service de rhumatologie se caractérise davantage par des enjeux de coordination et de collaboration interprofessionnelle. Ces différences interrogent les conditions concrètes de mise en œuvre d'une dynamique d'apprentissage collectif, qui ne peut être envisagée indépendamment des réalités organisationnelles, des pratiques professionnelles et des interactions entre les acteurs.

2. L'organisation apprenante : fondements théoriques et enjeux managériaux

2.1. Dynamiques apprenantes : principes et limites

L'hôpital aujourd'hui est un lieu d'excellence médicale, de recherche et d'innovation, mais aussi un environnement très complexe avec une multitude d'acteurs. Il y a les soignants, mais aussi tous les professionnels qui permettent au système de fonctionner : personnels administratifs, techniques, logistiques. Des milliers de personnes y travaillent chaque jour, avec des organisations différentes selon les services. Comme le soulignent Ballé, Couillard et Seltzer[17], « *l'hôpital est un lieu de massification des soins. Pour pouvoir à la fois assurer l'accès aux soins de l'ensemble de la population et maintenir l'excellence médicale, les établissements sont devenus par nécessité des bureaucraties dont le fonctionnement repose sur la*

[17] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024, p. 39

division du travail et sur des lignes hiérarchiques par spécialité, le plus souvent une autorité forte et descendante ». Max Weber grand fondateur de la bureaucratie[18] la définit comme une forme d'organisation fondée sur la rationalisation des activités, la hiérarchie et la formalisation des règles. Ce modèle d'organisation est aussi décrit par Henry Mintzberg[19] qui décrit l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle, nécessaire pour structurer les activités et garantir la qualité des soins. Toutefois, cette organisation présente des limites, notamment en termes de coordination et de travail collectif, ce qui peut freiner les dynamiques d'apprentissage au sein des équipes. Il souligne que, dans les organisations professionnelles, la coordination repose largement sur la standardisation des qualifications, c'est-à-dire sur la formation et l'expertise des professionnels. Ainsi, la présence de professionnels hautement qualifiés ne garantit pas à elle seule une dynamique d'apprentissage organisationnel. Il souligne le fait que ce sont les compétences qui structurent l'organisation et non l'inverse. Toutefois, si ce modèle permet de structurer les organisations hospitalières, il en révèle également certaines limites dans la réalité du terrain.

L'organisation bureaucratique permet de structurer les activités, de standardiser les pratiques et de donner un cadre aux professionnels. Elle repose sur des règles, des procédures, des protocoles, qui organisent à la fois les soins et les relations entre les individus. Elle crée également une culture du mérite, valorisant les professionnels capables de s'adapter aux règles et de les appliquer. Cependant, cette organisation ne reflète pas totalement la réalité du terrain. En effet, « *chaque service développe ses façons de faire et conduites à suivre, en appuyant suivant sur une tradition de soins, qui se transmet à six mois qui échappe largement aux procédures formelle, issus de l'administration. L'ensemble du fonctionnement dépend largement du métier du soin est attaquer par mimétisme et par expérience au fil des années, nous sommes donc davantage sur une logique du geste que de l'analyse telle que le raisonnement clinique ou la décision. Néanmoins, nous pouvons constater différentes pratiques sur un même geste exercer par différents professionnels, chaque façon de faire les meilleurs que l'autre sur tient aux habitudes, des équipes, chaque service à sa propre organisation ses propres habitudes. Lors de fusion de service, il n'est pas rare de compter en année le temps nécessaire à l'adoption d'un fonctionnement* »[20]. Cela montre que les pratiques ne sont pas uniquement déterminées par les règles, mais aussi par des dynamiques informelles propres aux équipes. En effet, au-delà des cadres formels, les pratiques professionnelles se construisent aussi de manière informelle, au sein des équipes.

La bureaucratie repose donc sur une standardisation des pratiques, « *les établissements adoptent naturellement la mise en place d'une bureaucratie, c'est-à-dire un ensemble de règles définissant l'organisation collectif. Ceci est un système de spécialisation et de standardisation* ». [21]Elle donne un cadre, mais elle influence aussi les comportements et les relations. Elle structure la hiérarchie, organise la communication et encadre les interactions entre les services. Cependant, elle peut également limiter la coordination, biaiser la communication et renforcer les enjeux de pouvoir. En cas de conflit, c'est souvent l'autorité hiérarchique qui est mobilisée pour arbitrer, ce qui peut freiner la discussion collective. Michael Ballé, Jacques Couillard et Mark Seltzer soulignent que « *la bureaucratie fonctionne en ignorant les situations individuelles pour appliquer des règles interpersonnelles et universelles,*

[18] Weber, M. (1995). *Sociologie du travail et des organisations*. Paris : La Découverte

[19] Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation

[20] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024

[21] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024

définies par des administrateurs ; elle place les soignants dans des positions où il leur est très difficile de prendre la décision qu'ils souhaiteraient pour des raisons dues à des conflits générés par le fonctionnement bureaucratique lui-même ».[22]
Cela montre que les règles ne permettent pas toujours de répondre aux situations réelles du terrain.

Cette analyse rejoint les travaux de Michel Crozier, qui montre que les organisations bureaucratiques tendent à produire des rigidités et des dysfonctionnements, en limitant l'autonomie des acteurs et la circulation de l'information.[23] Ces limites ne sont pas propres au secteur hospitalier, mais ont été largement décrites dans la littérature en sociologie des organisations. En cas de problème, la solution est souvent d'ajouter encore plus de règles, de procédures et de contrôle. La hiérarchie renforce son pouvoir, structure davantage les processus et contrôle l'information. Mais cela peut entraîner une rigidité des pratiques, une perte de sens au travail, une méfiance des professionnels et une communication moins fluide. On peut alors parler d'une illusion bureaucratique : penser que la règle permet de résoudre un problème complexe, alors qu'elle ne traite que le cas général.

Au-delà des limites organisationnelles, ces fonctionnements ont également un impact sur la manière dont les professionnels construisent leurs savoirs et leurs représentations. Cette idée renvoie à une forme d'illusion de connaissance, dans laquelle les professionnels pensent maîtriser certaines pratiques en s'appuyant sur leur expérience, sans toujours en interroger les fondements ni comprendre les logiques des autres métiers. « *Il est difficile de distinguer ce que nous savons de ce que nous pensons savoir… Le sentiment de savoir est subjectif. Il relève en partie d'un état affectif comme les émotions… Il émerge pour une large part de processus mentaux inconscients. Comme nous détestons l'incertitude, ce sentiment nous rassure. Tout cela est parfaitement normal et banal. Dans le contexte de l'hôpital, le croisement des logiques et l'interdépendance des activités crée une forte asymétrie entre ce que nous savons par formation et expérience dans notre spécialité et ce que nous savons concrètement des autres métiers. Hors du contexte étroit de sa spécialité, les choses qu'on sait sont en fait très floues et souvent fausses mais on ne s'en rend pas compte* ».[24] Cela renforce l'idée que les professionnels peuvent avoir des certitudes sans forcément remettre en question leurs pratiques. L'environnement hospitalier, souvent chargé émotionnellement, influence directement les décisions et les pratiques. L'apprentissage ne peut donc pas être uniquement individuel, mais nécessite une mise en commun des savoirs et une confrontation des pratiques.

Ces différents constats mettent en évidence les limites d'un fonctionnement centré uniquement sur la formalisation et la standardisation. Face à ces limites, l'organisation apprenante propose une autre approche. Elle ne cherche pas à supprimer la bureaucratie, mais à en dépasser certaines limites. Elle repose sur le terrain, sur l'observation et sur les échanges avec les équipes. L'apprentissage collectif suppose également la capacité des professionnels à confronter leurs représentations et leurs perceptions afin de construire une compréhension commune des situations rencontrées. Le collectif devient alors central. Les professionnels partagent leurs expériences, confrontent leurs points de vue et construisent ensemble des solutions adaptées aux contraintes réelles.

---

[22] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024, p. 54
[23] Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Seuil.
[24] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024, p. 68

Cette dynamique trouve un écho dans plusieurs travaux portant sur les compétences et l'apprentissage organisationnel. Cette importance du collectif rejoint les travaux de Guy Le Boterf[25], qui souligne que la compétence se construit dans l'action et dans l'interaction. De même, Peter Senge[26] met en évidence que les organisations apprenantes reposent sur la capacité des acteurs à apprendre collectivement et à construire une vision partagée. Dans cette logique, l'organisation apprenante accepte l'incertitude. Elle reconnaît que la compréhension initiale peut être partielle ou erronée, et qu'il est nécessaire d'aller chercher l'information sur le terrain avant d'agir. Elle ne cherche plus à imposer des solutions descendantes, mais à construire des réponses adaptées à partir de l'analyse des situations. Cela modifie profondément les pratiques : on ne cherche plus uniquement à appliquer, mais à comprendre, analyser et co-construire. Les décisions deviennent alors collectives, concrètes et adaptées aux contraintes réelles. Elles permettent de redonner du sens au travail et de renforcer l'engagement des professionnels. Dans cette dynamique, les conflits ne sont plus uniquement perçus comme des dysfonctionnements, mais comme des opportunités d'apprentissage.

Cependant, cette transformation n'est pas simple. Elle implique de sortir de logiques ancrées depuis longtemps, notamment celles liées à la hiérarchie, à la standardisation et au contrôle. Elle demande du temps, de l'implication et une capacité à travailler ensemble. Cette transformation ne peut être considérée comme spontanée. Comme le souligne Sylvain Landry[27], le passage d'un apprentissage individuel à un apprentissage organisationnel ne se fait pas de manière spontanée. Il nécessite des dispositifs favorisant l'expérimentation, le partage et l'amélioration continue, au-delà de la simple formalisation de procédures. Ainsi, l'organisation apprenante ne peut être réduite à un ensemble de dispositifs ou de référentiels. Elle repose sur une transformation des pratiques, des interactions et des modes de fonctionnement.

Cela interroge directement des dispositifs tels que le label « service apprenant ». En effet, si l'apprentissage repose sur le terrain, sur les interactions et sur les dynamiques collectives, alors la formalisation de critères ne suffit pas à garantir une transformation réelle.
Il existe ainsi un risque que ces démarches restent centrées sur une logique de conformité institutionnelle, sans produire de véritable dynamique d'apprentissage au sein des équipes. Ces éléments permettent de comprendre que l'organisation apprenante ne se limite pas à un cadre théorique, mais implique une transformation concrète des modes de fonctionnement et de prise de décision au sein des établissements hospitaliers.

2.2. De l'hôpital appliquant à l'hôpital apprenant : une transformation inachevée

Dans cette continuité, deux modèles organisationnels peuvent être distingués : l'hôpital appliquant et l'hôpital apprenant. Il ne s'agit pas d'opposer ces deux modèles, mais de comprendre leur articulation.

[25] Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Eyrolles. s
[26] Senge, P. M. (1991). *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*. Paris : First.
[27] Sylvain Landry et Emmanuel Gril, « L'amélioration continue pour construire l'organisation apprenante », *Gestion*, vol. 42, n° 4, 2017

L'hôpital ne cesse de naviguer entre une logique d'application, nécessaire à la sécurité des soins, et une logique apprenante, indispensable à l'adaptation et à l'amélioration des pratiques.
Dans un hôpital appliquant, le modèle de décision repose sur les 4D : définir, décider, diriger et démêler. A l'inverse, une autre logique de fonctionnement émerge dans un hôpital apprenant, le modèle s'appuie sur les 4C : chercher, confronter, cadrer et co-construire. Ces deux modèles traduisent des visions profondément différentes de la prise de décision.

Dans le modèle des 4D[28], l'organisation cherche d'abord à définir un problème, souvent à partir d'éléments passés, puis à proposer des solutions pour le futur. Une fois le problème posé, la décision est prise, généralement par un nombre limité d'acteurs, qui retiennent une ou deux solutions jugées les plus pertinentes. La direction organise ensuite la mise en œuvre en structurant un plan d'action, en identifiant les responsables et en définissant les étapes. Enfin, elle ajuste les conséquences inattendues afin d'éviter que la solution ne génère de nouveaux problèmes. Ce modèle reste centré sur la décision, la maîtrise et le contrôle, dans une logique descendante.

Le modèle des 4C[29] repose sur une logique différente. Il ne cherche pas immédiatement à résoudre un problème, mais à comprendre le problème réel. Dans cette dynamique, l'erreur n'est plus uniquement perçue comme un écart à corriger, mais comme une source d'apprentissage permettant d'analyser les pratiques et d'améliorer les organisations. Pour cela, les acteurs vont sur le terrain afin d'observer, d'écouter et de comprendre la réalité des pratiques. Les points de vue sont ensuite confrontés collectivement, ce qui permet de faire émerger une vision partagée. Le problème est alors cadré, en analysant ses causes et en clarifiant les objectifs. Enfin, les solutions sont co-construites, testées, ajustées et réévaluées jusqu'à trouver une réponse adaptée et pérenne.
Ce modèle repose sur le terrain, le collectif, l'expérimentation et l'ajustement continu. Il ne s'agit donc pas d'une simple différence de méthode, mais d'un changement de logique, passant d'une organisation qui décide et applique à une organisation qui cherche à comprendre et à apprendre. Cette évolution aussi implique un changement de posture des professionnels, qui ne sont plus uniquement exécutants de procédures, mais acteurs de l'analyse et de l'amélioration de leurs pratiques. Comme le souligne Michel Crozier, cela modifie également les rapports de pouvoir au sein de l'organisation, en favorisant une prise de décision plus collective et en redonnant une place centrale aux professionnels de terrain.
Toutefois, cette évolution ne remet pas en cause l'ensemble des fondements organisationnels existants. Cela ne signifie pas que la bureaucratie doit disparaître. Elle reste indispensable dans certains domaines. Elle permet de sécuriser les pratiques, notamment dans des situations où aucune interprétation individuelle n'est possible. Des domaines comme l'identitovigilance, l'hygiène hospitalière ou l'hémovigilance nécessitent une standardisation stricte. Les pratiques doivent être identiques, encadrées et appliquées sans dérogation afin de garantir la sécurité des patients et des professionnels. La logique d'application reste donc nécessaire. Toutefois, à côté de ces pratiques standardisées, une grande partie du soin ne peut pas être totalement normée.

[28] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024, chapitre 8
[29] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024, chapitre 8

Le soin ne peut pas être universel, car chaque patient est différent et chaque situation est singulière. Les professionnels doivent donc adapter leurs pratiques, analyser les situations et ajuster leurs actions en fonction du contexte. C'est dans cet espace que l'hôpital apprenant prend tout son sens.

L'hôpital doit ainsi articuler deux logiques complémentaires : une logique de standardisation, nécessaire à la sécurité, et une logique d'adaptation, indispensable à la qualité du soin. Il ne s'agit pas de les opposer, mais de les faire coexister. Au-delà des outils et des modèles, cette transformation repose également sur des dimensions humaines et relationnelles. Cette transformation repose fortement sur le leadership. Comme le soulignent les auteurs, « *grâce au leadership de chacun, il est possible de développer une culture de la qualité et de l'autonomie et de bâtir des organisations apprenantes. Un hôpital apprenant est un hôpital qui apprend à réconcilier au quotidien les dimensions médicales, administratives et soignantes, incitant les acteurs à résoudre les problèmes ensemble par la collaboration* »[30]. La transformation ne repose donc pas uniquement sur des outils ou des dispositifs, mais sur les acteurs eux-mêmes.
Elle implique une évolution des postures, une capacité à collaborer, à partager et à construire collectivement des solutions. Elle suppose également de dépasser certaines limites des organisations bureaucratiques. Comme le montre Michel Crozier, ces organisations peuvent générer des rigidités et limiter l'autonomie des acteurs, freinant ainsi les dynamiques d'apprentissage.[31]

Dans ce contexte, la mise en place de référentiels ou de standards ne suffit pas à garantir une transformation réelle des pratiques. Si l'organisation apprenante repose sur le terrain, sur les interactions et sur une dynamique collective, les dispositifs institutionnels peuvent, à eux seuls, rester insuffisants.

Ces éléments conduisent à interroger la portée réelle des dispositifs institutionnels. Le label « service apprenant » s'inscrit dans une tension entre transformation des pratiques professionnelles et logique de conformité institutionnelle. S'il vise à soutenir une dynamique d'apprentissage collectif, il peut également conduire à une formalisation des pratiques, sans garantir leur transformation effective.

2.3. Compétences individuelles et collectives : entre mobilisation et dépendance au contexte

Avant d'aborder la distinction entre compétences individuelles et collectives, il apparaît nécessaire de définir la notion de compétence.

Selon Guy Le Boterf[32], la compétence a longtemps été définie comme une simple addition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Cette approche a conduit les organisations à construire des référentiels sous forme de listes, visant à identifier et à évaluer ce que les professionnels savent faire, souvent à travers des logiques de cases à cocher. Toutefois, cette conception apparaît aujourd'hui insuffisante. Le Boterf propose une approche plus dynamique, en considérant la compétence comme un processus. Elle ne se réduit pas à une accumulation de connaissances ou de techniques, mais correspond à la capacité à mobiliser et à combiner des

[30] Michael Ballé, Guillaume Couillard et Anne-Lise Seltzer, *L'hôpital apprenant : l'amélioration continue au service du soin*, Paris, Eyrolles, 2024
[31] Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique.* Paris : Seuil
[32] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015,

ressources pour agir avec pertinence dans une situation donnée. Ainsi, la compétence ne se mesure pas uniquement à ce qu'un professionnel sait, mais à ce qu'il est capable de faire dans un contexte spécifique. Cette approche est partagée par Philippe Zarifian[33], pour qui la compétence repose également sur la capacité à faire face à des situations professionnelles complexes, en mobilisant ses ressources et en faisant preuve d'initiative. La compétence apparaît alors comme contextualisée, évolutive et liée à l'action.

Cependant, cette vision centrée sur l'individu peut être nuancée. Pierre Bourdieu[34] met en évidence le rôle des dispositions sociales dans les pratiques professionnelles, tandis que Michel Crozier[35] souligne l'influence des contraintes organisationnelles et des jeux d'acteurs. Ainsi, la compétence ne peut être appréhendée indépendamment de son contexte social et organisationnel.
Le Boterf insiste d'ailleurs sur la nécessité, pour les « *organisations se dotent d'une définition de la compétence qui soit rigoureuse et adaptée au contexte actuel des situations de travail* »[36]. Cette réflexion trouve un écho dans les évolutions récentes observées à l'AP-HP.

En effet, les modalités d'évaluation des professionnels ont été modifiées ces dernières années. Alors que les entretiens annuels reposaient auparavant sur une logique centrée sur l'acquisition ou l'amélioration de compétences identifiées, ils s'inscrivent désormais dans une approche plus globale. Les critères d'évaluation prennent en compte la valeur professionnelle de l'agent, en lien avec la nature des missions exercées et le niveau de responsabilité. Ils intègrent les résultats obtenus, les compétences techniques, les qualités relationnelles ainsi que la capacité d'expertise. Cette évolution traduit un déplacement de la notion de compétence, davantage centrée sur l'action, les résultats et le contexte d'exercice. Elle rejoint ainsi les apports de Le Boterf, pour qui la compétence ne se limite pas à la possession de savoirs, mais correspond à la capacité d'un professionnel à mobiliser et adapter ses ressources en fonction des situations rencontrées.

Néanmoins, l'évaluation reste majoritairement centrée sur l'individu. Elle repose sur des référentiels et des fiches métiers, qui structurent l'analyse des pratiques professionnelles. Cette approche permet d'identifier les compétences individuelles, mais interroge la manière dont les compétences collectives sont construites et mobilisées au sein des équipes.

2.3.1 Les compétences individuelles

Guy Le Boterf souligne que « *pour agir avec compétence une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources mais également des ressources de son environnement* ».[37] Il nomme cela les « ressources environnementales partagées ». Ainsi, agir avec compétence suppose la capacité à interagir avec les autres professionnels et à mobiliser les ressources présentes dans son environnement de travail. Il souligne également que « *l'on peut de moins en moins être compétent tout seul* » et que « *la compétence ne peut être séparée des conditions sociales de production* »[38]. Dès lors, même si la compétence repose sur un engagement et une construction personnelle, l'individu ne peut être considéré

[33] Zarifian, P. (2009). *Le modèle de la compétence : Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Éditions Liaisons
[34] Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Éditions de Minuit.
[35] Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil.
[36] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015, p. 96
[37] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015,
[38] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015,

comme seul responsable de la production d'une action compétente. Celle-ci dépend également du management, du contexte de travail, des dispositifs de formation ainsi que des ressources mises à disposition. La motivation et l'environnement professionnel apparaissent alors tout aussi importants que la capacité individuelle à savoir agir. Le Boterf considère donc que la compétence individuelle ne réside pas uniquement dans ce qu'une personne connaît ou dans ce qu'elle sait faire, mais dans sa capacité à mobiliser et combiner ses ressources de manière pertinente dans une situation donnée.
Ainsi, un professionnel compétent est une personne capable d'analyser une situation, de mobiliser ses connaissances, d'adapter ses actions en fonction du contexte, de prendre des décisions pertinentes et d'agir en tenant compte de l'environnement dans lequel il exerce. La compétence individuelle est donc un processus et non un stock de savoirs. Elle dépend des situations rencontrées, du contexte et de l'environnement de travail. Elle combine les savoirs théoriques, l'expérience, le raisonnement clinique, le relationnel, les ressources de l'équipe ainsi que les outils disponibles.

Le Boterf souligne également qu'un professionnel peut avoir des connaissances, des diplômes et des formations sans pour autant être compétent dans toutes les situations. La compétence se révèle dans l'action. Ainsi, « *la compétence individuelle ne se réduit pas à l'acquisition de savoirs ou de savoir-faire ; elle correspond à la capacité d'un professionnel à mobiliser, combiner et adapter différentes ressources afin d'agir de manière pertinente dans une situation donnée* »[39]. La compétence ne peut donc être pensée indépendamment du contexte dans lequel elle s'exerce. Elle se construit dans l'action, dans l'expérience et dans les interactions avec l'environnement professionnel. Cette dynamique rejoint également les travaux d'Anne Muller[40] sur les apprentissages informels. L'auteure souligne qu'une grande partie des compétences professionnelles se construit directement dans les situations de travail quotidiennes, à travers l'expérience, l'observation des pratiques, les échanges entre collègues et la confrontation à des situations concrètes. Ces apprentissages, souvent peu visibles et peu formalisés institutionnellement, participent pourtant fortement au développement des savoirs professionnels.

Les compétences individuelles dépendent donc du collectif et de l'environnement de travail. Une personne seule n'est pas forcément compétente en travaillant seule. C'est aussi grâce aux compétences des autres que ses propres compétences se développent. Le collectif de travail permet ainsi de tirer des enseignements des expériences vécues au quotidien, qu'elles soient positives ou négatives. Les professionnels partagent leurs pratiques, confrontent leurs manières d'agir et construisent progressivement des repères ainsi que des règles de métier communes, facilitant l'adaptation aux situations rencontrées.

Yves Clot distingue ainsi le « genre » et le « style ».[41] Le genre correspond à « *des manières d'agir et de penser d'un milieu, des manières communes de prendre les choses et les hommes* ». Il s'agit des références collectives qui orientent les manières d'agir et définissent les pratiques professionnelles et sociales reconnues comme légitimes au sein d'un collectif. Le genre est construit à partir de l'expérience accumulée d'un milieu professionnel. Il constitue *« un savoir et un savoir-faire collectif sur lequel chaque membre de ce collectif peut s'appuyer »*. Le style, quant à lui, « *correspond à la distance individuelle que chacun construit par rapport au*

[39] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015, p 199
[40] Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers*. Paris : Séli Arslan
[41] Yves Clot, *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999

genre ».[42] Il renvoie ainsi à la manière propre à chaque professionnel d'interpréter, de s'approprier et d'adapter les références collectives du métier tout en s'en inspirant. Dans le milieu du travail, les professionnels doivent donc se référer à une « norme collective » afin de pouvoir ensuite développer leur propre manière d'agir. Même si les membres d'un collectif partagent des repères communs, chacun développe progressivement sa propre façon d'exercer, de communiquer et de gérer les situations rencontrées. « *Les professionnels se différencient alors par leur style personnel.* »[43] À travers cette approche, Yves Clot montre que les compétences individuelles ne se construisent pas de manière isolée, mais s'appuient sur une culture collective du métier. Les échanges, les expériences accumulées et les pratiques partagées permettent aux professionnels de construire des repères communs sur lesquels ils peuvent ensuite développer leur propre pratique.
À l'inverse, les milieux professionnels dans lesquels une « *culture professionnelle n'est pas cultivée, où les leçons de l'expérience ne sont ni partagées ni accumulées, fragilisent le collectif de travail* ».[44] Il devient alors plus difficile de construire des pratiques communes, de transmettre les savoirs issus de l'expérience et, par conséquent, « *d'agir avec compétence au sein de ce même milieu* »[45].

Ainsi, Le Boterf souligne que les compétences individuelles ne reposent pas uniquement sur les connaissances ou les savoir-faire détenus par une personne, mais sur sa capacité à mobiliser et combiner différentes ressources dans une situation donnée. La compétence dépend ainsi des ressources propres de l'individu, mais également des ressources présentes dans son environnement de travail, des interactions avec les autres professionnels et du contexte organisationnel.

Dans les deux services, les compétences individuelles ne se construisent pas de la même manière.

Au DMIIC, les infirmiers sont majoritairement de jeunes diplômés confrontés à des maladies rares, à des situations cliniques instables et à des urgences fréquentes. Les savoirs théoriques seuls ne suffisent donc pas. Les professionnels doivent apprendre à mobiliser leurs ressources, seuls ou collectivement, mais aussi à s'adapter, à travailler avec les autres catégories professionnelles ainsi qu'avec les professionnels de leur propre discipline, et à gérer l'incertitude. Dans ce contexte, l'incertitude oblige les professionnels à adapter leurs pratiques et à mobiliser leurs compétences en permanence face à des situations que les protocoles ne permettent pas toujours d'anticiper totalement.[46] Les compétences individuelles dans ce service ne reposent donc pas uniquement sur la capacité à exécuter des gestes techniques, à connaître les pathologies ou à posséder des connaissances pharmacologiques. Elles reposent également sur la capacité des infirmiers à s'adapter en fonction des situations rencontrées. C'est en cela que le soignant est compétent. Aujourd'hui, les infirmiers ne peuvent être réduits à de simples exécutants. Ils ne doivent pas uniquement appliquer une prescription médicale, mais également l'analyser, la comprendre et parfois même la questionner lorsqu'elle soulève des interrogations. Le partage des connaissances entre infirmiers et médecins, mais aussi entre les professionnels d'une même catégorie, participe au développement des compétences individuelles. C'est bien face à un contexte professionnel, à un milieu de travail et à l'analyse de certaines situations que chacun construit sa capacité à

[42] Clot, Y. (1999). *Avec Vygotski*. Paris : La Dispute
[43] Yves Clot, *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999
[44] Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences individuelles et collectives* (8e éd.). Eyrolles.
[45] Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences individuelles et collectives* (8e éd.). Eyrolles.
[46] Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, 1977

agir et à prendre des décisions pertinentes en fonction des antécédents et de la situation clinique du patient. Ainsi, au DMIIC, la compétence individuelle semble principalement liée à la gestion de l'incertitude, de l'urgence, de la complexité clinique mais aussi de la charge émotionnelle.

À l'inverse, dans le service de rhumatologie, les compétences individuelles reposent sur d'autres dimensions. En effet, les situations d'urgence y sont plus rares et l'instabilité clinique moins présente. Les compétences semblent davantage centrées sur la spécialisation, l'expertise relationnelle et surtout la coordination entre les différents professionnels, notamment entre les kinésithérapeutes, les infirmiers et les médecins. Les équipes y sont stables et composées de professionnels expérimentés, avec des routines installées, liées notamment aux protocoles et aux procédures du service. La compétence individuelle repose alors sur l'expérience accumulée et partagée, sur la connaissance des pathologies chroniques et sur la répétition des prises en charge. Les professionnels développent une connaissance fine des douleurs chroniques et une expertise importante dans ce domaine. Ils acquièrent également des connaissances approfondies sur les traitements rhumatologiques et développent une forte compétence dans l'accompagnement des patients chroniques ainsi que dans le travail collectif et collaboratif avec les kinésithérapeutes. Dans ce service, la compétence individuelle ne repose donc pas uniquement sur des gestes techniques, mais aussi sur l'adaptation, l'écoute, la coordination et l'éducation du patient. La coordination occupe ici une place particulièrement importante. Toutefois, même si une équipe stable et expérimentée permet de transmettre des savoirs et de sécuriser les pratiques, il existe également une vigilance à avoir concernant les habitudes de service et les routines professionnelles. Ces habitudes peuvent limiter le questionnement et réduire la remise en question des pratiques. Comme le souligne Le Boterf, si la compétence repose sur une capacité d'adaptation aux situations rencontrées, une pratique trop routinière ou trop protocolisée peut limiter cette dynamique d'adaptation. Les compétences individuelles ne se construisent donc pas de la même manière selon les organisations et les contextes de travail. Dans le service de rhumatologie, elles semblent davantage s'inscrire dans une logique d'expertise construite au fil de l'expérience, de la stabilité des équipes et des échanges pluriprofessionnels. Les professionnels développent des compétences spécifiques liées à la prise en charge des pathologies chroniques, à l'accompagnement de la douleur et à la coordination entre les différents acteurs intervenant dans le parcours de soins.

Toutefois, si l'expérience constitue un levier important de développement des compétences individuelles, elle ne garantit pas à elle seule une dynamique continue d'apprentissage et d'adaptation. Les deux services présentent donc des enjeux et des dynamiques différentes, nécessitant des actions et des modalités d'accompagnement adaptées à leurs réalités organisationnelles respectives. Si les compétences individuelles reposent sur la capacité des professionnels à mobiliser leurs ressources et à s'adapter aux situations rencontrées, elles ne peuvent toutefois être pensées indépendamment du collectif de travail. Yves Clot met en avant l'importance du collectif de travail. Il souligne que les professionnels construisent ensemble des règles de métier, des repères communs et des manières d'agir partagées issues de l'expérience collective. Le collectif joue alors un rôle essentiel dans le développement des compétences, en permettant la transmission des pratiques, des expériences et d'une culture professionnelle commune.

Les interactions entre les acteurs, le partage des expériences et la coordination des pratiques participent pleinement à la construction des compétences au sein des équipes, amenant alors à s'interroger sur la notion de compétences collectives.

2.3.2 Les compétences collectives

Le Boterf évoque des « règles d'or » permettant de rendre les décisions cohérentes et de favoriser une coopération efficace entre les professionnels. Il souligne que « *les exigences d'efficacité collective font que les salariés doivent non seulement être capables de tenir un poste de travail mais également de coopérer avec d'autres* ».[47] Les professionnels possèdent ainsi des compétences individuelles, mais l'enjeu pour les organisations est de réussir à les faire fonctionner comme un véritable réseau de compétences. Les compétences individuelles ne s'additionnent donc pas simplement pour former une compétence collective. Chaque professionnel enrichit ce réseau de compétences, qui peut ensuite être mobilisé par les autres membres du collectif. Il parle alors de coopération. Dans les établissements de santé, le travail en collaboration et le travail en équipe font partie intégrante du métier soignant. Dès leur entrée en formation, les professionnels apprennent qu'ils doivent travailler ensemble dans l'intérêt du patient. Une logique de transmission des savoirs et des compétences est ainsi inculquée dès le début de la formation. C'est grâce aux savoirs des autres professionnels que chacun enrichit ses propres compétences individuelles. Aujourd'hui, les hôpitaux développent de plus en plus des analyses de pratiques professionnelles afin de partager les expériences vécues et d'en tirer des enseignements collectifs.

Les soignants élaborent également leurs propres règles de métier. Yves Clot souligne ainsi que « *le genre c'est la culture professionnelle d'un collectif de travail. Il comporte un ensemble de règles implicites indiquant les façons de prendre les choses et les personnes. Ce sont des règles de vie et de métier pour réussir à faire ce qu'il y a à faire, des façons de faire avec les autres, de sentir et de dire, des gestes possibles et impossibles dirigés à la fois sur les autres et vers l'objet* ».[48] Ainsi, le genre permet aux professionnels d'acquérir des savoirs, de les analyser puis de progressivement se les approprier dans leur pratique quotidienne. Le Boterf souligne toutefois qu'il est complexe de différencier les compétences individuelles des compétences collectives. En effet, une équipe ne peut exister sans ses membres, alors qu'un individu reste une personne à part entière. Vincent Descombes souligne d'ailleurs que « *on identifie en effet une équipe en donnant la liste de ses membres. Mais ce qui est collectif c'est l'action de plusieurs individus ; ce n'est pas le sujet de cette action* ».[49] Le collectif ne constitue donc pas une entité autonome agissant par elle-même. Il existe parce que plusieurs individus coopèrent, interagissent et coordonnent leurs actions. Cette idée est également développée par Hatchuel, qui souligne que l'apprentissage organisationnel « *n'a pas beaucoup de pertinence, s'il désigne une capacité de l'organisation à apprendre ou le collectif serait lui-même pris comme sujet* ».[50] Ainsi, une organisation n'apprend pas comme un être humain. Ce sont les professionnels qui apprennent, échangent, construisent des règles communes et transforment progressivement leurs pratiques. Derrière une compétence collective, il existe donc toujours des interactions humaines, des coordinations, des échanges d'expériences, mais aussi des conflits et des enjeux de pouvoir, comme le souligne Crozier[51].

Le Boterf considère ainsi que « *la compétence collective résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles* »[52]. La compétence collective se construit progressivement à travers l'expérience du travail collectif. Elle s'actualise,

---

[47] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015, p229
[48] Clot, Y. (2000). La fonction psychologique du travail. Dans Y. Clot, *Le travail collectif*. Toulouse : Octarès Éditions
[49] Descombes, V. (1996). *Les institutions du sens*. Paris : Les Éditions de Minuit
[50] Hatchuel, A. (1994). Apprentissage collectif et activités de conception. *Revue française de gestion*, (99)
[51] Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil
[52] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015, p 199

s'enrichit et évolue en fonction du contexte et du déroulement de l'action. Elle permet également de donner du sens aux actions menées par le collectif.

Dans une équipe où les compétences collectives sont développées, il existe généralement une communication plus efficace, un langage commun, des comportements partagés ainsi que des repères professionnels communs. Les équipes développent des façons similaires d'agir, de communiquer ou encore de gérer certaines situations. Les conflits peuvent toujours exister, mais ils sont davantage intégrés dans une réflexion collective, dans laquelle la parole de chacun peut être prise en compte. Les équipes peuvent également construire des objectifs communs et réfléchir ensemble à une répartition plus équitable de la charge de travail. La coopération permet également de développer une identité professionnelle collective. Les professionnels peuvent se sentir davantage soutenus, écoutés, valorisés et sécurisés grâce aux échanges de compétences et d'expériences. Elle favorise également une plus grande fluidité dans le travail quotidien et donne du sens au travail réalisé, puisque le collectif participe lui-même à la construction de ses propres règles de fonctionnement.

Depuis les années 1990, l'articulation entre compétences individuelles et compétences collectives est devenue une préoccupation importante dans les organisations. Les entreprises cherchent désormais à développer simultanément les compétences individuelles et leur mise en commun au sein des collectifs de travail. Le développement des compétences individuelles repose notamment sur les projets professionnels, les entretiens annuels, les souhaits de formation et l'accompagnement des professionnels dans leur évolution. À l'inverse, la mise en commun des compétences collectives repose davantage sur des projets opérationnels, des groupes de travail et des objectifs communs. Les deux dimensions restent toutefois étroitement liées. Comme le souligne Le Boterf, « *l'efficacité de la coopération repose en partie sur la richesse des compétences individuelles acquises et sur leur dimension relationnelle et méthodologique. Les compétences individuelles s'enrichissent de l'expérience de la coopération* ».[53] Les organisations cherchent donc aujourd'hui à développer à la fois l'autonomie des professionnels et leur capacité à coopérer. L'autonomie ne signifie pas agir seul, mais être capable de mobiliser les ressources disponibles et de travailler avec les autres professionnels dans les situations rencontrées.

À travers le label « service apprenant », l'AP-HP valorise à la fois les compétences individuelles et collectives. Les compétences individuelles sont soutenues à travers l'accompagnement personnalisé, les formations et le soutien aux évolutions professionnelles. Les compétences collectives sont également encouragées à travers les critères du label, qui valorisent le travail collaboratif, le partage des connaissances médicales et paramédicales ainsi que les situations d'apprentissage au sein des équipes.

Au DMIIC, la collaboration apparaît essentielle au regard des patients pris en charge. Le partage d'expériences, les échanges autour des situations complexes et la réflexion collective conduisent progressivement l'équipe à construire ses propres repères, ses propres procédures et ses propres modes de fonctionnement. En rhumatologie, les compétences collectives reposent davantage sur la multiplicité des intervenants et sur la nécessité d'une coordination constante entre les équipes médicales, paramédicales et les kinésithérapeutes. La collaboration y apparaît indispensable pour assurer une prise en charge globale et cohérente du patient.

[53] Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Eyrolles, 2015, p229

Ainsi, les compétences collectives ne reposent pas uniquement sur l'addition des compétences individuelles, mais sur des dynamiques d'interactions, de coopération et de construction de repères communs au sein des équipes. Toutefois, ces compétences ne sont pas figées. Elles évoluent en fonction des expériences, des situations rencontrées et des transformations organisationnelles.

Dans un contexte hospitalier marqué par des évolutions constantes des prises en charge, des organisations et des pratiques professionnelles, les établissements de santé sont amenés à développer des dynamiques favorisant l'apprentissage collectif et l'adaptation continue des équipes. La question ne porte alors plus uniquement sur les compétences des professionnels, mais également sur la capacité des organisations elles-mêmes à apprendre, à évoluer et à transformer leurs pratiques.
C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux de Peter Senge autour des organisations apprenantes.

2.4 Transformations des pratiques professionnelles et modèles mentaux

Un des grands concepts développés par Peter Senge est celui des modèles mentaux. Les modèles mentaux correspondent aux représentations, croyances, habitudes de pensée et façons d'interpréter les situations que les professionnels construisent au fil de leur expérience professionnelle. Peter Senge souligne ainsi que *« les modèles mentaux sont des présupposés, des généralisations ou encore des images profondément ancrées qui influencent notre manière de comprendre le monde et d'agir ».*[54]
Ces modèles influencent la manière dont les professionnels perçoivent leur environnement, prennent des décisions et agissent au quotidien, souvent de manière implicite. Dans les organisations, les modèles mentaux peuvent faciliter l'action collective lorsqu'ils sont partagés par les équipes, mais ils peuvent également constituer un frein au changement. Certaines habitudes professionnelles ou certaines représentations du travail peuvent limiter la remise en question des pratiques et empêcher l'émergence de nouvelles façons de faire.

Nous retrouvons ici certaines idées développées par Le Boterf autour des compétences collectives. En effet, les équipes développent progressivement leurs propres procédures, leurs habitudes de fonctionnement et leurs repères professionnels. Ces références communes favorisent la coopération et participent au développement des compétences individuelles et collectives. Néanmoins, Peter Senge introduit davantage la question de la résistance au changement et des difficultés liées à la transformation des pratiques professionnelles. Il souligne ainsi que « *les nouvelles idées ne parviennent pas à être mises en pratique car elles entrent en conflit avec des représentations profondément ancrées de la manière dont fonctionne le monde… représentations qui nous limitent à des façons familières de penser et d'agir* »[55].
À travers cette approche, Peter Senge fait référence aux routines professionnelles, aux habitudes de service et aux difficultés de transformation des pratiques. Les professionnels travaillant dans des organisations très routinières peuvent développer des résistances face au changement, notamment par crainte de voir leurs habitudes professionnelles modifiées. Les routines permettent en effet de

[54] Peter Senge, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*, Paris, Eyrolles, 1991, p8
[55] Peter Senge, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*, Paris, Eyrolles, 1991, p 12

sécuriser les professionnels dans leur pratique quotidienne. Elles constituent des repères de fonctionnement et peuvent être rassurantes dans des environnements de soins complexes. Toutefois, elles peuvent également devenir un frein à l'évolution des pratiques lorsque les professionnels restent attachés à des modes de fonctionnement déjà établis.
En rhumatologie, nous l'avons vu, une routine est progressivement installée au sein des équipes. Cette stabilité permet aux professionnels de développer une expertise importante dans leurs pratiques et une bonne connaissance du fonctionnement du service. Néanmoins, cette même stabilité peut également représenter un frein à la mise en place du label « service apprenant », celui-ci venant modifier les habitudes professionnelles et les modes de fonctionnement déjà construits collectivement.

Peter Senge considère qu'une organisation apprenante doit permettre aux professionnels d'identifier, de questionner et de faire évoluer leurs modèles mentaux à travers le dialogue, la réflexion collective et les échanges d'expériences. Cette remise en question apparaît essentielle pour favoriser l'apprentissage collectif et l'adaptation des pratiques professionnelles aux évolutions du contexte de travail. Il souligne d'ailleurs que « *la discipline consistant à faire émerger, questionner et améliorer nos représentations internes du fonctionnement du monde constitue une avancée majeure pour construire des organisations apprenantes* ».[56]

Ainsi, Peter Senge, Le Boterf ou encore d'autres auteurs de l'organisation apprenante s'accordent sur l'importance de développer une réflexivité au sein des équipes. Nous l'avons vu, les établissements hospitaliers développent de plus en plus des APP afin de favoriser une réflexion collective autour des soins et des prises en charge des patients. Cette dynamique vise à développer une culture apprenante durable au sein des organisations. L'ouverture réflexive devient alors essentielle pour permettre la remise en question des pratiques sans crainte du jugement, dans une logique d'amélioration continue des pratiques professionnelles et de développement du dialogue au sein des équipes. Peter Senge souligne d'ailleurs que « *l'ouverture réflexive constitue la pierre angulaire de la discipline des modèles mentaux* » [57].

Peter Senge aborde également la notion de vision partagée. Il explique que « *les visions partagées sont la base d'un sens de la communauté qui est présent à travers toute l'organisation et donne une cohérence à l'ensemble des activités… La vision partagée est vitale pour les organisations apprenantes. Elle donne une raison d'être et l'énergie pour apprendre* »[58]. Il distingue la vision partagée de la vision commune. La vision commune correspond davantage à une vision imposée par la direction ou les responsables hiérarchiques, tandis que la vision partagée émane de l'organisation elle-même et des professionnels qui la composent.
La vision partagée permet ainsi de dynamiser une organisation et de créer une identité professionnelle commune. Peter Senge souligne que « *la vision partagée modifie la relation que les salariés ont avec leur entreprise ; elle n'est plus leur entreprise mais devient notre entreprise… elle crée une identité commune* »[59].
Une organisation apprenante ne peut donc fonctionner durablement sans une vision réellement partagée par les équipes. Il précise d'ailleurs qu'« *une organisation apprenante ne peut exister sans une vision partagée… la vision crée un objectif*

[56] Senge, P. (1991). *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*. Paris : Eyrolles
[57] Peter Senge, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*, Paris, Eyrolles, 1991, p 9
[58] Peter Senge, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*, Paris, Eyrolles, 1991, p 10
[59] Peter Senge, *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*, Paris, Eyrolles, 1991, p 10

qui transforme tous les autres et engendre une nouvelle manière d'agir et de penser »[60].

Ainsi, les organisations apprenantes reposent sur une dynamique collective dans laquelle les équipes construisent progressivement leurs propres objectifs, leurs propres repères et leur identité professionnelle. Le label « service apprenant » ne vise donc pas uniquement à développer les compétences individuelles de chaque professionnel, mais bien à transformer l'organisation elle-même en organisation apprenante. Cette dynamique suppose alors que les équipes adhèrent réellement au projet et participent à sa construction. Bien entendu, les visions partagées peuvent émerger à partir de visions individuelles. Il est nécessaire qu'un professionnel puisse exprimer sa propre vision afin qu'elle soit ensuite discutée, enrichie et progressivement partagée par le collectif.

Peter Senge développe également le concept d'apprentissage en équipe. Selon lui, l'apprentissage en équipe correspond à la capacité d'un collectif à réfléchir, apprendre et progresser ensemble à partir des expériences vécues et des échanges entre les professionnels. Il repose sur le dialogue, le partage des connaissances et la confrontation des points de vue afin de construire une compréhension commune des situations rencontrées. Il souligne que « *l'apprentissage en équipe est le processus qui consiste à aligner et développer les capacités d'une équipe afin d'atteindre les résultats que ses membres souhaitent réellement produire* »[61]. Il considère que le collectif constitue une donnée essentielle dans les organisations apprenantes et affirme que « *dans les organisations modernes l'unité fondamentale d'apprentissage n'est pas l'individu mais l'équipe* »[62]. Ainsi, l'apprentissage doit être partagé et construit collectivement afin que le service puisse devenir apprenant.

Peter Senge insiste également sur l'importance du dialogue au sein des équipes. Il souligne que « *la discipline de l'apprentissage en équipe débute par le dialogue, c'est-à-dire la capacité des membres d'une équipe à suspendre leurs présupposés afin d'entrer dans une véritable réflexion collective* »[63]. La complémentarité des différents membres d'une organisation permet ainsi de développer une réflexivité, une coopération interprofessionnelle et une remise en question des pratiques professionnelles. Nous retrouvons ici certaines idées développées précédemment autour des compétences collectives, notamment l'importance des échanges, de la transmission des expériences et du collectif dans le développement des pratiques professionnelles.

Dans le milieu hospitalier, cette dynamique peut se traduire par les transmissions, les staffs, les APP, les retours d'expérience ou encore les temps de formation collective, permettant aux équipes de partager leurs connaissances et d'apprendre ensemble à partir des situations rencontrées. Toutefois, Peter Senge souligne également plusieurs freins au développement des organisations apprenantes. Il explique notamment que « *la vision est une occasion courante de désaccord puisqu'il faut faire émerger progressivement une vision partagée de différentes visions individuelles* »[64]. Ainsi, lorsque les règles de communication, d'écoute ou de respect mutuel ne sont pas suffisamment installées au sein des équipes, les démarches d'organisation apprenante peuvent faire émerger des tensions ou des conflits. Il évoque également les routines défensives présentes dans les

[60] Senge, P. (1991). *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*. Paris : Eyrolles
[61] Ibid
[62] Ibid
[63] Ibid
[64] Ibid

organisations. Il explique que « *ces routines défensives sont des habitudes ancrées que nous utilisons pour nous protéger face à l'embarras et à la peur qui surviennent lorsque nos pensées sont exposées ouvertement* »[65]. Les routines permettent ainsi aux professionnels de se protéger face à certaines situations complexes ou inconfortables, mais elles peuvent également devenir des mécanismes de défense freinant la remise en question et la dynamique collective nécessaire au développement d'une organisation apprenante.

À travers ces différents concepts, Peter Senge montre que l'organisation apprenante repose sur le collectif, le dialogue, la réflexivité et la vision partagée. Toutefois, cette dynamique ne peut émerger spontanément. Elle suppose des conditions organisationnelles favorisant la coopération, la participation des professionnels et l'apprentissage collectif.
Cette réflexion rejoint également les travaux de Suzie Canivenc [66]sur les nouveaux modèles organisationnels. L'auteure considère que le modèle organisationnel constitue une manière de penser l'organisation comme un système composé de règles, de rôles, de pratiques et d'interactions entre les acteurs. Elle souligne notamment l'importance de l'autonomie des individus et des collectifs dans le fonctionnement des organisations. Selon elle, l'autonomie correspond à une capacité d'agir des individus et des collectifs, reposant également sur une reconnaissance institutionnelle. Elle remet ainsi en question l'existence d'un modèle organisationnel universel ou d'un « one best way », considérant que chaque organisation possède sa propre culture, son histoire, ses habitudes professionnelles et ses modes de fonctionnement.

Cette approche apparaît particulièrement intéressante dans le cadre du label « service apprenant ». En effet, celui-ci ne peut être déployé de manière identique dans tous les services hospitaliers. Chaque service possède une identité, une culture professionnelle, des habitudes collectives et des dynamiques relationnelles qui lui sont propres. Le DMIIC et le service de rhumatologie présentent par exemple des fonctionnements, des organisations du travail et des dynamiques collectives différentes, influençant la manière dont le label peut être investi par les équipes.
Ainsi, le développement d'une organisation apprenante nécessite une adaptation aux réalités du terrain et aux spécificités des collectifs de travail. Cette réflexion conduit alors à interroger la place du leadership et de l'accompagnement managérial dans la transformation des organisations de soins.

2.5 Leadership et jeux d'acteurs : une dimension invisible mais déterminante

Le leadership est aujourd'hui une notion largement mobilisée dans les organisations de santé, notamment dans les réflexions autour de l'accompagnement des équipes et des transformations organisationnelles. Il est fréquemment opposé au management, certains considérant qu'un bon manager n'est pas nécessairement un bon leader, et inversement. Toutefois, il ne s'agit pas ici d'opposer strictement ces deux notions, mais davantage de comprendre leurs rôles respectifs dans le développement d'une organisation apprenante au sein de l'hôpital.
Dans cette perspective, il apparaît nécessaire d'interroger la place du leadership dans les dynamiques de transformation des organisations, mais également l'émergence de nouvelles postures managériales comme celle du manager-

[65] Senge, P. (1991). *La cinquième discipline : l'art et la manière des organisations apprenantes*. Paris : Eyrolles
[66] Canivenc, S. (2017). *Les nouveaux modes d'organisation du travail : Autonomie, coopération et responsabilisation*. EMS Management & Société.

coach. Enfin, cette réflexion amène aussi à considérer les limites et tensions pouvant traverser ces formes de leadership dans les organisations hospitalières.

2.5.1 Leadership et transformation des organisations

Le manager est traditionnellement défini comme une personne chargée de superviser, coordonner et organiser les activités d'une équipe afin d'atteindre des objectifs institutionnels. Il dispose d'une reconnaissance formelle définie par l'organisation et exerce une autorité hiérarchique. Son rôle consiste notamment à organiser les projets, gérer les ressources, coordonner les activités, suivre les résultats et veiller au respect des procédures et des objectifs fixés. Le management s'inscrit ainsi dans une logique d'organisation, de régulation et de pilotage de l'activité collective.
Le leader, quant à lui, ne repose pas nécessairement sur une autorité hiérarchique formelle. Il correspond davantage à une capacité d'influence et de mobilisation du collectif. Le leadership renvoie ainsi à la capacité d'un individu à fédérer, inspirer et accompagner un groupe autour d'une vision commune. Il repose notamment sur la confiance accordée par le collectif, la capacité à donner du sens, à susciter l'engagement et à favoriser l'adhésion des équipes.

Dans le cadre des organisations apprenantes, cette distinction apparaît particulièrement importante. En effet, la mise en place d'un label « service apprenant » ne peut reposer uniquement sur une logique de gestion, de contrôle ou de pilotage institutionnel. Un management centré exclusivement sur l'organisation des tâches, les échéances ou le suivi des objectifs permettrait certes de structurer le projet, d'organiser des groupes de travail ou des formations, mais il resterait insuffisant pour transformer durablement les pratiques professionnelles et les dynamiques collectives.

La transformation vers une organisation apprenante suppose en effet une réelle adhésion des équipes, une participation active des professionnels ainsi qu'une capacité à remettre en question certaines habitudes de fonctionnement. Le leadership apparaît alors comme un levier permettant de favoriser cette dynamique collective. À travers l'écoute, le dialogue, la valorisation des échanges et la création d'un climat de confiance, il contribue à développer des espaces favorisant la réflexivité, les analyses de pratiques et les apprentissages collectifs.
Le droit à l'erreur, le non-jugement et la possibilité pour les professionnels de verbaliser leurs difficultés ou leurs questionnements deviennent alors des éléments importants dans la construction d'une culture apprenante. Cette dynamique permet progressivement aux équipes de développer une réflexion collective autour des pratiques professionnelles et d'engager une transformation plus profonde des fonctionnements du service.

Toutefois, comme le souligne Michel Crozier[67], les organisations ne fonctionnent jamais uniquement à travers des règles formelles ou des objectifs communs. Les professionnels ne sont pas de simples exécutants appliquant passivement des décisions institutionnelles. Chaque acteur cherche à préserver une certaine autonomie et développe des stratégies d'adaptation en fonction de sa place dans l'organisation, de ses intérêts et des contraintes qu'il rencontre.
Crozier explique notamment que « *le pouvoir de l'acteur dépend de la maîtrise des zones d'incertitude pertinentes pour les problèmes qui affectent l'organisation* ».[68]
Dans les organisations hospitalières, ces zones d'incertitude peuvent correspondre

[67] Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, 1977
[68] Ibid

à l'expertise clinique, à la maîtrise de certaines procédures spécifiques, à l'ancienneté, à la connaissance du fonctionnement du service ou encore à la gestion de situations complexes. Certains professionnels deviennent alors des personnes ressources ou des figures reconnues au sein des équipes grâce à ces savoirs spécifiques.
Or, les organisations apprenantes reposent justement sur le partage des connaissances, la diffusion des compétences et la réflexivité collective. Cette dynamique peut alors venir modifier certains équilibres déjà installés au sein des équipes. Des savoirs jusque-là détenus par quelques professionnels peuvent progressivement être partagés au collectif, venant transformer certaines positions d'expertise ou certaines formes de reconnaissance implicite.

Les transformations organisationnelles peuvent ainsi être perçues différemment selon les professionnels. Certains peuvent y voir une opportunité de développement collectif et d'amélioration des pratiques, tandis que d'autres peuvent craindre une remise en question de leurs habitudes professionnelles, de leur expertise ou de leur place dans l'organisation. Les résistances au changement ne traduisent donc pas uniquement un refus du changement lui-même. Elles peuvent également refléter des inquiétudes liées à la perte de repères, à la modification des équilibres relationnels ou à une remise en question des modes de fonctionnement construits collectivement.
Crozier rappelle d'ailleurs que « *le comportement de l'acteur n'est jamais directement réductible à des fonctions abstraites. Il doit toujours être interprété comme l'expression et la mise en œuvre d'une stratégie* ».[69] Ainsi, les comportements des professionnels, les résistances ou les difficultés d'appropriation d'un projet ne peuvent être compris uniquement à travers des logiques individuelles. Ils s'inscrivent également dans des dynamiques collectives, des rapports de pouvoir et des stratégies d'acteurs propres à chaque organisation.
Les démarches d'organisation apprenante ne suppriment donc pas les jeux d'acteurs ni les rapports de pouvoir présents au sein des équipes. Elles peuvent même parfois les rendre davantage visibles en venant modifier les modes de fonctionnement habituels du collectif. Le leadership apparaît alors essentiel pour accompagner ces transformations, prendre en compte les résistances et favoriser une appropriation progressive du changement par les professionnels.

Crozier souligne également que « *les règles ne déterminent jamais complètement les comportements* »[70]. Les protocoles, procédures ou dispositifs institutionnels restent ainsi insuffisants pour transformer durablement les pratiques professionnelles. De la même manière, la mise en place du label « service apprenant » ne peut, à elle seule, transformer un service en organisation apprenante. Sans évolution des pratiques collectives, des représentations professionnelles et des dynamiques relationnelles, le label risquerait de rester un simple dispositif institutionnel supplémentaire.
Enfin, Crozier rappelle que « *le changement ne peut être conçu comme l'application d'un modèle rationnel préétabli* » et que « *on ne change pas les hommes par décret* ».[71] La transformation d'un service vers une organisation apprenante nécessite donc un accompagnement progressif des équipes, une prise en compte des réalités du terrain ainsi qu'une adaptation aux dynamiques propres à chaque collectif de travail.

[69] Ibid
[70] Ibid
[71] Michel Crozier et Erhard Friedberg, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, 1977

Ainsi, si le leadership apparaît comme un levier essentiel dans l'accompagnement des transformations organisationnelles et des dynamiques apprenantes, les évolutions des organisations de santé conduisent également à faire émerger de nouvelles attentes vis-à-vis des managers. Au-delà du pilotage des activités et de la gestion des équipes, le manager est progressivement amené à adopter une posture davantage centrée sur l'accompagnement, le développement des compétences et le soutien des apprentissages collectifs. Cette évolution conduit alors à interroger la place du manager-coach au sein des organisations apprenantes.

2.5.2 Le manager-coach : une posture favorisant l'apprentissage collectif

Le développement des organisations apprenantes transforme progressivement les attentes vis-à-vis des cadres et des managers. Dans ces organisations, le manager n'est plus uniquement attendu dans une fonction de contrôle, de supervision ou de gestion des activités. Il devient également un acteur du développement des compétences, de l'accompagnement des équipes et du soutien des dynamiques d'apprentissage collectif. Cette évolution conduit alors à l'émergence d'une posture de manager-coach.

Le manager-coach accompagne les professionnels dans leur développement, favorise leur autonomie et soutient leur capacité de réflexion. Contrairement à une posture strictement descendante, il ne se limite pas à donner des directives ou à contrôler les pratiques. Il cherche davantage à créer les conditions permettant aux professionnels d'analyser les situations rencontrées, de développer leurs compétences et de trouver progressivement leurs propres solutions. Cette posture repose notamment sur l'écoute, le dialogue, la valorisation des professionnels et la capacité à instaurer une relation de confiance au sein des équipes. [72]

Dans les organisations apprenantes, cette posture apparaît particulièrement importante. Les démarches de réflexivité, d'analyses de pratiques professionnelles, de retours d'expérience ou encore les apprentissages collectifs supposent en effet que les professionnels puissent prendre la parole, partager leurs questionnements et remettre en question certaines pratiques sans crainte du jugement. Le manager-coach contribue alors à développer des espaces d'échanges et de coopération favorisant l'apprentissage collectif et la transformation progressive des pratiques professionnelles.
Cette approche rejoint les travaux d'Edgar Schein autour du « humble leadership ». Selon lui, le leader ne doit pas uniquement diriger ou contrôler, mais « *créer des conditions favorisant l'apprentissage* »[73], aider les équipes à réfléchir, favoriser la parole et accompagner les transformations organisationnelles. Dans les organisations complexes, le leader ne peut pas tout maîtriser ni tout savoir. Il doit alors s'appuyer sur les compétences du collectif, accepter une part d'incertitude et développer une relation fondée sur l'écoute, la coopération et la confiance.
Cette posture apparaît particulièrement pertinente dans le contexte hospitalier et notamment au DMIIC. Nous l'avons vu, les prises en charge complexes, les maladies rares, l'incertitude clinique ou encore les nombreux protocoles de recherche nécessitent une forte coopération entre les professionnels ainsi qu'une capacité d'apprentissage continu. Le manager-coach doit alors accompagner aussi bien

[72] Gélizé, F., & Bobet, F. (2019). Le manager coach : figure de proue de l'organisation apprenante ? *Question(s) de management*, 24(2), 57-76
[73] Edgar H. Schein, *Helping: How to Offer, Give, and Receive Help*, San Francisco, Berrett-Koehler, 2009

les jeunes professionnels que les professionnels expérimentés, favoriser les échanges d'expériences et soutenir une dynamique de remise en question des pratiques professionnelles.
Edgar Schein souligne également que « *la seule chose réellement importante que font les leaders est de créer et gérer la culture* »[74]. Cette réflexion rejoint directement les enjeux des organisations apprenantes. En effet, le développement d'une culture apprenante ne repose pas uniquement sur des dispositifs institutionnels ou des procédures formelles, mais également sur la capacité des managers et des leaders à favoriser des dynamiques collectives de réflexion, de coopération et d'apprentissage.

Les travaux de Vincent Lenhardt rejoignent également cette approche. L'auteur considère que le manager doit favoriser le développement des personnes, accompagner leur progression, soutenir leur autonomie et faire émerger leurs ressources[75]. Le manager-coach n'est donc pas uniquement présent pour apporter des réponses ou transmettre des solutions. Il accompagne les professionnels afin qu'ils développent eux-mêmes leurs capacités d'analyse, de réflexion et d'adaptation face aux situations rencontrées.
Cette réflexion est également retrouvée dans une publication de Fabienne Gélizé et François Bobet[76]. Les auteurs soulignent que le manager-coach accompagne les professionnels dans leur développement, leur autonomie, leur capacité de réflexion et leurs apprentissages. Ils considèrent également le manager-coach comme un facilitateur des apprentissages collectifs et une figure importante des organisations apprenantes. Selon eux, cette posture contribue à accompagner les transformations organisationnelles et à favoriser une appropriation progressive des changements par les équipes. Les démarches d'analyses de pratiques professionnelles, les échanges collectifs et les espaces de réflexivité participent ainsi à une évolution progressive des pratiques professionnelles et des dynamiques collectives.

Toutefois, les auteurs soulignent également les ambiguïtés et les tensions pouvant traverser cette posture. Le manager-coach se situe en effet dans une position parfois complexe, à l'interface entre accompagnement et autorité hiérarchique. Il doit favoriser l'écoute, soutenir les équipes et accompagner les professionnels, tout en conservant ses fonctions institutionnelles de régulation, d'arbitrage, de gestion des conflits et de pilotage des activités. Cette posture nécessite donc de trouver un équilibre entre accompagnement des professionnels, exigences institutionnelles et maintien du cadre organisationnel.

Ainsi, dans les organisations apprenantes, le rôle du manager évolue progressivement vers une posture davantage centrée sur l'accompagnement, le développement des compétences et la facilitation des apprentissages collectifs.

2.5.3 Les limites et tensions de la posture managériale

Nous avons vu que le développement d'une organisation apprenante suppose une transformation des pratiques professionnelles, des dynamiques collectives mais également des modes de management. Cette transformation demande alors un investissement important de la part de l'encadrement. En effet, le manager-coach

[74] Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass. p2
[75] Lenhardt, V. (2002). *Les responsables porteurs de sens : culture et pratique du coaching et du team-building*. Paris : Insep Consulting
[76] Gélizé, F., & Bobet, F. (2019). Le manager coach : figure de proue de l'organisation apprenante ? *Question(s) de management*, 24(2), 57-76

ne peut se limiter à un rôle prescrit centré sur le contrôle, l'organisation ou le suivi des activités. Il doit également accompagner un changement de culture au sein du collectif et soutenir les équipes dans cette transformation organisationnelle.
Cette posture rend alors le positionnement du cadre particulièrement complexe.[77] D'un côté, il doit continuer à répondre aux attentes institutionnelles, gérer les ressources, organiser les activités, coordonner les projets et assurer un cadre de fonctionnement. De l'autre, il doit favoriser l'autonomie, accompagner les équipes, soutenir les apprentissages collectifs, instaurer un climat de confiance et encourager la réflexivité au sein du service. Le manager-coach se situe ainsi dans une position d'équilibre entre contrôle institutionnel, accompagnement des professionnels et soutien des dynamiques collectives.

Dans le cadre d'une organisation apprenante, le rôle de l'encadrement dépasse alors largement le travail prescrit.[78] Le cadre ne se limite plus à organiser des réunions, planifier des formations ou suivre des indicateurs. Il doit également réguler les tensions liées aux transformations organisationnelles, accompagner les résistances au changement, soutenir les professionnels en difficulté, coordonner les échanges entre les acteurs et favoriser une dynamique collective de coopération et d'apprentissage. Cette activité quotidienne repose sur de nombreux ajustements relationnels, organisationnels et humains qui demeurent souvent peu visibles.

Le travail du manager-coach comprend ainsi de multiples activités difficilement mesurables : échanges informels, soutien des équipes, gestion précoce des tensions, reformulation, médiation, réassurance, disponibilité relationnelle ou encore valorisation des professionnels et du collectif.[79] Pourtant, ces activités apparaissent essentielles dans l'accompagnement d'une transformation organisationnelle et dans le développement d'une culture apprenante.[80] Elles permettent notamment d'éviter l'installation de conflits, de soutenir les équipes face aux changements et de maintenir une dynamique collective au sein du service.

Ce travail relationnel et organisationnel correspond à ce que plusieurs auteurs décrivent comme le travail réel, par opposition au travail prescrit. Yves Clot [81] souligne notamment l'écart existant entre les tâches officiellement attendues et l'activité réelle déployée quotidiennement par les professionnels pour permettre au travail de fonctionner. Dans les organisations apprenantes, cet écart apparaît particulièrement important pour les cadres de santé, dont une partie du travail repose sur des régulations permanentes, des interactions informelles et des ajustements continus auprès des équipes.
Cette réflexion rejoint également les travaux de Danièle Linhart[82] autour de l'intensification du travail et de l'implication subjective des professionnels dans les transformations organisationnelles. L'accompagnement du changement et le soutien des équipes demandent en effet une forte disponibilité relationnelle, émotionnelle et psychique de la part de l'encadrement. Le manager-coach doit continuellement s'adapter aux situations rencontrées, anticiper les tensions, arbitrer certaines décisions et maintenir une présence importante auprès des professionnels afin de soutenir la dynamique collective.

---

[77] Gélizé, F., & Bobet, F. (2019). Le manager coach : figure de proue de l'organisation apprenante ? *Question(s) de management*, 24(2), 57-76
[78] Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
[79] Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur*. Paris : La Découverte.
[80] Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail*. Toulouse : Érès.
[81] Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
[82] Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail*. Toulouse : Érès.

Christophe Dejours souligne également l'importance de la reconnaissance dans l'investissement professionnel.[83] Or, dans les organisations hospitalières, une partie importante du travail réalisé par l'encadrement dans l'accompagnement des équipes reste peu visible et difficilement reconnue institutionnellement. Les activités relationnelles, le soutien quotidien, la prévention des tensions ou encore le travail de médiation sont rarement objectivables à travers des indicateurs formels, alors même qu'ils apparaissent essentiels au fonctionnement du collectif et à l'accompagnement du changement.
Cette absence de reconnaissance peut alors fragiliser le positionnement du cadre, pris entre les exigences institutionnelles et les besoins du terrain. En effet, l'institution valorise principalement les activités visibles, mesurables et directement objectivables, tandis qu'une grande partie du travail d'accompagnement réalisé dans les organisations apprenantes repose sur des micro-ajustements quotidiens, des interactions informelles et une disponibilité constante auprès des équipes. Le cadre peut ainsi avoir le sentiment que le temps consacré au soutien des professionnels et à l'accompagnement des dynamiques collectives reste insuffisamment reconnu au regard des exigences institutionnelles.

Toutefois, malgré cette complexité, le développement d'une organisation apprenante peut également constituer une source de satisfaction professionnelle pour l'encadrement. En favorisant l'autonomie des équipes, le développement des compétences collectives et l'émergence d'une culture de coopération, le manager-coach participe lui-même à la dynamique apprenante de l'organisation. Si ces dynamiques apparaissent porteuses de transformation pour les équipes comme pour l'encadrement, leur mise en œuvre concrète reste fortement dépendante des réalités organisationnelles, des ressources disponibles, des collectifs professionnels ainsi que des contraintes institutionnelles. Ces tensions interrogent alors la manière dont les organisations apprenantes peuvent réellement se déployer au sein des services de soins.

Le projet de labellisation « service apprenant » constitue une tentative concrète de structuration des dynamiques d'apprentissage, d'accompagnement et de développement des compétences au sein des services hospitaliers.

3. Le label « service apprenant » : un dispositif managérial à l'épreuve du terrain

3.1. Présentation du dispositif

3.1.1 Le label « service apprenant » : principes et fonctionnement

Le label « service apprenant » a été créé et valorisé dans le cadre d'un prix sur les ressources humaines. Les acteurs ayant participé à sa conception ont répondu à une demande institutionnelle portée par l'AP-HP à travers les « 30 leviers pour agir ensemble », visant à favoriser le recrutement et la fidélisation des professionnels dans des métiers aujourd'hui en tension. À terme, l'objectif institutionnel est que l'ensemble des services puisse être labellisé. Cette démarche traduit ainsi une volonté de valoriser les organisations soignantes et les dynamiques d'apprentissage

[83] Dejours, C. (2009). *Travail vivant*. Paris : Payot.

au sein des services. Elle répond également aux attentes des jeunes générations de professionnels, qui recherchent aujourd'hui des environnements favorisant l'apprentissage, le développement des compétences et l'évolution professionnelle.
Afin d'accompagner les services souhaitant s'engager dans cette démarche, l'AP-HP a mis en place des référents « label service apprenant » dans les différents groupes hospitaliers. Des ambassadeurs, présents au siège mais également dans les établissements, disposent d'un temps dédié afin d'aider les équipes dans la constitution des dossiers et dans la compréhension des attendus institutionnels.

Le label correspond à une reconnaissance institutionnelle accordée aux services répondant aux critères définis dans le référentiel. Le processus de labellisation se déroule en trois étapes.
La première consiste au dépôt d'une candidature comprenant un autodiagnostic réalisé par un binôme composé d'un cadre de santé et d'un médecin du service, généralement le chef de service ou un médecin désigné par celui-ci. Cet autodiagnostic permet au service de formaliser son organisation, ses actions de formation ainsi que les dispositifs mis en place pour accompagner les professionnels et les étudiants.
La deuxième étape repose sur l'envoi de questionnaires à l'ensemble des professionnels du service. Afin de valider cette étape, un taux minimal de participation de 80 % est attendu. Les réponses recueillies permettent d'évaluer la perception des professionnels concernant les actions mises en place au sein du service ainsi que leur implication dans la dynamique du projet.
Enfin, la troisième étape correspond à l'analyse du dossier par un jury pluridisciplinaire. Celui-ci attribue un nombre de points en fonction des critères remplis, des réponses aux questionnaires ainsi que des pièces justificatives fournies par le service. Le jury se réunit mensuellement afin d'étudier les différentes candidatures déposées. Lorsque le dossier ne permet pas d'obtenir le nombre de points nécessaire à la labellisation, le jury formule alors des axes d'amélioration et des recommandations afin d'accompagner les équipes dans la poursuite de leur démarche. Les services peuvent ainsi retravailler certains critères, renforcer leurs actions ou compléter les pièces justificatives demandées avant une nouvelle présentation du dossier. Pour être labellisé, le service doit obtenir au minimum 80 points sur 100 tout en répondant aux critères obligatoires du référentiel. Le label est ensuite accordé pour une durée de quatre ans.

Le référentiel comprend 23 critères répartis en plusieurs thématiques : la mobilisation du service, le parcours d'intégration, la cartographie des compétences, l'accès aux ressources, la formation ainsi que l'ingénierie pédagogique et l'innovation. Parmi les critères incontournables figurent notamment l'existence d'un parcours d'intégration individualisé, la réalisation de temps de formation sanctuarisés, l'implication des médecins dans les actions de formation, la traçabilité des formations réalisées ainsi que la conduite d'entretiens de formation avec les professionnels paramédicaux.
Les services doivent également fournir différents documents justificatifs tels que des livrets d'accueil, des fiches pédagogiques, des feuilles d'émargement, des cartographies des compétences ou encore des grilles d'évaluation. Le label vise ainsi à reconnaître, structurer et formaliser les actions déjà mises en œuvre au sein des services pour accompagner le développement des compétences des professionnels paramédicaux.

Si les principes du label « service apprenant » sont définis institutionnellement, leur mise en œuvre repose toutefois sur des réalités de terrain très différentes selon les services concernés.

3.1.2 Objectifs et enjeux au DMIIC

Le DMIIC est un service accueillant des patients présentant des pathologies rares et complexes, nécessitant des prises en charge techniques, des traitements spécifiques ainsi qu'une surveillance clinique importante. Les professionnels sont régulièrement confrontés à des situations d'urgence, à des traitements complexes ainsi qu'à des situations d'instabilité clinique.

Historiquement, le service rencontre d'importantes difficultés de recrutement infirmier, avec un nombre important de postes vacants. Il est fréquent que près de 50 % des postes infirmiers soient vacants, entraînant un recours important aux heures supplémentaires, à la suppléance ainsi qu'à l'intérim. Compte tenu de la technicité des prises en charge et des spécificités des traitements administrés, cette situation conduit parfois à des événements indésirables graves liés notamment à des erreurs médicamenteuses, des problématiques de pharmacovigilance ou des défauts de surveillance.
Depuis plusieurs années, un travail important est réalisé afin d'améliorer le recrutement et la fidélisation des professionnels. Le service recrute désormais principalement de jeunes diplômés, notamment lors des périodes de recrutement de septembre. Des actions sont également mises en place afin d'améliorer la fidélisation des infirmiers. Ainsi, l'ancienneté moyenne des infirmiers au sein du service passe de 14 mois en 2022 à près de 36 mois aujourd'hui. Cette évolution permet une plus grande stabilité des équipes ainsi qu'une diminution du recours aux professionnels extérieurs au service.

Toutefois, malgré une amélioration importante de la fidélisation des professionnels et une plus grande stabilité des équipes, certains événements indésirables graves continuent d'être observés. Cette situation met en évidence que la stabilité des effectifs ne suffit pas, à elle seule, à garantir la sécurisation des pratiques ou le développement des compétences. Néanmoins, la stabilité des équipes ne permet pas, à elle seule, de résoudre l'ensemble des difficultés rencontrées par le service.
L'analyse de plusieurs événements indésirables graves impliquant de jeunes infirmiers récemment diplômés met notamment en évidence certaines limites dans l'accompagnement, le suivi des compétences et la transmission des savoirs au sein du service. Ces situations conduisent les équipes à s'interroger sur la nécessité de mieux formaliser l'intégration des nouveaux professionnels ainsi que le suivi des compétences au cours de leur parcours professionnel. Par ailleurs, certaines difficultés sont également identifiées chez des professionnels plus expérimentés, notamment autour de pratiques ou de connaissances n'ayant pas été réactualisées au fil du temps. Ces constats renforcent l'idée qu'un suivi des compétences ne doit pas uniquement concerner les nouveaux arrivants, mais s'inscrire dans une dynamique continue d'accompagnement, de formation et d'actualisation des connaissances.

Dans ce contexte, la candidature au label « service apprenant » répond à plusieurs objectifs. Le premier est de renforcer l'accompagnement des nouveaux professionnels afin de sécuriser davantage les pratiques et de favoriser le développement des compétences. La démarche de labellisation vise ainsi non seulement à développer les compétences des professionnels, mais également à structurer davantage les modalités de transmission, d'accompagnement et de formation au sein du service. Le projet vise également à créer une dynamique collective associant les équipes paramédicales et médicales autour des enjeux de formation et de transmission des savoirs. Le soutien du chef de service permet également d'impliquer les médecins dans cette démarche afin de favoriser leur

disponibilité auprès des équipes paramédicales. Enfin, cette démarche répond également aux attentes des jeunes professionnels recrutés dans le service, qui expriment un besoin important d'apprentissage, d'accompagnement et de consolidation des compétences.
Le DMIIC s'inscrit dans une dynamique centrée sur la sécurisation des pratiques et l'accompagnement de jeunes professionnels, les enjeux observés au sein du service de rhumatologie apparaissent différents.

3.1.3 Objectifs et enjeux en rhumatologie

Le service de rhumatologie est composé d'équipes stables et de professionnels expérimentés. Les prises en charge concernent principalement des pathologies chroniques et reposent sur une coordination importante entre les différents professionnels intervenant dans le parcours de soins.
Dans ce service, les enjeux du label « service apprenant » sont différents de ceux du DMIIC. Le projet ne vise pas principalement à répondre à des difficultés liées à la technicité des soins ou à la sécurisation des pratiques, mais davantage à des problématiques de recrutement et de fidélisation concernant les kinésithérapeutes.

L'organisation des kinésithérapeutes au sein de l'établissement présente en effet certaines spécificités. Une partie des kinésithérapeutes de l'hôpital intervient de manière transversale dans différents services à partir de prescriptions médicales. À l'inverse, les kinésithérapeutes exerçant en rhumatologie travaillent majoritairement dans ce secteur et développent une expertise spécifique liée aux pathologies prises en charge. Toutefois, ils ne dépendent pas directement du service de rhumatologie mais du service de rééducation, avec un encadrement distinct.
La profession de kinésithérapeute constitue aujourd'hui une profession particulièrement en tension. Plusieurs difficultés de recrutement et de fidélisation sont identifiées au sein de cette équipe, notamment en lien avec les modalités d'accompagnement des étudiants et des nouveaux professionnels. Deux kinésithérapeutes mettent notamment en évidence l'absence de formalisation du parcours des étudiants ainsi que certaines difficultés d'intégration et d'accompagnement.
L'un d'eux est également engagé dans des activités de recherche et de doctorat en collaboration avec le chef de service de rhumatologie. Cette dynamique universitaire et scientifique participe au développement de projets autour de la formation, de la recherche et de l'accompagnement des étudiants au sein du secteur. Le projet de labellisation constitue ainsi également un levier de reconnaissance et de visibilité pour certaines activités pédagogiques, universitaires et professionnelles développées au sein du service.

Le projet de labellisation vise ainsi à structurer davantage l'accueil, l'accompagnement et la formation des étudiants et des professionnels kinésithérapeutes. Il a également pour objectif de renforcer l'attractivité du secteur et de favoriser la fidélisation des professionnels. Au-delà des problématiques de recrutement et de fidélisation, le projet de labellisation soulève également des enjeux de reconnaissance professionnelle au sein du service.

Par ailleurs, le projet répond également à un enjeu de valorisation des professionnels paramédicaux du service. Les prises en charge apparaissant parfois fortement protocolisées, certaines compétences spécifiques développées par les professionnels peuvent être peu visibles. Pourtant, les équipes développent progressivement des compétences particulières liées à l'accompagnement des

patients atteints de pathologies chroniques, à la coordination des soins ainsi qu'au travail pluriprofessionnel.

Les pratiques d'accompagnement et de transmission existent déjà au sein du service, mais elles reposent principalement sur des dynamiques informelles entre professionnels expérimentés et nouveaux arrivants. La démarche de labellisation vise ainsi également à rendre ces pratiques plus visibles, plus structurées et davantage reconnues institutionnellement. Ces différences de fonctionnement et d'enjeux expliquent ainsi le choix institutionnel d'intégrer les deux services dans une même dynamique de labellisation.

3.1.4 Le choix des deux services et les attentes institutionnelles

Le DMIIC et le service de rhumatologie appartiennent au même DMU mais présentent des organisations, des fonctionnements et des problématiques très différentes. Le choix de ces deux services dans le cadre du projet permet ainsi d'observer des dynamiques de labellisation distinctes selon les réalités organisationnelles, les besoins des équipes ainsi que les enjeux propres à chaque secteur.

Au DMIIC, les enjeux concernent principalement la sécurisation des pratiques, l'accompagnement des jeunes professionnels et la gestion de situations complexes et instables. Le service recrute majoritairement de jeunes infirmiers diplômés récemment, devant rapidement développer des compétences techniques, organisationnelles et relationnelles dans un environnement marqué par l'urgence, l'incertitude et la complexité clinique. Dans ce contexte, le label « service apprenant » apparaît comme un levier permettant de structurer davantage l'accompagnement des professionnels, le suivi des compétences ainsi que les modalités de transmission des savoirs.
À l'inverse, en rhumatologie, les enjeux reposent davantage sur la structuration des parcours d'intégration, la valorisation des compétences paramédicales ainsi que les problématiques de recrutement et de fidélisation des kinésithérapeutes. Le projet vise également à rendre plus visibles certaines pratiques d'accompagnement, de formation et de transmission déjà présentes au sein du service mais reposant essentiellement sur des modalités informelles.
Ainsi, même si les deux services s'inscrivent dans une même démarche institutionnelle de labellisation, les objectifs poursuivis, les dynamiques professionnelles et les besoins des équipes restent différents. Le label « service apprenant » ne répond donc pas aux mêmes problématiques selon les contextes organisationnels.

À travers ces deux projets, les attentes institutionnelles sont d'encourager le développement d'organisations apprenantes au sein des services de soins, mais également d'augmenter le nombre de services labellisés au sein de l'établissement. L'hôpital compte actuellement peu de services engagés dans cette démarche, ce qui renforce les attentes institutionnelles autour du déploiement du label. Au-delà de la reconnaissance institutionnelle, cette démarche s'inscrit également dans un contexte marqué par les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé. Le label constitue ainsi un outil permettant de valoriser les dynamiques de formation, d'accompagnement et de développement des compétences au sein des équipes. Il participe également à promouvoir une image de services investissant dans l'apprentissage, l'intégration des nouveaux professionnels et la qualité de vie au travail.

Enfin, cette démarche traduit également une volonté institutionnelle de développer des organisations davantage centrées sur les apprentissages professionnels, la transmission des savoirs, la coopération entre les acteurs et l'amélioration continue des pratiques.

3.2. La conduite du projet : de l'initiation à la mise en œuvre

3.2.1 Phase d'initiation : appréhender les réalités organisationnelles

La phase d'initiation du projet « service apprenant » ne repose pas uniquement sur la définition d'actions ou la réponse aux critères du référentiel. Elle nécessite avant tout une compréhension progressive des réalités organisationnelles, des cultures professionnelles et des dynamiques relationnelles propres à chaque service. Cette approche peut être mise en lien avec les travaux de Jean-Paul Dumond[84], qui souligne que les transformations au sein des organisations hospitalières nécessitent de prendre en compte les cultures professionnelles, les modes de fonctionnement des équipes ainsi que les dynamiques collectives présentes sur le terrain.

La mise en place du projet conduit ainsi à analyser les différentes cultures professionnelles des deux services, leurs habitudes de fonctionnement, leurs représentations du travail, mais également leurs logiques de reconnaissance professionnelle. Bien que les professionnels travaillent quotidiennement ensemble autour des mêmes patients, les représentations du soin, du travail collectif ou encore de l'implication dans la vie du service apparaissent différentes selon les catégories professionnelles et les contextes organisationnels. Les professionnels du DMIIC et de rhumatologie ne portent ainsi pas le même regard sur le rôle du « service apprenant » ni sur les objectifs poursuivis par cette démarche.

Au DMIIC, le fait d'exercer au sein du service facilite l'identification rapide de certains enjeux. Une forte culture de l'urgence est observée dans un contexte marqué par des prises en charge complexes et un rythme de travail soutenu. Les jeunes professionnels expriment rapidement un besoin important d'accompagnement et d'intégration individualisée. Lors des entretiens de recrutement ou des échanges avec les étudiants, les questions autour du parcours d'intégration, de l'accompagnement ou encore de l'adaptation des objectifs aux difficultés rencontrées reviennent fréquemment. Cette attente traduit une demande importante d'accompagnement lors de l'arrivée dans le service.
Par ailleurs, l'histoire récente du service, marquée par plusieurs événements indésirables graves impliquant de jeunes professionnels, renforce les enjeux de sécurisation des pratiques et de développement des compétences. Le projet « service apprenant » apparaît alors comme un levier permettant de renforcer la sécurisation des soins, mais également de soutenir les professionnels dans des situations de travail particulièrement exigeantes. Dans ce contexte, la mise en place de nombreuses actions de formation et d'accompagnement soulève également des tensions liées à la charge de travail et au rythme soutenu du service.

En rhumatologie, la phase d'initiation apparaît plus complexe. La compréhension du fonctionnement du service, des relations entre acteurs et des dynamiques collectives nécessite davantage de temps d'observation et d'échanges. Les

[84] Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles*. Seli Arslan.

équipes apparaissent stables, avec des habitudes de fonctionnement déjà fortement installées et des pratiques relativement protocolisées. Les enjeux du projet diffèrent également de ceux observés au DMIIC et concernent davantage l'attractivité, la fidélisation des kinésithérapeutes ainsi que la valorisation des professionnels paramédicaux au sein du service.
L'analyse du terrain met également en évidence l'importance des relations hiérarchiques et des jeux d'acteurs dans la dynamique du projet. L'encadrement occupe une place centrale au sein du service et constitue une ressource importante aussi bien pour les équipes paramédicales que médicales. Des relations de confiance fortes existent entre les professionnels et la cadre de santé, qui apparaît comme un acteur central dans le fonctionnement quotidien du service. Toutefois, certaines logiques d'acteurs et des équilibres relationnels spécifiques sont progressivement observés entre les différents professionnels impliqués dans le projet.

Ces éléments conduisent progressivement à adapter le pilotage du projet selon les réalités propres à chaque service.

Afin de structurer cette phase d'initiation, plusieurs outils de pilotage et d'analyse ont été mobilisés. Un diagramme de Gantt a tout d'abord été élaboré afin de planifier les différentes étapes du projet et d'organiser le déploiement des actions dans les deux services (cf. annexe 6). Cet outil visait à donner une visibilité globale au projet et à coordonner les différentes temporalités institutionnelles et organisationnelles. Toutefois, cette planification initiale a rapidement nécessité des ajustements en fonction des contraintes de terrain, des disponibilités des équipes, des réorganisations internes ainsi que des différents événements survenus au cours du projet. Cette évolution progressive du calendrier a mis en évidence la nécessité d'un pilotage adaptatif, davantage centré sur les réalités organisationnelles que sur une application strictement linéaire du projet.

Parallèlement, une analyse de type SWOT a été réalisée afin d'identifier les forces, les fragilités, les opportunités et les contraintes propres à chaque service (cf. annexe 5). Cet outil a permis de mettre en évidence les différences de fonctionnement entre le DMIIC et le service de rhumatologie, mais également d'adapter les priorités du projet en fonction des enjeux spécifiques observés dans chaque équipe. Cette analyse a notamment permis d'objectiver les besoins importants d'accompagnement des jeunes professionnels au DMIIC, mais également les enjeux d'attractivité, de fidélisation et de coordination interprofessionnelle observés en rhumatologie.

La phase d'initiation a également reposé sur de nombreux temps d'échanges avec les différents acteurs impliqués dans le projet. Des réunions préalables ont notamment été organisées avec les chefs de service ainsi qu'avec les cadres de santé afin de présenter la démarche, de recueillir leur accord et de préciser les modalités de collaboration autour du projet. En rhumatologie, cette phase a également nécessité un travail spécifique de clarification du rôle de pilote du projet et des modalités de coordination avec l'encadrement du service, afin de garantir une dynamique de travail cohérente.

Enfin, la réalisation d'un sociogramme a constitué un outil d'analyse particulièrement utile dans la compréhension des dynamiques relationnelles et des jeux d'acteurs présents au sein des équipes (cf. annexe 7). Cette analyse a permis d'identifier les acteurs ressources, les relations de confiance, certaines zones de tension ainsi que les relais d'influence susceptibles de favoriser ou de freiner la dynamique du projet. Elle a progressivement conduit à adapter les modalités de communication, les stratégies d'implication des professionnels ainsi que le

positionnement managérial adopté au cours du projet, en fonction des réalités relationnelles propres à chaque service.

Cette phase d'initiation met ainsi en évidence que la conduite d'un projet de transformation au sein d'une organisation hospitalière nécessite, avant toute mise en œuvre opérationnelle, une compréhension fine des cultures professionnelles, des dynamiques collectives, des relations entre acteurs et des résistances présentes au sein des services. La compréhension progressive de ces dynamiques conduit alors à adapter la construction du projet aux besoins spécifiques des équipes, aux fonctionnements observés ainsi qu'aux contraintes propres à chaque service.

Le projet « service apprenant » ne peut ainsi être pensé comme un dispositif standardisé, mais nécessite une élaboration progressive et contextualisée, en lien avec les pratiques professionnelles et les réalités organisationnelles.

3.2.2 Phase d'élaboration : construire un projet ancré dans les pratiques

Une fois les réalités organisationnelles et les dynamiques professionnelles identifiées, la phase d'élaboration du projet vise à construire progressivement une organisation apprenante adaptée aux besoins des équipes et aux spécificités de chaque service. Cette phase ne consiste pas uniquement à répondre aux critères attendus pour l'obtention du label « service apprenant », mais davantage à engager les professionnels dans une dynamique collective d'apprentissage, de réflexion et d'amélioration continue des pratiques.

Dans cette perspective, le projet est construit à partir des attentes et des besoins exprimés par les professionnels eux-mêmes. Des entretiens formels et informels sont réalisés avec les étudiants, les nouveaux professionnels ainsi que les équipes expérimentées afin d'identifier leurs attentes, leurs difficultés et leur perception de l'accompagnement proposé au sein des services. Les échanges avec les jeunes professionnels mettent notamment en évidence une attente importante autour de l'intégration individualisée, du suivi des compétences et du besoin d'être accompagnés dans des environnements de travail complexes. Les étudiants expriment également des attentes fortes concernant l'encadrement, la qualité des stages et la sécurisation progressive des apprentissages. Ces échanges permettent d'avoir une vision plus globale des besoins des équipes et d'ajuster progressivement les dispositifs proposés.

Cette phase d'élaboration conduit également à développer différents outils construits avec les professionnels afin de favoriser leur implication dans le projet. La création des cartographies des compétences constitue notamment un support permettant de mieux identifier les ressources présentes au sein des équipes, les compétences développées par certains professionnels ainsi que les besoins d'accompagnement existants. Au-delà d'une simple évaluation technique, ces outils permettent également d'analyser les savoir-faire, le savoir-être, les capacités d'adaptation ou encore les dynamiques relationnelles observées au sein des équipes.
Cette phase d'élaboration met en évidence que certaines compétences développées par les professionnels restent peu visibles dans les organisations hospitalières. Les échanges réalisés avec les équipes montrent que certains professionnels sont spontanément identifiés par leurs collègues comme personnes ressources sur des thématiques spécifiques, indépendamment de leur ancienneté

ou de leur position hiérarchique. Ces compétences informelles apparaissent notamment lors des situations complexes, des demandes d'aide ou des échanges quotidiens entre professionnels.

L'élaboration des cartographies des compétences (cf. annexe 9) et les entretiens réalisés avec les équipes permettent ainsi de rendre plus visibles certaines expertises présentes au sein des services, mais peu reconnues institutionnellement. Cette démarche contribue également à valoriser les savoirs expérientiels, les capacités d'adaptation et les compétences relationnelles développées dans la pratique quotidienne. Au-delà des outils formels, le projet met ainsi progressivement en évidence l'existence de ressources collectives et de formes de leadership informel participant au fonctionnement des équipes et aux dynamiques d'apprentissage au sein des services.

Parallèlement, plusieurs dispositifs sont progressivement mis en place afin de développer des espaces d'apprentissage collectifs. Les cours médicaux, les simulations, les débriefings, les jeux pédagogiques ou encore les formations pluriprofessionnelles ne poursuivent pas uniquement un objectif de transmission des connaissances. Ils permettent également de créer des temps d'échange autour des pratiques professionnelles, des difficultés rencontrées sur le terrain ou encore des situations cliniques complexes. Ces espaces favorisent progressivement une dynamique de réflexion collective autour des pratiques de soins, du droit à l'erreur et de l'analyse partagée des situations rencontrées dans les services.
Une attention particulière est également portée à l'accessibilité des dispositifs de formation afin de limiter certaines inégalités entre professionnels. Les équipes de nuit, souvent plus éloignées des temps institutionnels et des actions de formation, bénéficient par exemple d'un accès à distance aux cours grâce à la mise en place de dispositifs de visioconférence. Les outils pédagogiques sont également adaptés aux nouvelles modalités d'apprentissage des jeunes professionnels, notamment à travers l'utilisation de supports numériques, de serious games, de jeux pédagogiques ou de simulations en situation réelle.

Enfin, cette phase d'élaboration met rapidement en évidence que le projet ne peut être pensé comme un dispositif figé ou linéaire. Les contraintes organisationnelles, la charge de travail, les difficultés de disponibilité médicale, les résistances de certains professionnels ou encore les imprévus liés à l'activité quotidienne des services nécessitent des ajustements permanents dans le pilotage du projet. Certaines actions doivent être repensées, réorganisées ou temporairement suspendues afin de s'adapter aux réalités du terrain.

L'implication des professionnels apparaît également progressive et variable selon les acteurs, les temporalités et les dynamiques propres à chaque équipe. Certains professionnels s'engagent rapidement dans le projet tandis que d'autres expriment davantage de réserves ou de difficultés à s'investir dans les actions proposées. Cette nécessité d'adaptation permanente est nécessaire afin que les transformations des organisations hospitalières reposent moins sur l'application de modèles standardisés que sur la capacité des acteurs à construire progressivement du sens collectif à partir des réalités du travail[85]. Dans cette perspective, le projet « service apprenant » ne constitue pas uniquement un ensemble d'outils ou d'actions de formation, mais une dynamique évolutive cherchant progressivement à transformer les pratiques collectives et les modes de fonctionnement des services.

[85] Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles*. Seli Arslan.

La phase d'élaboration permet progressivement de construire un projet adapté aux réalités professionnelles des deux services. Néanmoins, la mise en œuvre du projet fait rapidement émerger des écarts entre les objectifs initialement pensés et la réalité du terrain. Les dispositifs mis en place nécessitent alors de nombreux réajustements afin de s'adapter aux contraintes organisationnelles, aux dynamiques collectives et aux temporalités propres aux équipes.

3.2.3 Phase de mise en œuvre : ajustements et transformations

Une fois le projet déployé dans les deux services, plusieurs écarts apparaissent progressivement entre le projet initialement pensé et la réalité du terrain. Bien que les dispositifs mis en place répondent aux attentes exprimées par les professionnels lors des phases d'élaboration, leur mise en œuvre révèle rapidement les contraintes organisationnelles, relationnelles et humaines présentes au sein des services. La transformation des organisations ne peut ainsi être envisagée comme un processus linéaire ou immédiatement stabilisé.

Le projet prévoit notamment la mise en place régulière de formations mensuelles afin de renforcer les compétences des équipes autour de situations cliniques complexes propres au service. Pourtant, malgré des demandes initiales importantes de la part des soignants concernant l'accès à des formations spécialisées, la participation apparaît progressivement variable selon les périodes, les intervenants et les contraintes du service. Les professionnels évoquent régulièrement la charge de travail, le manque de temps ou encore les difficultés organisationnelles pour expliquer leur absence à certaines formations. Dans certaines situations, la présence de professionnels extérieurs au service conduit également certains soignants à préférer rester dans les unités afin d'assurer eux-mêmes la continuité des soins auprès des patients. Ces éléments traduisent une tension permanente entre les objectifs de développement des compétences et les réalités quotidiennes du fonctionnement hospitalier.

La mise en œuvre du projet révèle également une forme d'essoufflement progressif liée à la répétition des dispositifs de formation dans le temps. Certains professionnels expriment une fatigue vis-à-vis de l'investissement demandé, y compris lorsque les heures de formation sont récupérées. D'autres considèrent déjà maîtriser certaines thématiques abordées et ne perçoivent plus l'intérêt de participer régulièrement aux formations proposées. Cette situation met en évidence que l'adhésion aux dispositifs d'apprentissage ne repose pas uniquement sur les contenus pédagogiques, mais également sur le sens donné au projet, l'état général des équipes et la reconnaissance ressentie par les professionnels dans leur travail quotidien.
La mobilisation des équipes apparaît également variable selon les intervenants réalisant les formations. Certains professionnels parviennent à susciter une participation spontanée et active des soignants, favorisant des échanges nombreux, aussi bien en présentiel qu'en visioconférence. À l'inverse, d'autres rencontrent davantage de difficultés à mobiliser les équipes malgré une expertise clinique reconnue. Cette situation met en évidence que l'engagement des professionnels dans les démarches de formation ne repose pas uniquement sur les compétences techniques des intervenants, mais également sur la qualité des relations professionnelles construites au quotidien au sein des services et sur leur capacité à créer une dynamique collective d'apprentissage.

Les soignants semblent en effet conditionner partiellement leur adhésion aux dispositifs de formation à la qualité des relations entretenues avec les intervenants médicaux dans leur pratique quotidienne. Le respect mutuel, la reconnaissance du travail paramédical ainsi que les modalités de communication apparaissent comme des éléments influençant fortement l'implication des équipes dans les projets de formation. La non-participation à certaines formations peut alors être interprétée non seulement comme un manque de disponibilité, mais également comme une forme de positionnement implicite de la part des équipes paramédicales. Cette situation peut être mise en lien avec les travaux de Crozier et Friedberg[86], pour lesquels les acteurs conservent toujours des marges de manœuvre au sein des organisations et développent différentes stratégies d'adaptation ou de résistance face aux dispositifs institutionnels.

Toutefois, ces espaces de formation contribuent également progressivement à transformer certaines relations interprofessionnelles. Les cours médicaux deviennent peu à peu des espaces d'échange permettant aux médecins et aux soignants de mieux comprendre leurs contraintes respectives, leurs temporalités de travail ainsi que leurs logiques professionnelles propres. Les équipes paramédicales expriment notamment une meilleure compréhension des priorisations médicales et des demandes réalisées dans certaines situations cliniques complexes. À l'inverse, plusieurs médecins prennent progressivement conscience des contraintes organisationnelles rencontrées quotidiennement par les soignants, notamment autour des tours de soins, des horaires ou des charges de travail.

Les dispositifs de formation ne constituent alors plus uniquement des temps de transmission descendante des connaissances, mais deviennent progressivement des espaces de réflexivité collective autour des pratiques professionnelles et de l'organisation du travail. Certains échanges conduisent ainsi à modifier les représentations que les professionnels possèdent les uns des autres et favorisent une meilleure compréhension des enjeux de chaque profession dans la prise en soin des patients. Cette dynamique rejoint les principes des organisations apprenantes, dans lesquelles les apprentissages se construisent collectivement à partir des expériences du terrain et des interactions entre les acteurs.

Les transformations demeurent fragiles et nécessitent des réajustements permanents. L'implication des professionnels reste variable selon les périodes, les contraintes organisationnelles, la fatigue des équipes ou encore les changements d'effectifs. Le projet nécessite ainsi une adaptation continue afin de maintenir la dynamique engagée et éviter son essoufflement progressif. Chaque arrivée de nouveaux professionnels ou chaque modification organisationnelle vient potentiellement fragiliser les équilibres construits au sein des équipes.
Le projet « service apprenant » apparaît alors moins comme un dispositif figé que comme une dynamique évolutive se transformant continuellement au contact du terrain. Ce sont finalement les réalités professionnelles, les interactions entre acteurs et les ajustements réalisés au quotidien qui participent progressivement à transformer l'organisation elle-même en organisation apprenante.

3.3. La transformation des organisations à l'épreuve du terrain

La mise en place du label « service apprenant » dans les deux services met rapidement en évidence que la transformation des organisations ne peut être réduite à la seule application d'un référentiel institutionnel. Elle suppose une

[86] Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil

confrontation permanente aux réalités du terrain, aux dynamiques humaines et aux contraintes organisationnelles propres à chaque collectif de travail.

Au DMIIC : quand un dispositif prometteur s'essouffle

Le dispositif de simulation en situation d'urgence vitale, financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et piloté par deux médecins seniors et une infirmière référente, constitue l'une des actions phares du projet. Fondé sur des séances régulières reproduisant des situations d'aggravation clinique pouvant évoluer vers un arrêt cardio-respiratoire, il vise à renforcer les compétences techniques et non techniques des professionnels : communication, coordination et gestion des situations d'urgence. Son ambition s'inscrit pleinement dans la logique de l'hôpital apprenant décrite par Ballé, Couillard et Seltzer[87], fondée sur l'apprentissage en situation de travail et l'analyse collective des pratiques.
Pourtant, malgré un démarrage positif, le dispositif cesse progressivement de fonctionner entre juin 2025 et janvier 2026. Cette situation illustre concrètement ce que soulignent Autissier et Moutot [88]: la mise en place d'un projet ne garantit pas son appropriation par les acteurs, et les résistances au changement constituent des réactions fréquentes face à une modification des pratiques professionnelles. Plusieurs freins apparaissent progressivement : une perte de motivation des référents, des difficultés à intégrer les séances dans l'organisation quotidienne du service, et des résistances croissantes des soignants liées à la charge de travail, à la peur du jugement entre pairs et au sentiment d'insécurité face aux situations simulées. Le projet avait initialement été pensé principalement comme un outil de formation, sans suffisamment prendre en compte les représentations professionnelles ni les besoins d'accompagnement des équipes.

Les retours d'expérience issus des premières séances mettent par ailleurs en évidence plusieurs difficultés persistantes : manque de formalisation des rôles lors des urgences vitales, difficultés de communication interprofessionnelle et besoin important d'accompagnement des nouveaux arrivants. Ces constats conduisent à repenser le dispositif. Les groupes de simulation sont réorganisés en associant professionnels expérimentés et moins expérimentés. Les scénarios sont davantage ancrés dans les réalités du service. Des temps de débriefing systématiques sont instaurés, créant un espace fondé sur le droit à l'erreur et l'analyse collective, sans jugement. Le dispositif est également intégré dans le parcours d'accueil des nouveaux professionnels et des étudiants, et les retours d'expérience positifs issus de situations réelles sont valorisés afin de redonner du sens au projet. Ces ajustements permettent progressivement une reprise du dispositif et une amélioration de l'adhésion des équipes, confirmant que la réussite d'un tel projet repose moins sur l'outil lui-même que sur la capacité à accompagner les professionnels et à construire des conditions favorisant l'appropriation collective.

En rhumatologie : naviguer dans les jeux d'acteurs

La transformation organisationnelle prend une forme différente en rhumatologie, où elle se joue davantage sur le terrain des relations interprofessionnelles et des équilibres de pouvoir. Lors de la présentation du projet, plusieurs enjeux relationnels apparaissent rapidement. Le chef de service questionne initialement l'intérêt de certaines actions destinées aux équipes paramédicales et ne perçoit pas immédiatement le lien entre développement des compétences, attractivité et

[87] Ballé, M., Couillard, J., & Seltzer, M. (2020). *L'hôpital apprenant : Améliorer la qualité des soins en s'appuyant sur le terrain*. Dunod
[88] Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage*. Paris : Dunod

fidélisation. Cette situation s'éclaire à travers l'analyse de Crozier et Friedberg[89] sur les jeux d'acteurs et les zones d'incertitude. Le chef de service détient en effet une zone de pouvoir importante : il contrôle la disponibilité des médecins, la réalisation des cours médicaux et l'implication des équipes médicales dans le projet. Les résistances exprimées ne traduisent donc pas uniquement un désaccord sur le fond, mais également des enjeux liés à l'organisation du temps médical et à la préservation des équilibres existants.

Parallèlement, la cadre de santé occupe une place centrale dans ces dynamiques. Bien qu'elle refuse initialement de piloter officiellement le projet, elle dispose d'une forte légitimité auprès des équipes paramédicales et d'une connaissance fine des besoins en formation exprimés lors des entretiens annuels et des échanges informels. Elle constitue ainsi une ressource essentielle, dont la mobilisation conditionne en grande partie l'appropriation du projet par les équipes. Face à plusieurs mois sans avancée concrète sur la programmation des cours médicaux, une approche stratégique est privilégiée plutôt qu'une démarche prescriptive. Le choix est fait d'adresser au chef de service et à la cadre un tableau volontairement simple, prérempli uniquement avec les mois de l'année et des espaces à compléter, sans demande injonctive. Cette stratégie vise à redonner une marge d'action aux acteurs et à favoriser leur implication progressive, sans les placer en difficulté ni remettre en cause leur fonctionnement. La réaction est rapide : la cadre de santé contacte directement un médecin référent, reprend la coordination opérationnelle du projet et complète en quelques jours l'ensemble du planning annuel des formations. Elle s'appuie pour cela sur un travail qu'elle avait déjà réalisé en amont, recensant les attentes et besoins en formation des professionnels, sans les avoir encore formalisés dans le cadre du projet.
Cette situation illustre pleinement l'analyse de Crozier et Friedberg[90] : en mobilisant directement un médecin référent, la cadre contourne indirectement certaines résistances sans entrer dans une opposition frontale, réinvestissant ainsi une marge d'autonomie et repositionnant progressivement sa place dans la dynamique décisionnelle du service. Elle confirme également ce que soulignent Autissier et Moutot[91] : donner du sens au changement et reconnaître l'implication des acteurs constituent des leviers essentiels de l'accompagnement. Les cours médicaux ne sont pas uniquement des outils de transmission des connaissances ; ils participent à renforcer les échanges entre médecins et paramédicaux, à partager les difficultés du terrain et à favoriser une meilleure compréhension des contraintes de chacun.

Ces deux expériences convergent vers un même constat : la transformation d'une organisation ne se décrète pas. Elle se construit dans la durée, à travers des ajustements permanents, une lecture fine des dynamiques humaines et une capacité à adapter le pilotage aux réalités de chaque collectif. Comme le souligne Pour Crozier, le changement organisationnel ne peut être décrété. Il nécessite des stratégies permettant aux organisations de devenir plus souples et de favoriser davantage la participation des acteurs. Le label « service apprenant » ne fait pas exception à cette règle : sa mise en œuvre révèle autant les ressources des équipes que leurs résistances, autant les marges de manœuvre du manager que les limites de son action.

[89] Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil
[90] Ibid
[91] Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage*. Paris : Dunod

3.4. Les dynamiques favorables à l'émergence d'une organisation apprenante

L'émergence d'une organisation apprenante au sein des deux services semble reposer moins sur les seuls dispositifs de formation ou sur l'application d'un référentiel institutionnel que sur les dynamiques relationnelles présentes au sein des équipes, la reconnaissance professionnelle et le sens collectivement attribué au projet.

Au DMIIC, le projet « service apprenant » s'inscrit dans une dynamique déjà fortement ancrée au sein du service. Les équipes apparaissent particulièrement investies dans les démarches d'évolution des pratiques, les projets innovants et les nouvelles modalités d'apprentissage. Cette dynamique se retrouve aussi bien dans les pratiques de soins que dans les expérimentations organisationnelles et pédagogiques conduites au sein du service.
Les professionnels manifestent régulièrement un intérêt pour de nouveaux outils, matériels ou pratiques susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients ainsi que les conditions d'exercice des équipes. Le service participe ainsi fréquemment à des expérimentations institutionnelles portant sur des dispositifs innovants, de nouvelles modalités de formation ou encore l'évolution des organisations de soins.

Face à cette dynamique, le management doit continuellement adapter les projets proposés, les modalités d'apprentissage ainsi que les organisations mises en place afin de répondre aux attentes des professionnels. Cette capacité d'adaptation semble participer à la valorisation des équipes, qui se sentent reconnues dans leurs besoins, leurs compétences ainsi que dans leur volonté d'évolution professionnelle. Le projet « service apprenant » ne crée donc pas cette dynamique collective, mais vient plutôt s'appuyer sur une culture déjà tournée vers le changement, l'innovation et le développement des compétences. Le fait que le management s'adapte à cette culture professionnelle semble renforcer l'implication des équipes, qui perçoivent cette dynamique comme une forme de reconnaissance et de valorisation professionnelle. Les jeunes professionnels identifient notamment le DMIIC comme un service permettant une montée en compétences rapide et importante, notamment avant une orientation vers des secteurs plus spécialisés comme les soins critiques. Cette recherche de progression professionnelle participe fortement à l'investissement des équipes dans les dispositifs proposés.

En rhumatologie, les dynamiques observées reposent davantage sur les relations interprofessionnelles et les équilibres construits entre certains acteurs clés du service. Les équipes étant stables depuis plusieurs années, les professionnels développent progressivement des repères relationnels solides et identifient clairement certaines personnes ressources vers lesquelles ils se tournent selon les situations rencontrées. Les coopérations professionnelles semblent ainsi largement soutenues par les relations de confiance construites au quotidien entre les différents professionnels du service. La relation entre les kinésithérapeutes et l'équipe médicale apparaît particulièrement structurante dans la dynamique du projet. Le chef de service valorise régulièrement l'expertise des kinésithérapeutes et souligne leur rôle essentiel dans la prise en soin des patients. Cette reconnaissance semble renforcer leur implication dans le projet « service apprenant ». Les kinésithérapeutes apparaissent particulièrement investis dans cette démarche, avec une volonté de valoriser les pratiques développées au sein du service, mais également de renforcer l'attractivité de leur activité et de fidéliser les professionnels.

Les dynamiques favorisant l'émergence d'une organisation apprenante ne reposent pas sur un modèle unique.

Au DMIIC, l'apprentissage collectif semble principalement soutenu par une culture déjà tournée vers le changement et le développement des compétences. En rhumatologie, il repose davantage sur des relations de confiance, des alliances professionnelles spécifiques ainsi qu'une forte reconnaissance entre certains acteurs du service.

Dans les deux services, la reconnaissance professionnelle apparaît néanmoins comme un élément particulièrement central dans l'engagement des équipes. Les éléments recueillis montrent que lorsque les professionnels se sentent considérés dans leurs compétences, valorisés dans leur travail quotidien et reconnus dans leur rôle au sein du service, ils s'investissent davantage dans les projets collectifs, les formations et les dynamiques d'apprentissage.
La reconnaissance semble ainsi donner du sens au travail réalisé et renforcer le sentiment d'appartenance au collectif. Comme le souligne Christophe Dejours, la reconnaissance constitue un élément essentiel dans l'investissement subjectif des professionnels dans leur travail. Les professionnels paraissent chercher à maintenir un haut niveau de compétence afin d'être à la hauteur de la confiance qui leur est accordée par les équipes médicales, l'encadrement ou le collectif de travail. Une forme d'engagement réciproque semble progressivement se construire : le fait de se sentir reconnu et valorisé conduit les professionnels à accepter plus facilement les efforts demandés par l'organisation, qu'il s'agisse du temps consacré aux formations, de l'investissement personnel ou encore de l'implication dans les projets du service.

Cette dynamique apparaît particulièrement visible dans les relations entre les équipes paramédicales et médicales. La reconnaissance exprimée par les médecins semble avoir une portée importante dans l'investissement des soignants. Les professionnels paraissent davantage s'engager lorsqu'ils ont le sentiment que leurs compétences sont reconnues, que leur travail est valorisé et qu'ils occupent une place importante dans le fonctionnement du service. Cette reconnaissance favorise également un respect mutuel entre les différents professionnels, renforçant les coopérations interprofessionnelles ainsi qu'une forme de sécurité relationnelle au sein des équipes.
Cette reconnaissance semble contribuer au développement d'une identité collective forte. Les professionnels semblent progressivement s'identifier au service, aux valeurs portées par les équipes ainsi qu'aux dynamiques collectives mises en place. Cette fierté d'appartenance paraît renforcer l'engagement des professionnels dans le maintien d'un haut niveau de qualité des soins et dans le développement des compétences collectives.

Les tensions relationnelles, les changements organisationnels, les conflits hiérarchiques ou encore l'essoufflement des équipes peuvent rapidement fragiliser les équilibres construits au sein des services. Certaines équipes peuvent utiliser leur participation au projet comme moyen d'expression ou de négociation face à des changements organisationnels vécus comme contraignants. Le maintien d'une organisation apprenante nécessite ainsi des ajustements permanents, mais également une attention constante portée aux relations professionnelles, à la reconnaissance des équipes et au sens donné collectivement au projet.

3.5. Les zones de fragilité du dispositif

Les dynamiques favorisant l'émergence d'une organisation apprenante constituent également des zones potentielles de fragilité. Le projet repose en grande partie sur les relations humaines, l'implication d'acteurs moteurs, les équilibres collectifs ainsi que sur le sens donné au travail et aux apprentissages. Cette dépendance aux dynamiques relationnelles rend le dispositif particulièrement sensible aux tensions organisationnelles, aux évolutions de positionnement des acteurs ou encore à l'essoufflement des équipes.
Une première fragilité identifiée concerne la forte dépendance du projet à certains acteurs clés. Les médecins investis dans la démarche apparaissent comme des éléments moteurs de la dynamique apprenante. Leur implication contribue fortement à la crédibilité du projet auprès des équipes paramédicales et favorise l'adhésion des professionnels aux dispositifs proposés.
De plus, lorsque les médecins participent activement aux formations, s'impliquent dans les projets ou valorisent les professionnels, les équipes paramédicales s'investissent davantage dans les démarches d'apprentissage. À l'inverse, un désengagement médical semble pouvoir fragiliser rapidement la dynamique collective et limiter la mobilisation des équipes autour du projet.

Les cadres de santé occupent également une place centrale dans le fonctionnement du dispositif. Ils assurent la coordination des projets, l'organisation des formations, la mobilisation des équipes ainsi que les liens entre les différents acteurs impliqués dans la démarche. Les kinésithérapeutes de rhumatologie constituent eux aussi des acteurs particulièrement moteurs dans le projet puisqu'ils sont à l'origine de la démarche de labellisation et portent fortement la dynamique apprenante au sein du service. Leur implication est d'autant plus importante qu'ils bénéficient d'une forte reconnaissance de la part du chef de service.
Toutefois, cette forte dépendance à certains acteurs constitue également une fragilité importante pour le dispositif. Lorsque certains professionnels moteurs se retirent, changent de service, s'essoufflent ou se désengagent du projet, la dynamique collective peut rapidement ralentir, voire s'interrompre temporairement. Les acteurs occupant une place centrale dans le fonctionnement des services possèdent ainsi une capacité importante d'influence sur le rythme, l'évolution et la continuité du projet.

Le risque d'essoufflement des équipes constitue également une zone de fragilité importante. Les professionnels évoquent régulièrement la fatigue liée à la charge de travail, à la multiplication des projets institutionnels ou encore à l'investissement demandé autour des formations et des démarches collectives. Le projet « service apprenant » s'inscrit dans une temporalité longue nécessitant un engagement durable des équipes. Or, même les professionnels les plus investis semblent présenter des limites face à la répétition des sollicitations institutionnelles, aux contraintes organisationnelles ou à la charge mentale associée au travail hospitalier.

Cette fatigue apparaît particulièrement visible dans certaines situations où les équipes utilisent leur participation au projet comme moyen de négociation face à d'autres problématiques organisationnelles. Certaines équipes de nuit conditionnent désormais leur implication dans les formations et les actions du projet à l'évolution des discussions concernant leurs horaires de travail. La participation au projet devient alors un espace d'expression des tensions organisationnelles présentes au sein du service. Ces situations montrent que l'engagement dans une

organisation apprenante ne peut être totalement dissocié des conditions de travail, du climat social ou encore du sentiment d'écoute des équipes.
La temporalité du projet constitue également une fragilité importante du dispositif. Le développement d'une organisation apprenante nécessite du temps, des ajustements progressifs ainsi qu'une disponibilité importante des équipes et de l'encadrement. Or, les services hospitaliers évoluent dans un environnement fortement rythmé par les injonctions institutionnelles, les audits, les contrôles qualité ou encore les échéances de certification. Dans ce contexte, certaines priorités institutionnelles peuvent temporairement prendre le dessus sur les dynamiques d'apprentissage collectif.

Cette situation apparaît particulièrement visible en rhumatologie. À l'approche de la certification de l'établissement, l'encadrement du service se retrouve fortement mobilisé par les exigences institutionnelles, les réajustements organisationnels et les nombreuses demandes liées à la préparation de la certification. Face à cette surcharge, la cadre de santé choisit de temporiser le projet « service apprenant » tout en maintenant les formations médicales déjà engagées. Le projet de labellisation est ainsi progressivement mis en pause depuis le mois d'avril afin d'être repris après le passage de la certification prévu en novembre. Cette situation met en évidence la difficulté de maintenir durablement une dynamique apprenante lorsque les équipes et l'encadrement sont déjà fortement sollicités par d'autres priorités institutionnelles.

Des tensions hiérarchiques et managériales apparaissent également comme des éléments pouvant fragiliser la dynamique apprenante. En rhumatologie notamment, le projet semble fortement dépendre de l'implication de l'encadrement du service. La cadre de santé occupe une place centrale dans le fonctionnement quotidien ainsi que dans les relations avec les équipes paramédicales. Une organisation managériale très centralisée peut parfois limiter l'autonomisation des professionnels et rendre plus difficile l'émergence de dynamiques collectives spontanées. Or, le développement d'une organisation apprenante repose précisément sur la participation active des équipes, la circulation des savoirs, le partage des expériences et l'implication collective dans les apprentissages.
Cette situation met en évidence l'importance d'un équilibre entre pilotage institutionnel, accompagnement managérial et autonomie des professionnels afin de favoriser une dynamique d'apprentissage durable au sein des équipes.

Le sens donné au projet n'est pas partagé de manière homogène entre les professionnels. Certaines aides-soignantes perçoivent les formations ou les démarches d'apprentissage comme une contrainte supplémentaire venant s'ajouter à la charge physique et émotionnelle du travail quotidien. D'autres professionnels plus expérimentés considèrent parfois maîtriser déjà certaines compétences et ne perçoivent plus l'intérêt de participer à certaines formations. En rhumatologie, certains professionnels semblent davantage percevoir le projet comme une demande institutionnelle ou comme une démarche portée principalement par les kinésithérapeutes, plutôt que comme une véritable dynamique collective de service.

Les modalités de présentation du projet aux équipes semblent également influencer l'appropriation de la démarche par les professionnels. Lorsque les objectifs institutionnels ou administratifs prennent le dessus sur les enjeux d'apprentissage collectif et de développement des compétences, les équipes paraissent plus distantes vis-à-vis du projet. À l'inverse, lorsque les professionnels

comprennent le sens des actions proposées et se sentent intégrés à la dynamique collective, leur engagement semble davantage favorisé.

Ainsi, une organisation apprenante ne constitue jamais un équilibre définitivement stabilisé. Elle dépend fortement des relations entre acteurs, du sens donné collectivement au projet, de la reconnaissance professionnelle ainsi que des équilibres organisationnels présents au sein des services. Les dynamiques favorisant l'apprentissage collectif peuvent donc rapidement se fragiliser lorsque les tensions augmentent, que les acteurs moteurs se désengagent ou que les professionnels ne se reconnaissent plus dans les objectifs portés par le projet.

Le rôle du management apparaît alors essentiel afin de maintenir les équilibres collectifs, soutenir les dynamiques relationnelles et préserver le sens donné aux apprentissages au sein des équipes.

3.6. Piloter une organisation apprenante : entre régulation, adaptation et maintien des équilibres

Les observations réalisées au cours du projet montrent que la fonction de « pilote » du projet a initialement été partiellement mal comprise par certains professionnels. Le terme de pilotage semblait parfois associé à une logique de contrôle ou à l'idée qu'une seule personne devait porter, coordonner et réaliser l'ensemble des actions nécessaires à la labellisation. Or, les réalités observées sur le terrain montrent que le rôle du pilote ne consiste pas à « tout faire », mais davantage à impulser une dynamique collective, créer des liens entre les acteurs et accompagner progressivement les équipes vers une organisation plus apprenante.

Le travail réalisé dans les deux services montre ainsi que le pilotage du projet repose moins sur une logique de maîtrise totale que sur une capacité d'adaptation permanente aux réalités du terrain. Le manager ne contrôle pas directement l'ensemble des dynamiques collectives mais agit davantage comme un régulateur chargé de maintenir les équilibres relationnels, soutenir les acteurs impliqués et ajuster continuellement les stratégies mises en place selon les réactions des équipes.

Le sociogramme réalisé dans le cadre du projet permet également de visualiser certaines dynamiques relationnelles et organisationnelles présentes au sein des deux services. Il met notamment en évidence des fonctionnements collectifs, des tensions de positionnement ainsi que des enjeux de légitimité différents entre le DMIIC et la rhumatologie.
Au DMIIC, le sociogramme montre un réseau particulièrement dense, avec de nombreuses interactions entre les professionnels médicaux, paramédicaux et l'encadrement. Les relations apparaissent relativement multiples et distribuées entre plusieurs acteurs ressources du service. Cette organisation relationnelle semble favoriser la circulation des informations, les coopérations interprofessionnelles ainsi que les dynamiques collectives autour du projet. Le manager y occupe principalement une fonction de coordination et de maintien de la dynamique collective, dans un service où les professionnels apparaissent particulièrement demandeurs de nouveaux projets, de nouvelles pratiques et de nouvelles modalités d'apprentissage.
À l'inverse, en rhumatologie, le réseau relationnel apparaît plus restreint et davantage structuré autour de certains acteurs centraux. Toutefois, les liens observés semblent particulièrement forts et reposent sur des relations de confiance construites au fil du temps entre les professionnels. Les coopérations apparaissent

ainsi moins nombreuses mais plus fortement personnalisées autour de certains acteurs clés du service. Le sociogramme met notamment en évidence la place stratégique occupée par la cadre supérieure de santé dans les dynamiques institutionnelles et relationnelles du projet. Les enjeux de positionnement et de légitimité apparaissent alors beaucoup plus marqués que dans le fonctionnement observé au DMIIC.

Un constat apparaît concernant les limites du pilotage transversal au sein d'une organisation hospitalière fortement hiérarchisée. Bien que positionné comme pilote du projet, le manager ne dispose pas nécessairement d'une autorité hiérarchique directe sur l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche. La légitimité du pilote repose alors davantage sur sa capacité à créer des coopérations, maintenir les relations entre les acteurs et soutenir les dynamiques collectives que sur un pouvoir décisionnel formel.
Cette situation apparaît particulièrement visible dans le cadre du projet mené en rhumatologie. Certaines tensions de positionnement autour du pilotage du projet et des priorités organisationnelles du service sont révélées. Les arbitrages réalisés autour de la certification et de la temporalité du projet montrent que certaines décisions restent fortement dépendantes des positionnements hiérarchiques et institutionnels des différents acteurs. Dans ce contexte, le pilote doit également composer avec des rapports de légitimité asymétriques, notamment face à des acteurs disposant d'une autorité institutionnelle plus importante au sein du service.

Le pilotage d'un projet transversal repose moins sur une logique d'autorité que sur des capacités de négociation, d'adaptation et de régulation relationnelle. Dans certaines situations, maintenir la dynamique du projet nécessite également de savoir reconnaître les limites de sa propre marge d'action et adapter sa posture afin de préserver les équilibres collectifs existants. Le travail du manager repose fortement sur une connaissance fine des professionnels composant les équipes. L'identification des personnalités, des leaders informels, des professionnels moteurs mais également des tensions relationnelles apparaît essentielle dans le maintien du projet. Cette connaissance permet notamment d'identifier rapidement les signes d'essoufflement, les pertes de sens ou encore les résistances émergentes pouvant fragiliser la dynamique collective.

Dans ce contexte, le manager apparaît comme un acteur de proximité devant continuellement adapter sa posture selon les professionnels rencontrés et les situations observées. Une présence importante sur le terrain, une forte capacité d'écoute ainsi qu'une attention constante portée aux réactions des équipes semblent nécessaires afin de maintenir l'engagement des professionnels dans la démarche. Les projets sont davantage investis lorsque les professionnels se sentent écoutés, reconnus et associés aux dynamiques collectives du service.

Le management réalisé dans le cadre du projet a également reposé sur un important travail de valorisation des professionnels médicaux et paramédicaux. La reconnaissance du travail réalisé, la mise en avant des compétences ou encore le soutien des initiatives professionnelles semblent avoir favorisé l'investissement des équipes dans les dispositifs proposés. Cette valorisation apparaît particulièrement importante dans des services confrontés à des tensions importantes en ressources humaines et à des difficultés de fidélisation des professionnels.
Le manager joue un rôle important d'interface entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Il participe à la circulation des informations, à la traduction des attentes institutionnelles et médicales ainsi qu'à la manière dont les projets sont présentés aux équipes. Le choix des mots, le sens donné au projet et la façon de

valoriser les bénéfices attendus apparaissent particulièrement importants dans l'appropriation de la démarche par les professionnels.

Le pilotage du projet nécessite également parfois de savoir adapter le rythme de la transformation aux réalités organisationnelles du terrain. En rhumatologie, les fortes sollicitations institutionnelles liées à la préparation de la certification ont progressivement conduit à un ralentissement du projet de labellisation. Dans ce contexte, le maintien des formations médicales déjà engagées apparaît comme un moyen de préserver la dynamique collective malgré la mise en pause temporaire du projet. Le rôle du pilote ne consiste donc pas uniquement à maintenir en permanence une dynamique de transformation intensive. Il nécessite également de savoir temporiser, adapter sa posture et parfois s'effacer afin de préserver les équilibres relationnels du collectif. Le maintien des liens construits autour du projet et des actions déjà engagées apparaît alors comme une manière de conserver une dynamique minimale permettant une éventuelle reprise ultérieure du projet.

Ainsi, au-delà des actions de formation mises en place, le projet « service apprenant » révèle surtout les mécanismes relationnels, organisationnels et managériaux qui soutiennent ou fragilisent les dynamiques d'apprentissage au sein des services hospitaliers. Le label apparaît alors à la fois comme un levier potentiel de transformation des pratiques professionnelles et comme une réponse aux exigences institutionnelles associées à la démarche de labellisation.

4. Le label « service apprenant » : entre levier de transformation et dispositif de conformité

La mise en œuvre du label « service apprenant » interroge la capacité des organisations hospitalières à transformer durablement leurs pratiques et leurs dynamiques collectives. Si certaines évolutions professionnelles et organisationnelles semblent perceptibles sur le terrain, des écarts persistent entre les objectifs institutionnels portés par le dispositif et les réalités organisationnelles rencontrées dans les services.

4.1. Un levier de transformation réel, mais conditionnel

Le label « service apprenant » semble participer à certaines transformations des pratiques professionnelles au sein des services. Toutefois, cette transformation ne s'opère pas automatiquement par la seule mise en place du dispositif. Le label semble davantage créer des conditions favorables au développement d'une organisation apprenante lorsque certaines dynamiques collectives, relationnelles et managériales sont déjà présentes ou progressivement construites au sein des équipes.

Au DMIIC, le projet s'inscrit dans un service disposant déjà d'une culture importante autour de l'apprentissage, de la transmission des savoirs et du développement des compétences. Le label a alors principalement permis de structurer, formaliser et légitimer des pratiques qui existaient déjà de manière plus informelle au sein du service. Les dispositifs de tutorat, les transmissions entre pairs, les temps de débriefing ou encore certaines dynamiques de simulation étaient déjà présents avant la démarche de labellisation. Le projet « service apprenant » a néanmoins permis de

rendre visibles certaines actions qui restaient jusque-là peu reconnues institutionnellement.
De plus, certaines dynamiques nécessitent un travail permanent de réajustement afin d'éviter leur essoufflement. La simulation autour des soins d'urgence, initialement très investie par les équipes, a progressivement perdu en dynamisme avant d'être restructurée et repensée collectivement. Cette situation montre qu'un dispositif apprenant ne peut rester figé et nécessite des réévaluations constantes afin de maintenir l'engagement des professionnels. L'organisation apparaît alors capable d'identifier ses propres limites, de réfléchir collectivement à ses difficultés et de réadapter ses modalités de fonctionnement. Cette capacité d'ajustement constitue un élément central d'une organisation apprenante.

Les cours médicaux illustrent également certaines évolutions des pratiques professionnelles.
Au DMIIC, leur passage d'un rythme trimestriel à une fréquence mensuelle semble avoir modifié les relations entre professionnels médicaux et paramédicaux. Ces temps ne relèvent plus uniquement d'une transmission descendante des connaissances mais deviennent progressivement des espaces d'échanges, de questionnements et de compréhension mutuelle entre les professionnels.
En rhumatologie, la dynamique apparaît différente. Les cours médicaux avaient cessé depuis plusieurs années et leur réinstauration constitue une première étape dans le développement du projet. Toutefois, ces espaces restent encore principalement perçus comme des temps de transmission de connaissances. La dynamique d'apprentissage collectif et de réflexivité partagée semble encore en construction. Le développement d'une véritable organisation apprenante nécessitera probablement davantage de temps afin que les professionnels puissent progressivement investir ces espaces comme des lieux d'échanges autour des pratiques, sans crainte du jugement ou de la remise en question professionnelle.

La cartographie des compétences constitue également un exemple intéressant des effets produits par le label. Initialement perçue comme une exigence institutionnelle relativement technique, elle semble finalement avoir permis de rendre visibles certaines compétences informelles présentes au sein des équipes. Au-delà de l'identification des compétences attendues pour les nouveaux professionnels, cette cartographie a permis de mettre en évidence des référents informels, des personnes ressources ou encore des leaders professionnels qui n'étaient pas nécessairement identifiés institutionnellement.
Les professionnels développent une expertise importante dans des domaines spécifiques comme les plaies et cicatrisation, les gestes d'urgence, la douleur ou encore certains traitements complexes. Pourtant, ces compétences restent souvent peu reconnues car elles sont considérées par les professionnels eux-mêmes comme faisant simplement partie de leur travail quotidien. La cartographie permet ainsi de rendre visibles ces savoirs invisibles et de mieux orienter les nouveaux professionnels vers certaines personnes ressources du service.

En rhumatologie, le label semble également constituer un levier de reconnaissance particulièrement important pour les kinésithérapeutes. Ces derniers perçoivent la démarche comme une opportunité de valoriser leur expertise professionnelle ainsi que leur place au sein du service. Le projet apparaît alors comme un levier potentiel d'attractivité et de fidélisation dans un contexte où certains professionnels cherchent davantage de reconnaissance institutionnelle.

Toutefois, le label ne suffit pas, à lui seul, à transformer une organisation en organisation apprenante. Le dispositif semble davantage créer des opportunités, impulser certaines dynamiques et proposer un cadre structurant, sans pour autant

garantir l'émergence réelle d'une culture apprenante collective. En effet, il est possible de répondre formellement aux critères du label sans que les pratiques professionnelles ou les dynamiques collectives ne soient profondément transformées. Un service peut organiser des formations régulières, produire des documents institutionnels ou mettre en place certains outils demandés sans que cela ne modifie réellement les relations professionnelles, la réflexivité collective ou les dynamiques d'apprentissage au sein des équipes.

Le label évalue principalement la présence d'outils, de procédures ou d'éléments de preuve attestant de la mise en œuvre des critères demandés. Le label évalue plus difficilement des dimensions pourtant centrales dans une organisation apprenante, comme le sentiment d'appartenance, la reconnaissance professionnelle, la qualité des échanges entre professionnels ou encore la réflexivité collective développée au sein des équipes. Cette logique peut alors conduire à une forme de conformité institutionnelle où les services cherchent principalement à répondre aux attentes du référentiel à travers des tableaux, des procédures, des documents ou des indicateurs. Les dynamiques humaines nécessaires au développement d'une véritable organisation apprenante apparaissent alors plus difficiles à objectiver et à évaluer institutionnellement.

Les échanges réalisés avec plusieurs managers engagés dans des démarches similaires mettent également en évidence cette ambivalence du dispositif. Certains considèrent le label comme une reconnaissance institutionnelle de pratiques déjà existantes au sein de leurs services. D'autres dénoncent au contraire une approche trop procédurale reposant essentiellement sur des éléments de preuve et des critères administratifs. Certains managers voient également dans le label un outil d'attractivité destiné à améliorer l'image du service et à attirer davantage de professionnels, sans pour autant transformer profondément les organisations ou les pratiques collectives.

Les difficultés de collaboration avec certains professionnels médicaux sont également régulièrement évoquées. Certains managers soulignent notamment le manque de disponibilité des médecins pour les démarches de formation ou d'apprentissage collectif, dans un contexte hospitalier marqué par des charges de travail importantes et des priorités souvent centrées sur l'activité clinique ou la recherche. Le label « service apprenant » peut constituer un véritable levier de transformation des pratiques professionnelles lorsque certaines conditions relationnelles, managériales et collectives sont réunies. Toutefois, le dispositif ne transforme pas automatiquement les organisations. Le label crée des conditions, structure certaines dynamiques et donne un cadre au projet, mais l'organisation apprenante semble surtout émerger de la capacité des équipes à saisir cette opportunité pour développer une véritable dynamique collective d'apprentissage.

Néanmoins, certaines limites du dispositif se révèlent. Lorsque le respect des critères du label, la production d'éléments de preuve ou les exigences institutionnelles deviennent centraux dans la démarche, le risque apparaît alors de voir l'organisation apprenante se réduire à une logique de conformité procédurale davantage tournée vers la réponse au référentiel que vers la transformation réelle des pratiques collectives.

4.2. Les risques de dérives normatives

Le label « service apprenant » vise à soutenir une dynamique de transformation des pratiques professionnelles, sa mise en œuvre s'inscrit néanmoins dans un cadre

institutionnel fortement structuré pouvant générer certaines dérives normatives. Sans accompagnement réel et sans appropriation collective du sens du projet, le label peut progressivement se réduire à une succession d'actions visant principalement à répondre aux exigences du référentiel institutionnel.

L'AP-HP semble avoir pleinement identifié les enjeux liés au développement du label « service apprenant » et cherche actuellement à accélérer sa diffusion au sein des établissements. Afin de soutenir cette dynamique, un réseau d'ambassadeurs a notamment été constitué pour accompagner les équipes et aider les binômes manager-chef de service dans la constitution des dossiers de labellisation. Les établissements sont également sollicités afin d'identifier les services déjà labellisés, ceux engagés dans la démarche ou encore ceux souhaitant initier le projet. Cette dynamique traduit une volonté institutionnelle forte de diffuser largement le dispositif au sein des services de soins. Toutefois, la volonté de généralisation peut également produire certains effets paradoxaux. Lorsque la logique quantitative prend progressivement le dessus sur la dynamique collective de transformation, le risque apparaît de voir le projet se réduire à une démarche procédurale centrée sur le respect des critères du référentiel. La priorité peut alors devenir la constitution du dossier, la production des éléments de preuve ou encore la conformité administrative, au détriment du sens même de l'organisation apprenante.

Le processus d'obtention du label repose en grande partie sur une logique déclarative et sur l'autoévaluation des services. Les équipes doivent fournir des documents, tableaux, procédures ou fiches pédagogiques permettant de démontrer la présence des actions attendues. Ces éléments ne permettent pas nécessairement d'évaluer la réalité des dynamiques collectives, la qualité des échanges entre professionnels ou encore l'existence d'une véritable réflexivité collective au sein des équipes. Dans ce contexte, certaines dérives peuvent apparaître. Il est possible, en effet, pour un service de répondre formellement aux critères du label sans que les pratiques professionnelles ou les dynamiques relationnelles ne soient profondément transformées. Les services peuvent ainsi produire les éléments attendus, formaliser certaines actions ou mettre en place des dispositifs de formation sans que cela ne modifie réellement les fonctionnements collectifs du service.

Le projet fait également apparaître un risque de standardisation excessive des outils et des pratiques développés dans le cadre du label. Certains documents ou supports élaborés au sein des services peuvent être diffusés puis repris de manière quasi identique dans d'autres secteurs, sans réelle adaptation aux spécificités organisationnelles ou aux réalités du terrain. Cette circulation des outils peut certes faciliter le déploiement du projet, mais elle peut également conduire à une uniformisation des démarches et à une perte progressive du sens initial des actions mises en place. La cartographie des compétences illustre notamment cette tension. Bien qu'elle puisse constituer un véritable outil de valorisation des compétences et d'identification des personnes ressources, elle peut également devenir un simple document administratif lorsque son élaboration repose uniquement sur une logique de conformité au référentiel. La formalisation excessive des démarches peut parfois éloigner les équipes des réalités concrètes du terrain et transformer des dynamiques collectives vivantes en outils essentiellement procéduraux.

Le label peut également être mobilisé dans une logique d'attractivité institutionnelle plus que dans une réelle volonté de transformation organisationnelle. Les observations réalisées en rhumatologie montrent notamment

que le label représente un enjeu stratégique important pour les kinésithérapeutes dans un contexte marqué par des tensions de recrutement importantes et par une concurrence croissante entre les terrains de stage. Les nouvelles exigences pédagogiques renforçant l'évaluation des terrains de stage et la qualité de l'encadrement des étudiants contribuent progressivement à faire du label un élément de reconnaissance institutionnelle et d'attractivité pour certains services.
Toutefois, cette dynamique peut également renforcer certaines logiques d'affichage institutionnel. Certains services peuvent rechercher prioritairement la labellisation afin de valoriser leur image ou renforcer leur attractivité, sans nécessairement engager une transformation profonde de leurs pratiques collectives. Le label risque alors de devenir davantage un outil de reconnaissance institutionnelle qu'un véritable levier d'apprentissage organisationnel.

Par ailleurs, l'absence de suivi annuel du dispositif constitue également une limite importante. Le label étant accordé pour une durée de quatre ans, rien ne garantit réellement le maintien durable des dynamiques mises en place après l'obtention de la labellisation. Un service pourrait théoriquement concentrer ses efforts quelques mois avant l'évaluation afin de constituer son dossier, puis réduire progressivement les actions engagées une fois le label obtenu. Cette temporalité interroge ainsi la capacité du dispositif à soutenir durablement les transformations organisationnelles.

La charge administrative associée à la démarche peut devenir particulièrement importante pour les managers et les équipes porteuses du projet. La constitution des dossiers, la formalisation des actions, la collecte des preuves ou encore la rédaction des différents supports nécessitent un investissement conséquent. Cette surcharge administrative peut progressivement détourner l'énergie des équipes des dynamiques collectives d'apprentissage au profit d'une logique davantage centrée sur la gestion documentaire du projet.

La situation observée en rhumatologie illustre également la manière dont le label reste subordonné aux priorités institutionnelles. La mise en pause du projet afin de répondre aux exigences liées à la certification montre que la dynamique apprenante peut rapidement devenir secondaire face à d'autres enjeux institutionnels jugés prioritaires. Le label ne semble ainsi pas constituer une transformation organisationnelle de fond suffisamment stabilisée pour résister aux contraintes institutionnelles ou aux réorganisations du travail.

Ces éléments peuvent être rapprochés des travaux de Michel Crozier autour de « l'illusion bureaucratique »[92], selon laquelle la multiplication et la standardisation des règles ou des outils ne garantissent pas, à elles seules, l'efficacité des organisations ni l'adhésion des professionnels. Une uniformisation excessive des pratiques peut progressivement éloigner les dispositifs des réalités du terrain et limiter leur appropriation par les équipes.
Le respect formel des critères du label ne garantit pas l'émergence réelle d'une organisation apprenante. Les acteurs continuent à développer des stratégies, des jeux de positionnement ou encore des logiques de pouvoir autour du dispositif. Les dynamiques relationnelles, les résistances, les enjeux de légitimité ou les équilibres collectifs observés au sein des services montrent que les organisations hospitalières ne peuvent être réduites à de simples systèmes procéduraux fonctionnant uniquement par la formalisation des pratiques.

[92] Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Éditions du Seuil.

Ainsi, si le label « service apprenant » peut soutenir certaines dynamiques de transformation, sa généralisation institutionnelle comporte un risque de dérive normative. L'organisation apprenante ne semble pas pouvoir émerger uniquement par l'application de critères standardisés ou par la production d'éléments de preuve. Elle repose davantage sur la capacité des équipes à construire collectivement du sens autour des apprentissages, à développer des espaces de réflexivité et à faire évoluer progressivement leurs pratiques au regard des réalités du terrain.

4.3. Les conditions de réussite d'une dynamique apprenante durable

Le label « service apprenant » ne suffit pas, à lui seul, à faire émerger une organisation apprenante. Le dispositif peut créer un cadre, soutenir certaines dynamiques ou favoriser la structuration des actions, mais l'apprentissage collectif dépend avant tout de l'investissement des acteurs et du sens donné au projet par les équipes elles-mêmes.

L'engagement des acteurs apparaît comme une condition centrale dans la réussite du dispositif. Le binôme manager-médecin occupe notamment une place particulièrement importante dans la dynamique du projet. Leur implication ne repose pas uniquement sur une fonction institutionnelle de validation du dossier ou de coordination administrative. Au contraire, leur engagement dans les formations, les échanges avec les équipes et le soutien des dynamiques collectives influence fortement l'appropriation du projet par les professionnels.
La reconnaissance des professionnels constitue également un levier important dans le développement d'une dynamique apprenante durable. La cartographie des compétences permet notamment d'identifier des référents informels, des personnes ressources ou encore des professionnels particulièrement investis dans certaines thématiques. Cette visibilité institutionnelle contribue à valoriser des compétences parfois peu reconnues au quotidien alors même qu'elles participent fortement au fonctionnement du collectif.

Le développement d'une organisation apprenante semble également étroitement lié à l'existence d'un climat de confiance au sein des équipes. Le droit à l'erreur ne peut se limiter à une valeur affichée institutionnellement mais nécessite une véritable culture collective permettant aux professionnels d'analyser leurs difficultés sans crainte de sanction ou de jugement. Les temps de réflexion collective, les débriefings ou encore les échanges autour des pratiques apparaissent davantage orientés vers la compréhension des situations et l'amélioration collective que vers des logiques punitives individuelles.

Le management constitue également une condition essentielle dans le maintien de ces dynamiques. Une posture de « manager-coach » semble progressivement émerger dans la conduite du projet. Le rôle du manager ne consiste plus uniquement à coordonner ou contrôler les activités, mais davantage à accompagner les professionnels, soutenir les apprentissages collectifs, réguler les tensions et ajuster continuellement les dynamiques de travail selon les besoins observés sur le terrain.
Cette posture nécessite une forte capacité d'écoute ainsi qu'une connaissance fine des équipes et des dynamiques relationnelles présentes au sein des services. Le manager doit continuellement adapter ses modalités d'accompagnement afin d'identifier les signes d'essoufflement, les pertes de sens ou encore les tensions susceptibles de fragiliser la dynamique collective.

La situation observée en rhumatologie illustre également l'importance de cette capacité d'adaptation. Les différences de culture professionnelle, les enjeux relationnels ainsi que les dynamiques propres au service ont nécessité une temporalité différente de celle initialement envisagée dans le projet. Le maintien d'une dynamique apprenante peut ainsi nécessiter de ralentir certaines actions, temporiser certains conflits ou ajuster le rythme du projet afin de préserver les équilibres collectifs sans pour autant abandonner la dynamique engagée.

Une dynamique apprenante durable nécessite également une vigilance constante afin d'éviter l'essoufflement des équipes. Les transformations organisationnelles reposent sur des temporalités longues nécessitant un investissement important des professionnels et des managers. Le maintien de cette dynamique suppose donc des réajustements réguliers afin de préserver l'engagement des équipes dans la durée. La question de la pérennisation des dynamiques apprenantes apparaît également centrale. Malgré les transformations engagées, certaines dynamiques restent fortement dépendantes de quelques acteurs particulièrement investis dans le projet. Les départs professionnels, les changements managériaux ou encore l'essoufflement des acteurs moteurs peuvent alors fragiliser la continuité des actions mises en place. Cette dépendance interroge la capacité des organisations à inscrire durablement les dynamiques apprenantes au-delà des individus qui les portent initialement.

Le développement des apprentissages collectifs se heurte également aux temporalités du soin et aux contraintes organisationnelles des services hospitaliers. Les professionnels évoluent dans des environnements marqués par une forte charge de travail, des contraintes organisationnelles importantes et des temporalités institutionnelles parfois incompatibles avec les espaces de réflexion ou de formation attendus dans une organisation apprenante. Le développement d'une telle dynamique nécessite alors de dégager du temps, de préserver des espaces d'échange et de reconnaître institutionnellement le temps consacré aux apprentissages collectifs comme faisant pleinement partie du travail soignant.

Au niveau institutionnel, l'accompagnement proposé autour du label apparaît comme un élément facilitateur important. La présence d'ambassadeurs, de référents ou encore d'espaces d'accompagnement permet aux équipes d'être soutenues dans la structuration du projet. Toutefois, la charge administrative associée à la démarche reste particulièrement importante pour les managers et peut parfois détourner une partie de l'énergie des dynamiques collectives elles-mêmes.
Enfin, la capacité de l'institution hospitalière à soutenir durablement une logique apprenante peut également être interrogée. Les organisations hospitalières continuent de fonctionner selon des logiques fortement structurées par des injonctions institutionnelles, des procédures et des temporalités parfois contradictoires avec les dynamiques d'apprentissage attendues au sein des services. Dès lors, demander aux équipes de développer des organisations apprenantes sans interroger simultanément les modes de fonctionnement institutionnels constitue une limite importante du dispositif.

Ainsi, une organisation apprenante durable ne semble pas pouvoir émerger uniquement à travers un référentiel ou une procédure de labellisation. Elle repose davantage sur la capacité des acteurs à construire collectivement du sens autour du projet, à développer des relations de confiance et à maintenir dans le temps des espaces de réflexion collective adaptés aux réalités du terrain.

Conclusion

La mise en place du projet « service apprenant » au sein du DMIIC et du service de rhumatologie a permis de mettre en évidence que la labellisation peut constituer un véritable levier de dynamisation pour les équipes et les managers. Les critères attendus amènent les professionnels à structurer davantage leurs pratiques, à développer la réflexion autour des compétences, de la transmission des savoirs et du fonctionnement collectif. Cette dynamique favorise une remise en mouvement des équipes et donne une impulsion nouvelle au service.

Néanmoins, cette expérience montre également qu'un label ne suffit pas à créer, à lui seul, une organisation apprenante. La réussite du projet ne dépend pas uniquement de l'obtention d'une reconnaissance institutionnelle, mais surtout de la capacité du cadre et du collectif à gérer les tensions humaines, à maintenir du sens et à fédérer les professionnels autour d'objectifs communs. Derrière les critères et les procédures, ce sont avant tout les relations humaines et la dynamique collective qui permettent aux transformations de s'inscrire durablement.
Cette mise en place a également souligné les limites d'un fonctionnement hospitalier encore fortement marqué par des logiques descendantes, procédurales et quantitatives. Il apparaît difficile de demander aux services de développer des dynamiques apprenantes dans une institution dont le fonctionnement reste majoritairement bureaucratique. Le développement d'une véritable organisation apprenante semble ainsi nécessiter une évolution plus globale des modes de fonctionnement hospitaliers, laissant davantage de place à l'autonomie, à la coopération et aux dynamiques collectives.

L'un des enseignements majeurs de ce projet réside dans la puissance du collectif. Les évolutions les plus significatives émergent lorsque les professionnels réfléchissent ensemble, construisent une vision commune et agissent collectivement. La dynamique collective apparaît alors comme un véritable moteur de transformation organisationnelle.

Pourtant, si les institutions hospitalières valorisent régulièrement le travail collectif dans leurs discours, les modes de fonctionnement restent souvent marqués par des organisations cloisonnées, hiérarchisées et fortement procédurales. Cette tension peut être rapprochée des travaux de Michel Crozier, qui souligne que les organisations bureaucratiques cherchent à réduire les zones d'incertitude et à maintenir une certaine maîtrise des dynamiques collectives. Or, un collectif engagé développe justement une capacité de réflexion, d'adaptation et de remise en question susceptible de transformer les équilibres organisationnels existants.
À l'inverse d'une logique descendante, l'organisation apprenante repose sur une dynamique partagée où les professionnels apprennent ensemble, réfléchissent ensemble et construisent collectivement des réponses adaptées aux réalités du terrain

Enfin, cette expérience montre qu'une organisation apprenante mature ne devrait pas dépendre uniquement de quelques individus particulièrement investis. Pour que les transformations soient durables, les apprentissages doivent pouvoir s'inscrire dans une culture collective partagée par l'ensemble des acteurs du service. Ainsi, au-delà du label lui-même, ce projet met surtout en évidence que la transformation des organisations hospitalières repose avant tout sur la capacité des collectifs à construire ensemble des modes de fonctionnement plus collaboratifs, réflexifs et porteurs de sens.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, pilotage*. Dunod.
- Ballé, M., Couillard, G., & Seltzer, A.-L. (2024). *L'hôpital apprenant : L'amélioration continue au service du soin*. Eyrolles.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Minuit.
- Canivenc, S. (2017). *Les nouveaux modes d'organisation du travail : autonomie, coopération et responsabilisation*. EMS Management & Société.
- Clot, Y. (1999). *Avec Vygotski*. La Dispute.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Seuil.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale*. Bayard.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant*. Payot.
- Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles*. Seli Arslan.
- Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence* (4e éd.). Eyrolles.
- Lenhardt, V. (2002). *Les responsables porteurs de sens : Culture et pratique du coaching et du team-building*. Insep Consulting.
- Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail : De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*. Érès.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Moisan, A., & Piotet, F. (1994). *L'organisation apprenante : Pour une analyse en termes de construits sociaux*. Atelier national de reproduction des thèses.
- Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers*. Séli Arslan.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (2009). *Helping: How to offer, give, and receive help*. Berrett-Koehler.
- Senge, P. M. (1991). *La cinquième discipline : L'art et la manière des organisations apprenantes*. First.
- Weber, M. (1995). *Sociologie du travail et des organisations*. La Découverte.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Liaisons.

Articles scientifiques

- Cristol, D., & Muller, A. (2013). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs, 32*(2), 11-59.
- Gélizé, F., & Bobet, F. (2019). Le manager coach : figure de proue de l'organisation apprenante ? *Question(s) de management, 24*(2), 57-76.
- Hatchuel, A. (1994). Apprentissage collectif et activités de conception. *Revue française de gestion, 99*.

- Hinse, E., & Mathieu, C. (2021). Le coaching de gestion et la satisfaction au travail : liens entre le coaching, le leadership et la satisfaction au travail. *Gestion 2000, 38*(6), 165-183.
- Landry, S., & Gril, E. (2017). L'amélioration continue pour construire l'organisation apprenante. *Gestion, 42*(4), 96-99. https://doi.org/10.3917/riges.424.0096

Rapports institutionnels et documents officiels

- Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (2023). *30 leviers pour agir ensemble : Plan d'actions*.
- DREES. (2023, août). *Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière* (Études et Résultats n°1277).
- DREES. (2023). *L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France*.
- DREES. (2024, décembre). *Projection des effectifs infirmiers en France à l'horizon 2050* (Études et Résultats n°1319).
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Simulation en santé : Guide de bonnes pratiques*. https://www.has-sante.fr
- Haute Autorité de Santé. (2025). *Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins* (version 2025). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf
- Inspection générale des affaires sociales, & Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche. (2021, décembre). *La formation continue dans la fonction publique hospitalière* (Rapport n° 2021-047R / 2021-218).
- INSEE. (s. d.). *Espérance de vie à divers âges*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631
- INSEE. (2026). *Pyramide des âges au 1er janvier 2026*. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5014911/pyramide.htm
- Ministère de la Santé. (2023). *Stratégie nationale de santé 2023-2033*.
- Ordre national des infirmiers. (2023). *L'Ordre national des infirmiers alerte sur la situation de la profession et appelle à l'organisation d'États généraux*.
- Agence régionale de santé Île-de-France. (2023). *Projet régional de santé 2023-2028*.

Textes législatifs et réglementaires

- Légifrance. (2025). *Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé*.
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Ministère de la Santé, & Ministère des Outre-mer. (2026). *Arrêté du 20 février 2026 relatif au diplôme d'État d'infirmier (NOR : ESRS2601184A)*. *Journal officiel de la République française*.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Graphique – Décomposition de l'emploi salarié par année depuis le premier poste d'infirmière hospitalière par la DRESS

ANNEXE 2 : Pyramide des âges de 2015 à 2050 en France par INSEE

ANNEXE 3 : Schéma espérance de vie sans incapacité à 65 ans de 2005 à 2023 en France de la DRESS

ANNEXE 4 : Plan des hôpitaux de l'AP-HP

ANNEXE 5 : SWOT projet Label « service apprenant »

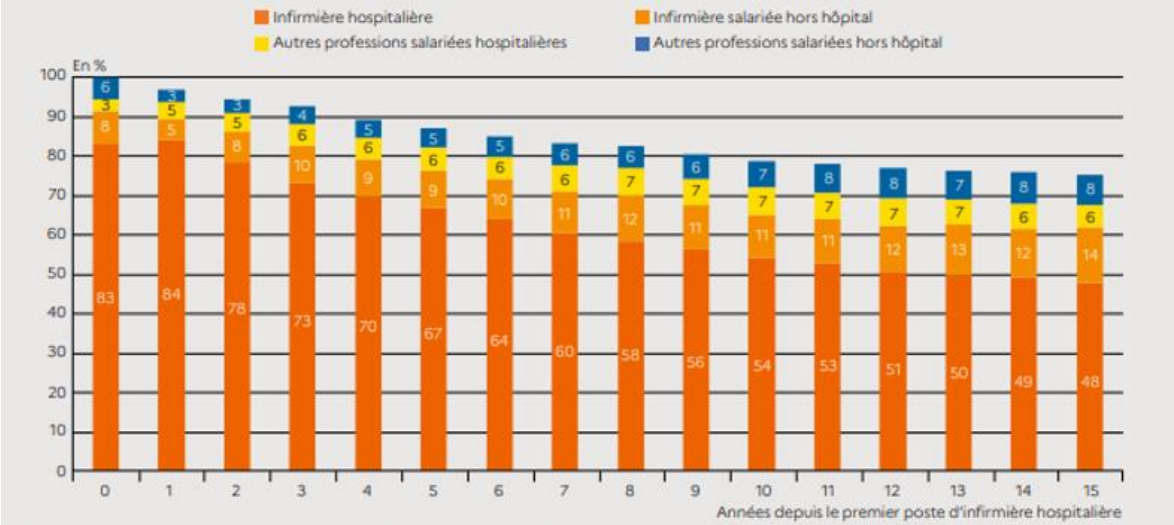
ANNEXE 6 : GANTT projet Label « service apprenant »

ANNEXE 7 : Sociogramme des relations professionnelles

ANNEXE 8 : Référentiel AP-HP Label « service apprenant »

ANNEXE 9 : Cartographie des compétences IDE et AS du DMIIC

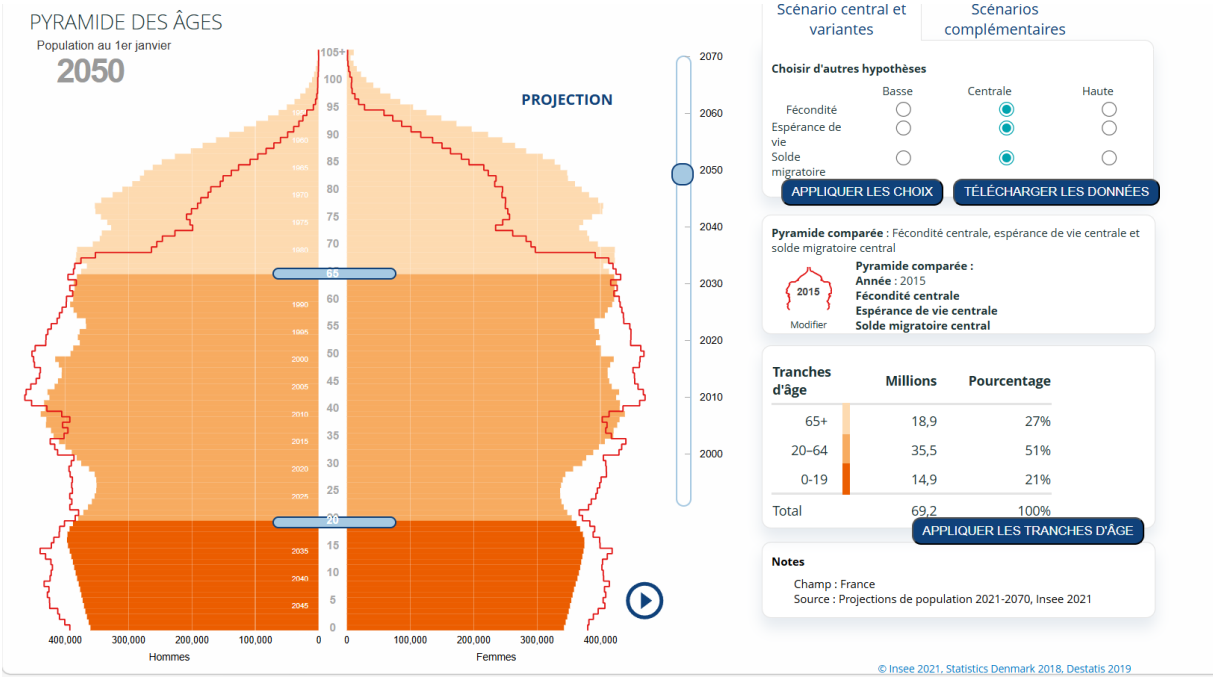
ANNEXE 1: Graphique – Décomposition de l'emploi salarié par année depuis le premier poste d'infirmière hospitalière par la DRESS



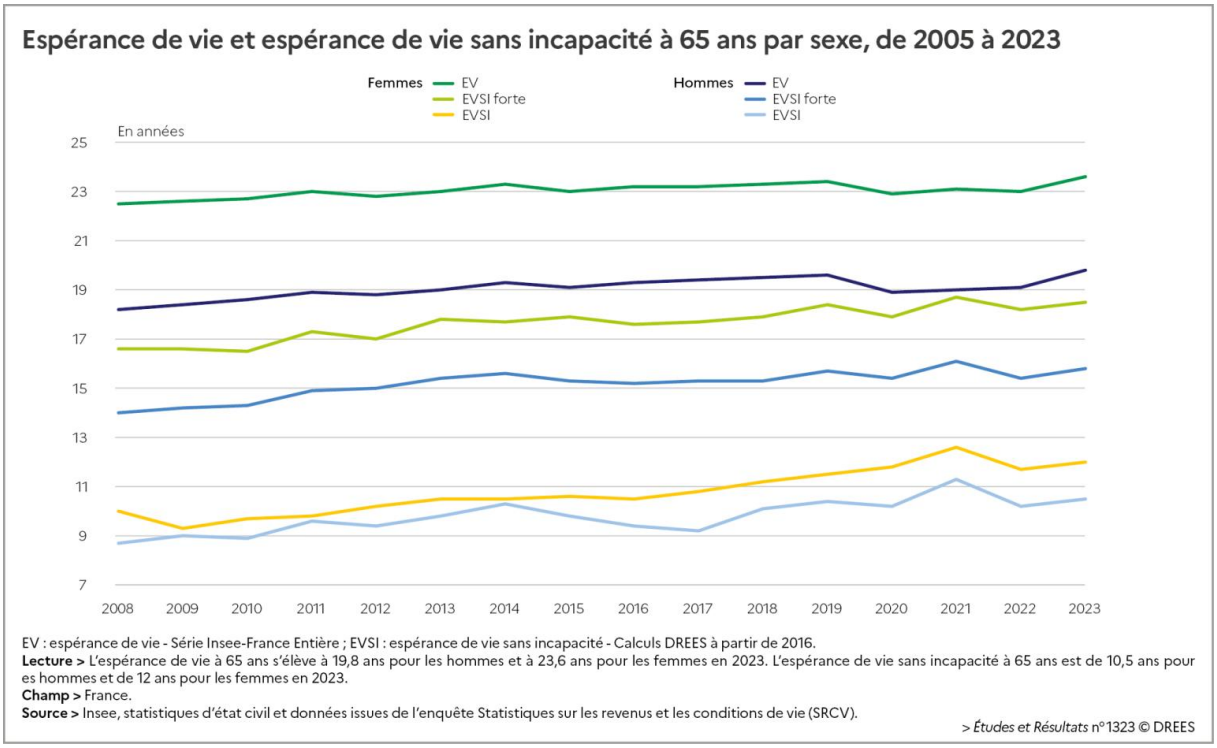
Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 54 % des personnes exercent encore en tant qu'infirmière hospitalière, dans le public ou le privé.
Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.
Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1277 © DREES

ANNEXE 2 : Pyramide des âges de 2015 à 2050 en France par INSEE



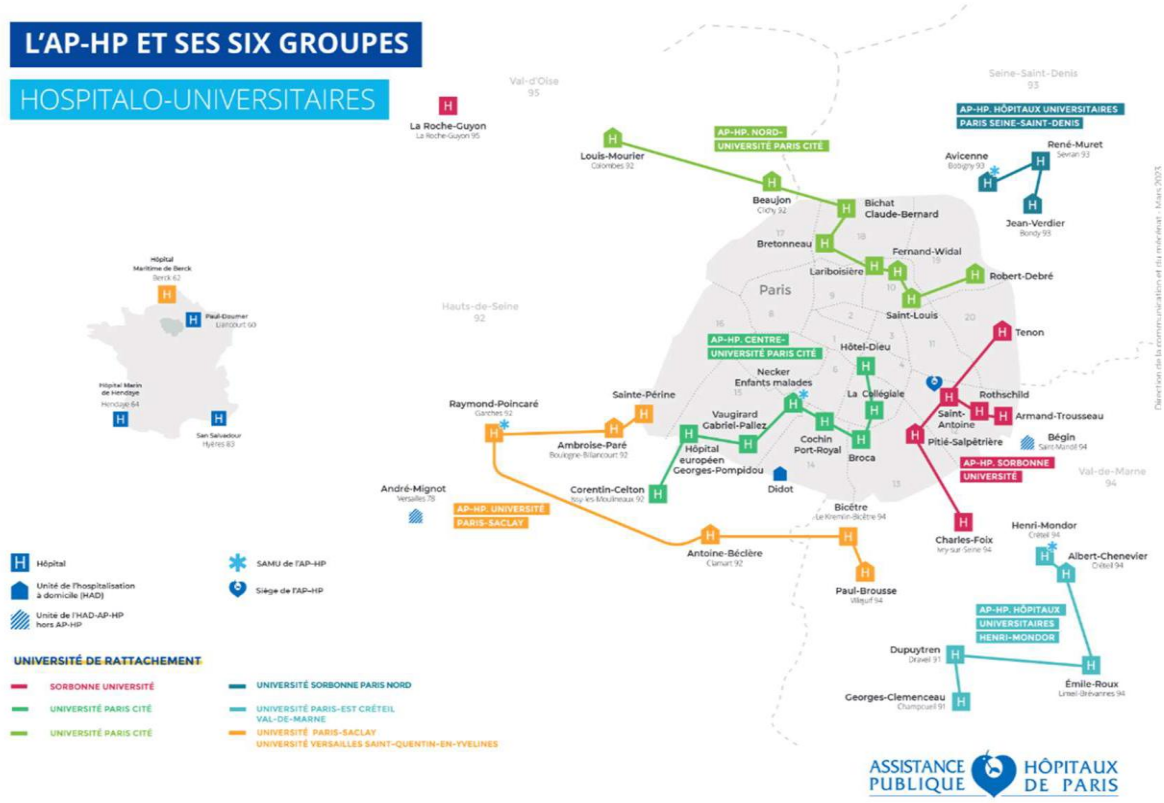
ANNEXE 3 : Schéma espérance de vie sans incapacité à 65 ans de 2005 à 2023 en France de la DRESS



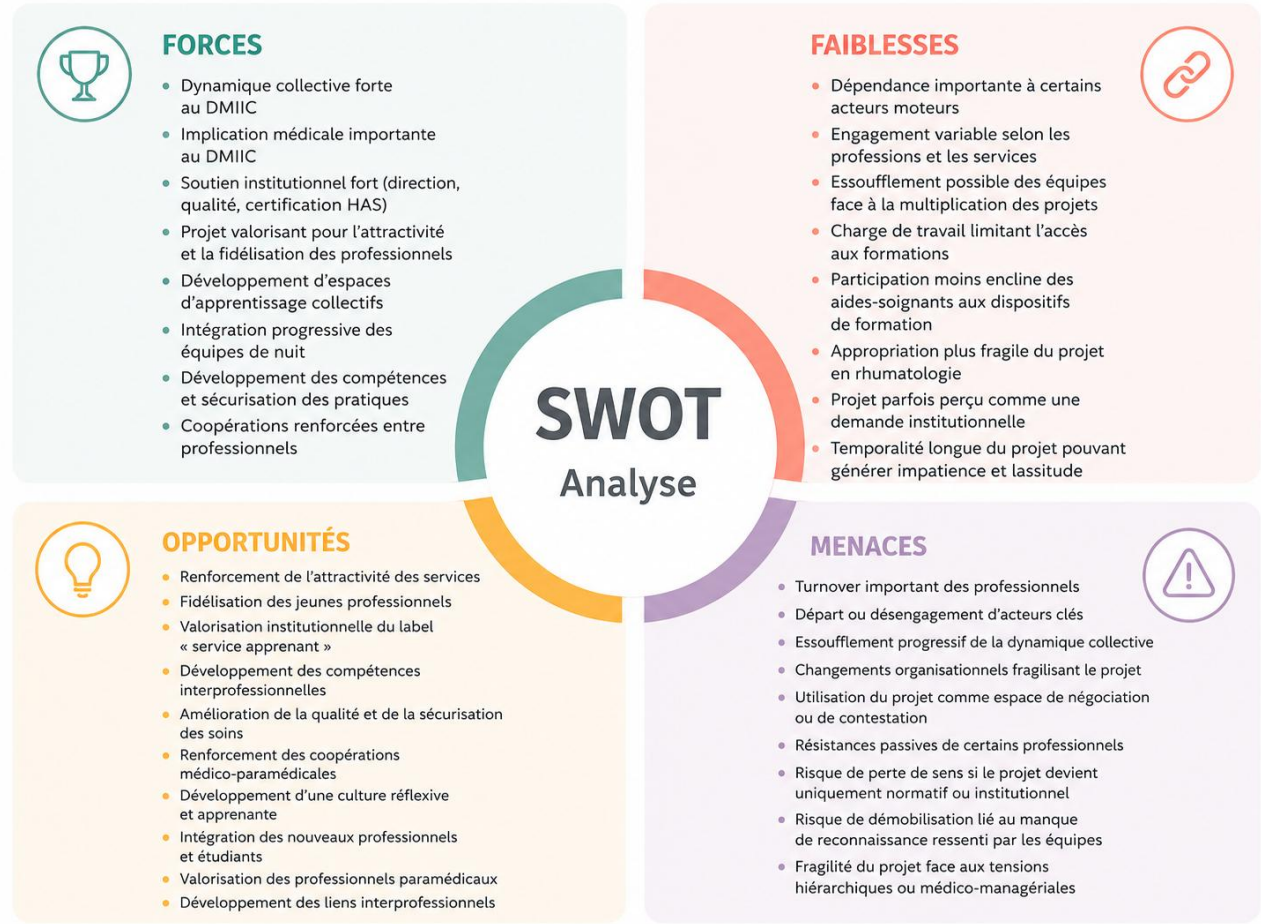
EV : espérance de vie - Série Insee-France Entière ; EVSI : espérance de vie sans incapacité - Calculs DREES à partir de 2016.
Lecture > L'espérance de vie à 65 ans s'élève à 19,8 ans pour les hommes et à 23,6 ans pour les femmes en 2023. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 10,5 ans pour es hommes et de 12 ans pour les femmes en 2023.
Champ > France.
Source > Insee, statistiques d'état civil et données issues de l'enquête Statistiques sur les revenus et les conditions de vie (SRCV).

> Études et Résultats n°1323 © DREES

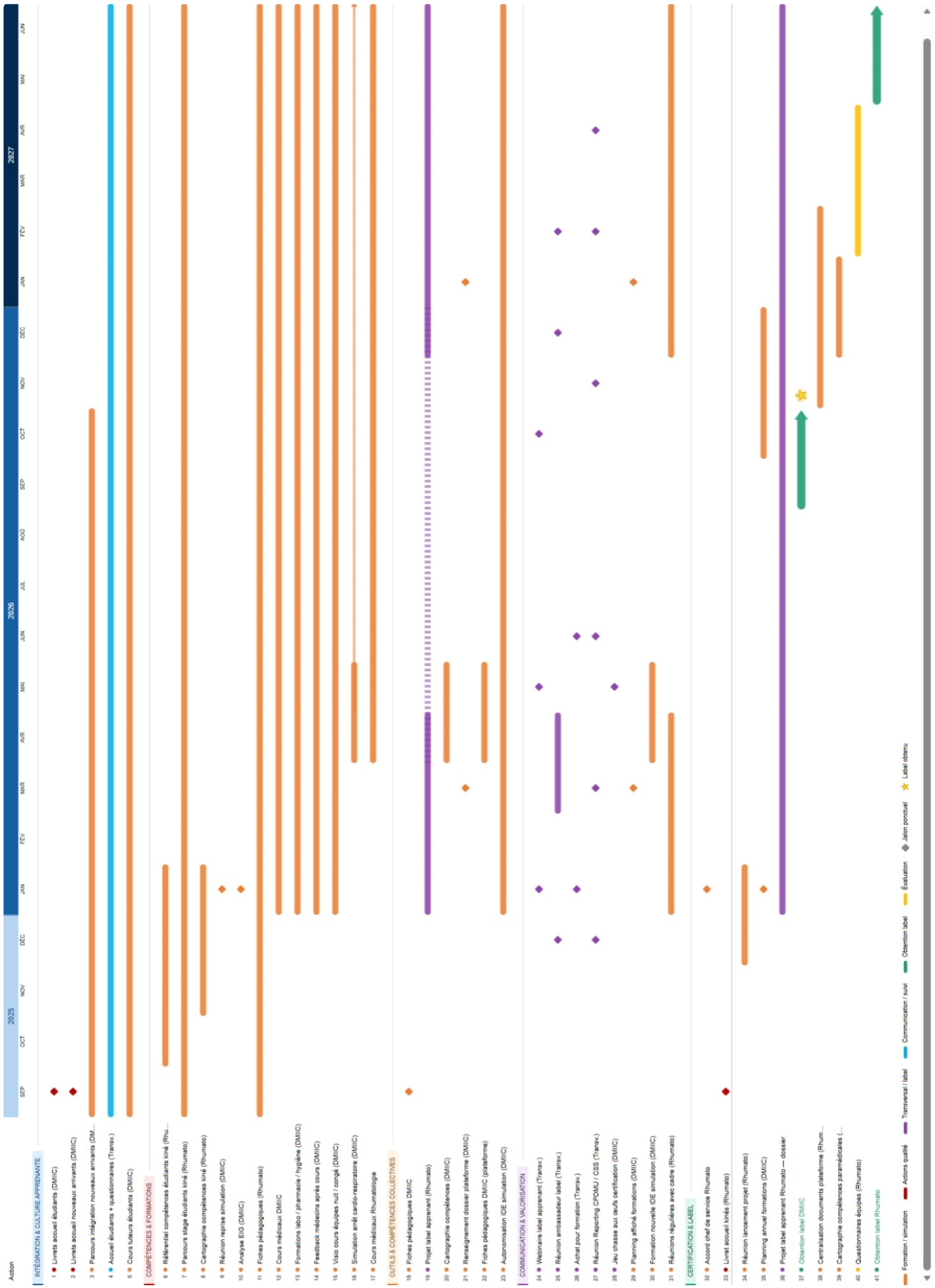
ANNEXE 4 : Plan des hôpitaux de l' AP-HP



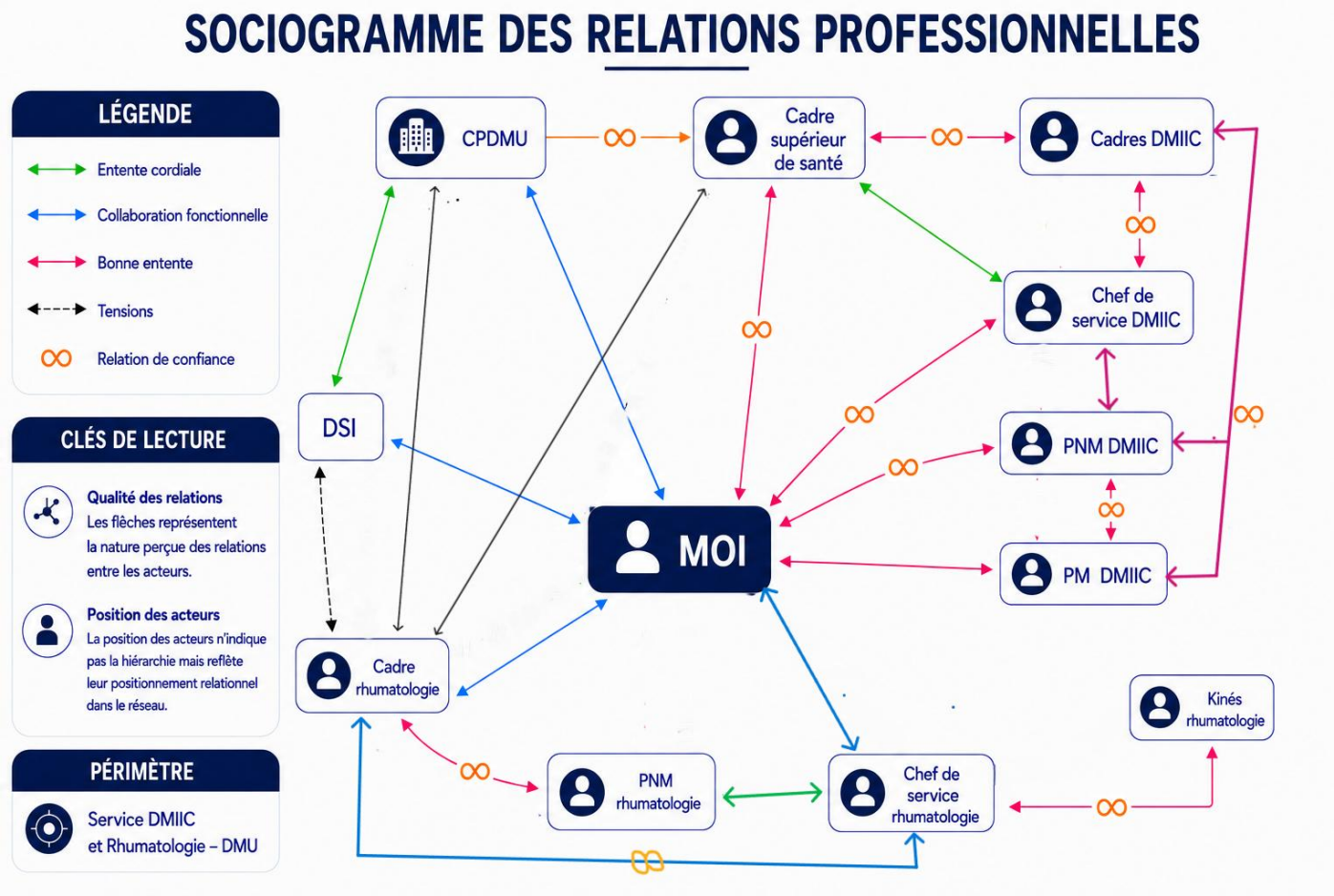
ANNEXE 5 : SWOT projet Label « service apprenant »



ANNEXE 6 : GANTT projet Label « service apprenant »



ANNEXE 7 : Sociogramme des relations professionnelles



ANNEXE 8 : Référentiel AP-HP Label « service apprenant »

Thème	N°	Critères objectifs	Renseignements autodiagnostic	Questionnaire professionnels	Pondération	Instruction équipe label	Aide à la pondération
Mobilisation du service	1	Dépôt du dossier de candidature par le binôme cadre/chef de service avec pièces nécessaires	/	80% des professionnels du service ont répondu	8	Les 8 points sont accordés si ces deux conditions sont remplies	Binaire : soit 0 (éliminatoire) soit 8
Parcours d'intégration	2	Un parcours d'intégration / formation individualisé a été formalisé (30 leviers) pour les nouveaux professionnels et les étudiants paramédicaux Il permet de faire un état des lieux des compétences et connaissances dès les premiers jours et séquence dans le temps l'acquisition des connaissances, gestes techniques et appréhension des logiciels métiers, en fonction des spécificités du service	**OUI obligatoire** pour instruction du dossier *Exemple : programmes des journées d'intégration, livrets d'accueil etc.* *(Attention le critère concerne à la fois l'arrivée des nouveaux professionnels et des étudiants)*	Lors de mon arrivée, un parcours d'intégration / formation individualisé a été formalisé dès les 1ers jours. Il m'a permis de faire un état des lieux de mes compétences et connaissances et de séquencer ma montée en compétences	8	Les 8 points sont accordés au regard des pièces justificatives fournies et des réponses des professionnels	Binaire : soit 0 (éliminatoire) soit 8. Les pièces transmises et les réponses au questionnaire doivent permettre de valider ce critère.
	3	Le parcours est jalonné d'échanges / entretiens fréquents et formalisés pour mesurer les acquis	OUI/ NON	Ce parcours est / a été jalonné d'échanges / entretiens fréquents et formalisés pour mesurer mes acquis	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
	4	Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels et des étudiants est placé sous la responsabilité d'un tuteur formé	OUI/NON *Exemple : liste des tuteurs formés et pour quelle profession ; contrat de tutorat*	J'ai bénéficié de l'accompagnement d'un tuteur	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	Si le service dispose de tuteurs mais qu'ils ne sont pas formés, la notation peut être à 2.
	5	Ce tuteur bénéficie de temps dédiés à la pédagogie	OUI/NON *Exemple : charte d'encadrement*	Ce tuteur avait du temps dédié pour m'accompagner	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
Cartographie des compétences	6	Une cartographie des compétences attendues pour les postes du service a été réalisée et est à jour	OUI/NON *si oui il est nécessaire de fournir un document attestant de l'existence de cette cartographie (grille d'évaluation, tableau etc.)*	Un état des lieux de mes compétences, une présentation des compétences attendues et une description du parcours de montée en compétences ont été ralisés lors de mon arrivée	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points.	
Sanctuarisation des temps de formation	9	Des temps de formation sont sanctuarisés pour les PNM : la durée mensuelle cumulée est d'environ une 1h	**OUI obligatoire** pour instruction du dossier *Exemple : calendriers, fiches pédagogiques, émargements*	Des temps de formation sont sanctuarisés : la durée mensuelle cumulée est d'environ 1h	8	Les 8 points sont accordés au regard des pièces justificatives fournies et des réponses des professionnels	Les temps de formation doivent être réguliers. Une journée de formation peut évidemment être intégrée mais ne peut pas remplacer tous les temps mensuels.
	10	Des temps de formation sont sanctuarisés pour les PNM : la durée mensuelle cumulée est supérieure à 1h	OUI/NON *Exemple : calendriers, fiches pédagogiques, émargements*	Des temps de formation sont sanctuarisés : la durée mensuelle cumulée est supérieure à 1h	4	L'équipe pondère de 0 à 4 points	
Formateurs	11	Des temps de formation sont animés par les médecins du service	**OUI obligatoire** pour instruction du dossier *Exemple : calendriers, fiches pédagogiques*	J'ai accès à des temps de formation animés par les médecins du service	8	Les 8 points sont accordés au regard des pièces justificatives fournies et des réponses des professionnels	
	12	Des temps de formation sont animés par des professionnels non médicaux experts. Ex : professionnels qui ont suivi une formation spécifique (DU, master, etc.)	OUI/NON *Exemple : calendriers, fiches pédagogiques, émargements*	J'ai accès à des temps de formation animés par des professionnels non médicaux experts. Ex : professionnels qui ont suivi une formation spécifique (DU, master, etc.)	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
Participation aux formations	13	Des temps de formation sont ouverts à l'ensemble des professionnels du service (PNM/PM), y compris les stagiaires	OUI/NON *Exemple : fiches pédagogiques*	J'ai accès à ces temps de formation, quel que soit mon métier ou mon statut	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	Ce critère dépend beaucoup des réponses au questionnaire
	14	Certains temps de formation sont suivis en commun PNM/PM	OUI/NON *Exemple : fiches pédagogiques*	Certains temps de formation sont suivis en commun PM/PNM	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	Ce critère dépend beaucoup des réponses au questionnaire
	15	Les temps de formation sont organisés pour permettre aux professionnels de jour et de nuit d'avoir accès aux formations	OUI/NON	J'ai accès à ces temps de formation, quelle que soit mon organisation horaire	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
	16	Ces temps de formation sont suivis par une majorité de professionnels (>50%), y compris par les étudiants et les personnels de nuit. Cette proportion est appréciée sur l'ensemble du collectif PNM	OUI/NON *Exemple : émargements*	J'ai suivi ces temps de formation fréquemment (>50%)	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	Ce critère dépend beaucoup des réponses au questionnaire
	18	Ces temps de formation font l'objet d'évaluations sur la satisfaction des agents	OUI/NON	J'ai pu évaluer ces formations et ainsi partager ma satisfaction	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
Traçabilité	19	Le service s'est doté d'un système de traçabilité de ses actions de formation	**OUI obligatoire** pour instruction du dossier *Exemple : fiches pédagogiques et émargements*	Je suis satisfait des temps de formations proposés par le service	8	Les 8 points sont accordés au regard des pièces justificatives fournies et des réponses des professionnels	
	20	Lien avec le service formation : transmission de la fiche pédagogique et des émargements au service formation	OUI/NON	Les formations dispensées sont inscrites dans mon passeport formation	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	Voir avec le RF du GHU concerné
	21	Chaque année, les entretiens de formation sont menés avec tous les PNM du service. Ils permettent de faire un point sur les formations de l'année et de définir les besoins de formation	**OUI obligatoire** pour instruction du dossier *Exemple : compte rendu institutionnel d'entretien annuel*	Je bénéficie chaque année d'un entretien de formation, qui me permets de faire le point sur les formations suivies dans l'année et sur mes besoins de l'année à venir	8	Les 8 points sont accordés au regard des pièces justificatives fournies et des réponses des professionnels.	
Ingénierie et innovation	22	Votre service déploie-t-il des modalités pédagogiques diversifiées, en fonction des thèmes et des publics ciblés (ex : simulation, serious games, chambres des erreurs, etc) ?	OUI/NON	Votre service déploie-t-il des modalités pédagogiques diversifiées, en fonction des thèmes et des publics ciblés (ex : simulation, serious games, chambres des erreurs, etc) ?	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
		Ces modalités pédagogiques sont-elles efficaces du point de vue de la réalité des apprentissages et de la satisfaction des professionnels ?	OUI/NON	Ces modalités pédagogiques vous paraissent-elles efficaces pour votre apprentissage ?	3	L'équipe pondère de 0 à 3 points	
Résultat					100	Le seuil à atteindre pour être labellisé est de 80 points, sous condition de répondre aux 6 critères obligatoires.	

Critère éliminatoire
Critère facultatif

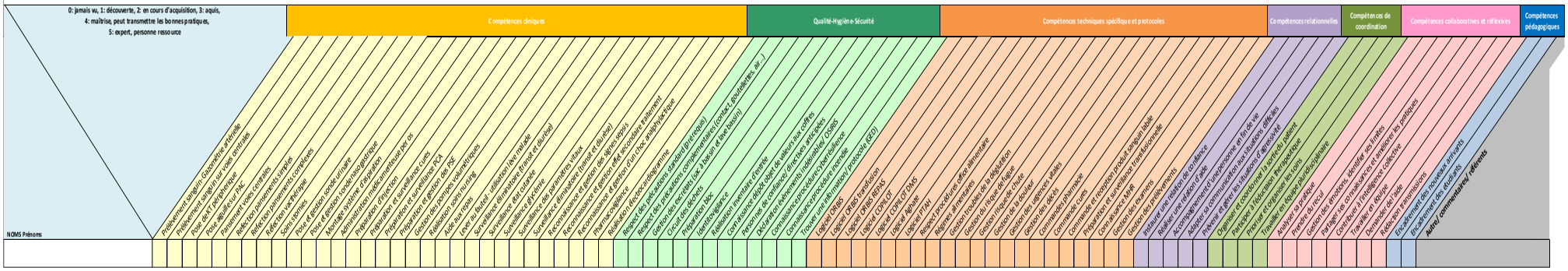
8 points : critère éliminatoire
4 points : très important
3 points : important
0 point : critère non rempli

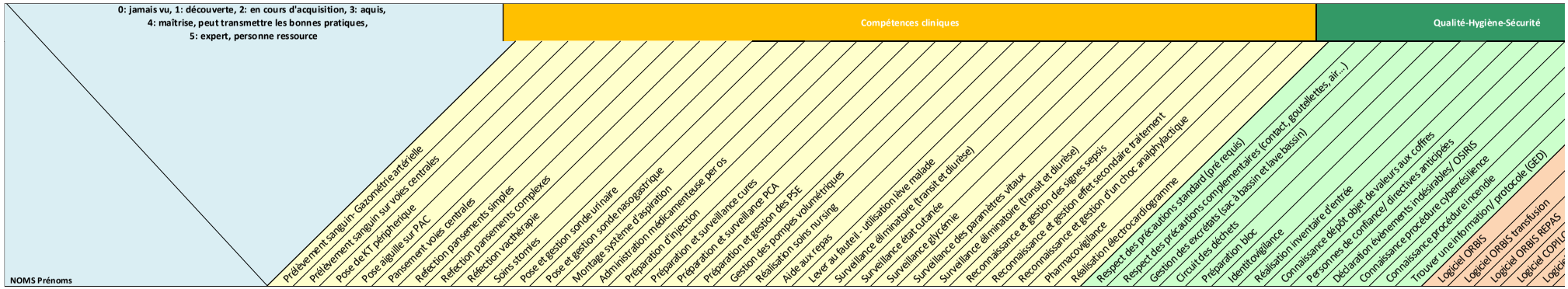
ANNEXE 9 : Cartographie des compétences IDE et AS du DMIIC

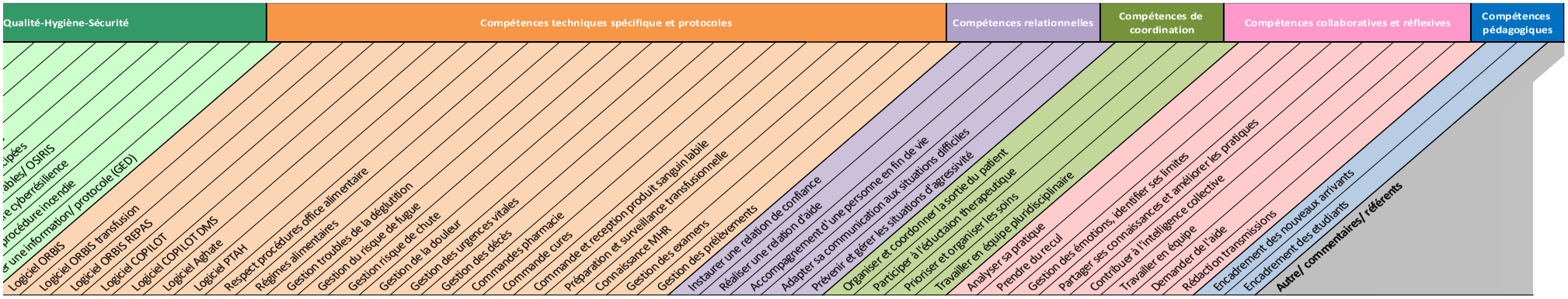
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS — DMIIC

Cartographie de compétences du personnel du DMIIC

Rédigé par : | Fonction : Cadre de santé | Date :







Master Management des Organisations Soignantes
M2 - MOS@25 -26

TITRE DU DOCUMENT
Label service apprenant : levier de transformation ou dispositif de conformité ?

AUTEUR : LENNE Floriane

MOTS CLÉS
Organisation apprenante- Labellisation- collectif -Transformation des pratiques- Compétences collectives- Conduite du changement- Management hospitalier

KEY WORDS
Learning organization - Labelling - Collective dynamics - Practice transformation - Collective competencies - Change management - Healthcare management

RÉSUMÉ

La mise en place du projet a mis en évidence que la labellisation constitue un véritable levier de dynamisation des équipes et du management. Elle favorise le développement des compétences, la structuration des temps d'apprentissage collectifs, la coopération interprofessionnelle ainsi que la réflexivité autour des pratiques professionnelles. Cette dynamique contribue également à la reconnaissance et à la valorisation des professionnels tout en renforçant le sentiment d'appartenance au collectif. Toutefois, cette expérience montre qu'un label ne suffit pas à créer, à lui seul, une organisation apprenante. La dynamique repose avant tout sur l'engagement des acteurs, les relations de confiance, le management et la capacité des équipes à construire collectivement du sens autour du projet. Le rôle du manager apparaît alors central dans la régulation des tensions, l'accompagnement des professionnels et le maintien des équilibres collectifs. Enfin, ce travail met en lumière les limites d'un fonctionnement hospitalier encore fortement marqué par des logiques bureaucratiques et procédurales, parfois en tension avec les dynamiques collaboratives et apprenantes attendues dans les services. Il souligne également la puissance du collectif dans les transformations organisationnelles. Lorsque les professionnels apprennent ensemble, réfléchissent ensemble et construisent une vision commune des pratiques, le collectif devient alors un véritable moteur de transformation des organisations de soins. Ainsi, au-delà du label lui-même, ce projet rappelle que la transformation hospitalière ne peut se décréter : elle se construit progressivement à travers les dynamiques humaines, la coopération et l'intelligence collective.

ABSTRACT

The implementation of the "learning unit" labelling project within two departments of an AP-HP university hospital provided an opportunity to examine the conditions required for the development of a learning organization in healthcare services. This work is based on project management, the analysis of organizational dynamics observed in the field, and the interactions between healthcare professionals, managers, and institutional logics. The implementation of the project highlighted that the labelling process can act as a genuine lever for team and managerial dynamism. It promotes skills development, the structuring of collective learning opportunities, interprofessional collaboration, and reflective practice around professional activities. This dynamic also contributes to the recognition and valorization of healthcare professionals while strengthening their sense of belonging to the collective. However, this experience also shows that a label alone is not sufficient to create a learning organization. The dynamic primarily depends on the commitment of stakeholders, relationships of trust, management practices, and the teams' ability to collectively build meaning around the project. In this context, the manager's role becomes central in regulating tensions, supporting professionals, and maintaining collective balance.

Finally, this work highlights the limitations of a hospital system still strongly marked by hierarchical, procedural, and bureaucratic logics, sometimes in tension with the collaborative and learning dynamics expected within healthcare teams. It also underlines the power of the collective in organizational transformation. When professionals learn together, reflect together, and build a shared vision of practices, the collective becomes a true driver of transformation within healthcare organizations. Beyond the label itself, this project ultimately demonstrates that hospital transformation cannot simply be decreed; it is progressively built through human dynamics, cooperation, and collective intelligence.