

MASTER DE PEDAGOGIE EN
SCIENCES DE LA SANTE :

M2 UE12 :

MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE
DE RECHERCHE, MEMOIRE DE FIN
D'ANNEE



Centre de formation et de recherche

en **pédagogie des sciences de la santé** | CFRPS

Université de Strasbourg

LE RÔLE JOUÉ PAR LA FORMATION CONTINUE DES INFIRMIERS(ERES) DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE PLAIES COMPLEXES.

JUILLET 2023



Mme Karine MORIN Responsable Infirmière à
la Clinique Saint Luc de Schirmeck

Rattachée au Groupe Hospitalier Saint Vincent
de Strasbourg

Etudiante en M2 de Pédagogie en Sciences de la Santé
(PSS)

karine.corrier@gmail.com ; karine.morin@etu.unistra.fr

06 87 97 33 62

2 **LE RÔLE JOUÉ PAR LA FORMATION CONTINUE DES**
3 **INFIRMIERS(ERES) DANS LA PRISE EN CHARGE DES**
4 **PATIENTS PORTEURS DE PLAIES COMPLEXES.**

5

6 **THE ROLE PLAYED BY CONTINUOUS TRAINING FOR**
7 **NURSES IN THE CARE OF PATIENTS WITH COMPLEX**
8 **WOUNDS.**

9

10 Mme Karine MORIN, Infirmière, M.Sc, Responsable Infirmier, Groupe Hospitalier Saint
11 Vincent, Schirmeck, France

12 karine.corrier@gmail.com

13 karine.morin@etu.unistra.fr

14 10 rue Jenner 67120 MOLSHEIM

15 06 87 97 33 62

16 **Déclaration de conflits d'intérêts :**

17 L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

18 **Remerciements :**

19 Je tiens à remercier mon superviseur de travail de recherche Mme Sandra JUNG, pour sa
20 disponibilité et sa bonne humeur. Mes collègues de promotion 2022/2023 de Master 2 de
21 pédagogie en sciences de la santé de Strasbourg pour leurs bons conseils et leur soutien sans
22 faille.

23 Résumé :

24 Introduction : En quoi le développement des compétences lors de la formation continue « plaies
25 et cicatrisation » des infirmiers(ères) améliore la qualité de leur pratique professionnelle ?

26 Méthodologie : la méthode qualitative a été retenue pour tenter de répondre à la problématique
27 posée. Afin d'élaborer la grille d'entretien, un questionnaire exploratoire a été complété par 145
28 infirmiers(ères) ou IDE. Par la suite des entretiens ont été réalisés auprès d'IDE ayant bénéficié
29 dans les cinq dernières années d'une formation en plaies et cicatrisation.

30 Résultats : les professionnels interrogés sont unanimes sur la nécessité d'une formation plaies
31 et cicatrisation dans le processus de professionnalisation des IDE, comblant ainsi les inégalités
32 de la formation initiale. Les entretiens ont mis en évidence des difficultés dans leurs pouvoir-
33 agir. Plusieurs obstacles à l'évolution de la prise en charge des plaies sont évoqués : le temps,
34 la légitimité, la communication, la place du lead, etc.

35 Discussion : les leviers pour améliorer la prise en charge des plaies : une formation continue
36 plaies et cicatrisation obligatoire pour tous les IDE. Accompagner la réflexivité déclenchée par
37 la formation continue pour transférer les apprentissages dans la pratique quotidienne.
38 Décloisonner la FC plaies et cicatrisation afin de développer l'interprofessionnalité.

39 Mots Clés : Formation continue, transferts des acquis, professionnalisation, Plaies et
40 cicatrisation, interprofessionnalité.

41 Abstract :

42 Introduction: how does the development of abilities in the continuing education of nurses on
43 wounds and healing improve the quality their professional practice?

44 Methodology: the qualitative method was chosen in an attempt to answer the question posed.
45 In order to develop an interview grid, an exploratory questionnaire was completed by 145
46 nurses. Interviews were then conducted with nurses who had received training in wounds
47 healing over the previous five years.

48 Results: The professionals interviewed were unanimous on the need for wound healing training
49 as part of the process of professionalisation nurses, thus making up for the inequalities of initial
50 training. The interviews highlighted difficulties in their empowerment. Several obstacles to the
51 development of wound management were mentioned: time, legitimacy, communication, the
52 place of the lead, etc.

53 Discussion: The levers for improving wound management: compulsory in-service wound
54 healing training for all nurses. Support the reflexivity triggered by continuing training, so that
55 learning can be transferred to everyday practice. Decompartmentalise continuing education in
56 wound healing in order to develop interprofessional collaboration.

57 Keywords : continuing education, training transfer, professionnalisation, Wound Healing,
58 interprofessional.

59

60 I. INTRODUCTION :

61 La partie introductive sera la contextualisation de mon travail de recherche.

62 L'objet de la recherche cible spécifiquement une profession de la santé, les infirmiers(ères)
63 IDE. « Les infirmiers(ères) dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative,
64 visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent à l'éducation à la santé et à
65 l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins [...] en lien avec
66 leur projet de vie. Les infirmiers(ères) interviennent dans le cadre d'une équipe
67 pluriprofessionnelle. »(1) La sélection de cette définition plutôt qu'une autre permet de mettre
68 l'accent sur la polyvalence du métier d'infirmier. L'IDE est un « couteau suisse ». En effet
69 malgré une formation commune de trois ans, l'appropriation des compétences et la
70 professionnalisation est un processus personnel dont résulte une singularité. L'addition d'IDE
71 singulier crée une richesse pluridisciplinaire mise au bénéfice du patient. Quels sont les
72 éléments qui pourraient influencer la professionnalisation des IDE ?

73 La Formation professionnelle est un outil, permettant le développement des compétences chez
74 les actifs. « Elle permet de se former tout au long de son parcours professionnel, pour
75 développer ses compétences et accéder à l'emploi, se maintenir dans l'emploi ou encore
76 changer d'emploi/métier, engager une reconversion professionnelle. »(2) L'employeur et
77 l'employé ont tous deux des obligations en lien avec la formation professionnelle. L'employeur
78 a un devoir de formation auprès de ses salariés selon l'article L.6321-1 du code du travail. Les
79 deux principales obligations de l'employeur sont l'adaptation au poste de travail lorsque de
80 nouvelles technologies et ou organisations sont mises en place et le maintien dans l'emploi.

81 Depuis le 1^{er} janvier 2019 le plan de développement des compétences a remplacé le plan de
82 formation. Ce plan de développement des compétences est l'addition des formations à
83 l'initiative de l'employeur avec celles à l'initiative du salarié. Il reprend toutes les actions de
84 formations proposées par l'employeur pour tous les salariés, qu'elles soient obligatoires selon
85 l'article 6321-2 du code du travail, ou non obligatoires.

86 Le salarié a aussi des obligations comme celle de participer à la formation. Tout refus de sa part
87 est qualifiable de faute professionnelle. Chaque salarié détient un compte personnel de
88 formation qui a remplacé le dispositif individuel de formation en 2015. « Le compte personnel
89 de formation (CPF) permet à toute personne active, dès son entrée sur le marché du travail et
90 jusqu'à la date à laquelle elle fait valoir l'ensemble de ses droits à la retraite, d'acquérir des
91 droits à la formation mobilisables tout au long de sa vie professionnelle. »(2)

92 Focus sur les formations : Développement Professionnel Continu : DPC propres aux
93 professionnels de santé de France. « Initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
94 (HPST) en 2009 et adapté par la loi de modernisation du système de santé en 2016. »(3) Tous
95 les trois ans, les professionnels de santé ont l'obligation de suivre un parcours de DPC, cela
96 pendant toute leur activité professionnelle. L'Agence nationale du DPC met à disposition des
97 fiches de cadrage relatives aux orientations pluriannuelles.

98

A. Les enjeux

99 Le premier enjeu lorsque se pose la notion de résultats sur la qualité des soins c'est la
100 certification des établissements de santé. Cette certification est récente. En effet la première a
101 eu lieu il y a vingt ans. Des experts visiteurs mandatés par la Haute Autorité de Santé : (HAS)
102 viennent vérifier si l'établissement répond à quinze objectifs classés dans trois chapitres : les
103 patients, les équipes de soin et l'établissement et sa gouvernance. La certification est
104 l'évaluation de la qualité des soins du point de vue des instances. Les résultats sont consultables
105 par tous sur le site de la HAS dans la rubrique QualiScope. La HAS a également déployé un
106 questionnaire qui est envoyé par email à tous les patients ayant séjournés plus de 48 heures dans
107 un service hospitalier. Ce dispositif est appelé e-satis. Il permet de recueillir l'expérience des
108 patients dans leur globalité : prise en compte de la douleur, explication sur le déroulement de la
109 prise en charge, présentation des intervenants, etc. Selon Yennek (2015), « la satisfaction
110 patient » permettrait de faire un parallèle avec la satisfaction en formation. En effet que ce soit
111 les formations ou l'évaluation de la qualité des soins, tout se recentre sur les « soins axés sur la
112 personne »(4). Quels sont les leviers des personnels de santé pour accroître la qualité des soins ?

113 Le deuxième enjeu repose sur la prise en charge des plaies complexes en France. Dans un
114 rapport édité par l'assurance maladie en 2015, qui met en évidence une « Estimation des
115 dépenses d'assurance maladie remboursées en 2011 pour les escarres et les ulcères soignés à
116 domicile. »(5) les coûts de prise en charge des plaies chroniques de 2011 s'élèvent à près d'un
117 milliard d'euros. Ces coûts sont colossaux. L'assurance maladie estime le coût total/jour/
118 patient à 42.20 € et quasiment 10 000 € par patient. La majorité des frais concernent la
119 rémunération des IDE (35%), les compresses et les pansements (16%) et les transports (14%).
120 Luc Teot, Président de la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation annonce
121 « 2,5 Millions de plaies en France, dont 65% vont cicatriser si on peut proposer des solutions
122 validées par l'HAS. 35% sont complexes. »(6) Comment pourrait-on mieux prendre en soin les
123 patients porteurs de plaies complexes ?

124 Le troisième enjeu est la formation chez l'adulte. En effet, l'éducation de l'adulte ou
125 l'andragogie s'appuie sur 6 principes : « le besoin de savoir, la conscience de soi, le rôle de
126 l'expérience, l'ancrage dans la vie réelle, la progression vers l'amélioration et la motivation
127 personnelle. »(7) L'adulte à la différence de l'enfant n'est pas une « page blanche ». Il a déjà
128 acquis un certain nombre de connaissances, de savoirs, d'expériences au cours de sa vie.
129 L'adulte sera plus investi si la formation proposée lui apporte des solutions ou un éclairage
130 quant à la résolution de problèmes dans sa vie quotidienne. « Les thèmes enseignés doivent
131 donc correspondre à un besoin lui permettant de s'adapter à des situations concrètes et
132 fréquentes. » (8) Il semble pertinent de questionner les neurosciences sur la différence entre un
133 cerveau d'un novice et celui d'un expert. Le résultat est : aucune. « Leur mémoire et leur
134 intelligence sont équivalentes. »(9) Le cerveau devient expert grâce à la répétition. Une
135 formation doit-elle alors s'inscrire dans le temps pour être efficace ? Pelaccia (2016) définit
136 la motivation comme un élément essentiel à la formation de l'adulte. Il décrit deux types de
137 motivation :

138 -la motivation intrinsèque : l'individu est seul à l'origine de ses choix, en opposition à la
139 motivation extrinsèque ;

140 -la motivation extrinsèque : l'individu est ici contraint à la tâche.

141 La motivation semble être la clef nécessaire pour que l'apprenant intègre les enseignements.

142 Sans l'adhésion de l'apprenant, il est impossible de le former. Cette adhésion et cette motivation
143 sont des biais de taille. Est-il possible de passer outre ces biais pour former malgré tout ? La
144 formation est-elle alors la seule réponse ?

145 **B. Les objectifs :**

146 Le premier objectif serait d'évaluer le troisième niveau du modèle de Kirkpatrick (1959) qui
147 interroge les changements « du comportement à l'issue de la formation : il s'agit d'évaluer dans
148 quelle mesure il y a un changement de comportement après la formation en situation de
149 travail. »(4) Le transfert des acquis d'une formation en plaies et cicatrisation en situation est le
150 résultat attendu à l'issue de celle-ci. Ce troisième niveau est déterminant pour évaluer
151 l'efficacité d'une formation. « L'évaluation du transfert des acquis vise à mesurer les impacts
152 de la formation en situation de travail. »(10)

153 Le second objectif consisterait à percevoir les éléments concourant à l'amélioration de la
154 formation continue chez les IDE.

155

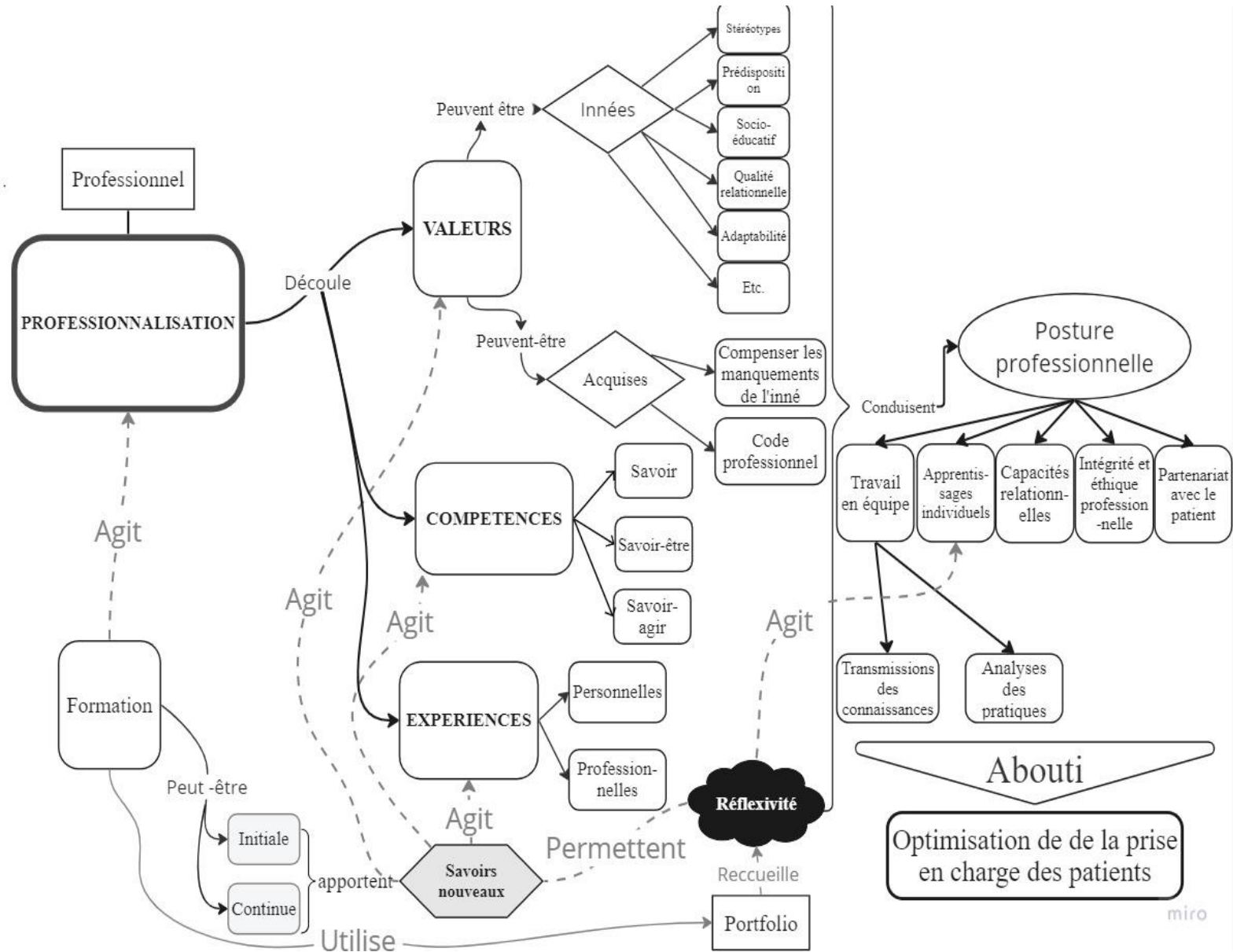
C. Cadre conceptuel :

156

a) Professionnalisation

157 Cette carte conceptuelle de la professionnalisation reprend les différentes définitions de

158 Wittorski (2008), Pelaccia (2016), Brunstein (2022)



159 Dans cette interprétation du professionnalisme, j'établis un lien entre la formation et la
160 réflexivité. Elle serait une des conditions à l'apprentissage de savoirs nouveaux. Dans quelle
161 mesure la réflexivité concourt-elle à l'acquisition de nouveaux apprentissages ?

162

b) La réflexivité

163 Gouttenoire et *al.* (2019) présente la réflexivité comme une composante incontournable en
164 formation professionnelle en utilisant « des dispositifs pédagogiques visant le renforcement des
165 capacités réflexives d'acteurs sur leurs situations professionnelles à des fins de développement
166 professionnel et personnel. »(11)

167 Pelaccia (2016) décrit cinq composantes de la réflexivité :

- 168 1. La composante Pensée et Action : elle englobe les sentiments, remarques, doutes, etc.,
169 c'est « ce à quoi on réfléchit ».
- 170 2. La composante Attentive, Critique, Exploratoire et Itérative : c'est la mise en
171 perspective d'une réflexion perpétuelle consciente et analytique. C'est « la manière de
172 réfléchir ».
- 173 3. La composante des Cadres Conceptuels Sous-Jacents : Elle se traduit par le décryptage
174 de « notre façon de penser ». Pourquoi nous avons agi d'une certaine façon plutôt
175 qu'une autre ?
- 176 4. La composante Visant le Changement : c'est l'« objectif du processus réflexif ». Le
177 processus réflexif permet la mise en lumière de nouvelles solutions.
- 178 5. La composante du Soi : c'est rapporter la réflexion au cœur de notre « soi ».

179 Pour reprendre le Modèle de Pelaccia (2016), la formation professionnelle devrait s'appuyer
180 sur les composantes trois et quatre. En effet, lors de la troisième étape l'individu s'interroge sur
181 le pourquoi il a agi de cette façon. Cette analyse prend tout son sens lors d'une action de
182 formation en situation de travail puisque l'apprenant va s'interroger sur son action, en la mettant
183 en relation avec le résultat attendu.

184 En introduisant la réflexivité dans sa pratique quotidienne le soignant transformerait de façon
185 significative sa vision du soin et par conséquent la prise en soin des patients. Puisque le
186 « professionnel de santé réflexif ne se complait pas dans une routine et dans ses habitudes, ne
187 se satisfait pas de ses connaissances actuelles, il les remet fréquemment en question dans une
188 perspective d'amélioration. »(12) C'est cette amélioration continue qui inscrit le professionnel
189 dans une dynamique d'accroissement des compétences.

190

191 c) Connaissances et compétences intimement liées

192 Lorsque l'on parle de formation continue, les termes connaissances et compétences sont
193 incontournables

194 La connaissance est la capacité de l'individu à empiler des savoirs, comme il empilerait des
195 encyclopédies sur une étagère. Ce terme définit la connaissance comme quelque chose de
196 passif, sans transférabilité. Les connaissances seraient « des outils au service de la
197 compréhension et de l'action. »(13)

198 Afin de mobiliser ces connaissances, Tardif (1996) inclut la notion de métacognition. L'auteur
199 ajoute que la classification des connaissances et leur hiérarchisation permet d'optimiser leur
200 utilisation. Il majore son propos en affirmant que cette capacité à organiser ces connaissances
201 permet de distinguer l'expert du novice. Les connaissances métacognitives intègrent une notion
202 de réflexivité, permettant la transférabilité des connaissances. Les connaissances et qui plus est,
203 leur intégration, semblent être le prérequis pour se traduire en compétences.

204 La compétence est un concept complexe, de nombreux auteurs ont écrit sur le sujet. En
205 s'appuyant sur les définitions de Tardif (1996) et Pelaccia (2016), l'appropriation d'une
206 compétence est au cœur d'un processus individuel, au-delà de l'empilement de savoirs, savoir-
207 être et savoir-agir. La compétence est la mise en relation de ces savoirs en y incluant la capacité

208 réflexive du professionnel. La compétence est la capacité à mobiliser les savoirs acquis lors de
209 situation professionnelle. Elle est liée de façon intrinsèque au résultat attendu.

210 En réalisant un focus sur l'approche par compétences qui selon Pelaccia (2016) est la traduction
211 d'« une logique professionnelle en logique éducative. »(12) Le fait d'ancrer des connaissances
212 nouvelles dans la réalité du quotidien des apprenants cela leur donne du sens et une utilité. En
213 partant du terrain pour créer un dispositif de formation, cela permet de répondre aux contraintes
214 du contexte et élaborer ensemble des stratégies de réponses aux problèmes.

215

216 « Il s'agit en fait d'ancrer les connaissances dans les réalités auxquelles les étudiants peuvent
217 donner du sens, c'est-à-dire qui les interpellent, leur posent un défi, leur semblent utiles et
218 mettent en évidence l'apport d'autres disciplines. »(12)

219

220 L'objectif est de prodiguer aux patients les meilleurs soins en veillant à la qualité et la sécurité
221 de ceux-ci. Pour se faire les professionnels bénéficient bien entendu d'une formation initiale
222 mais ils ont l'obligation de se former durant toute leur carrière. La formation continue apparaît
223 comme l'un des leviers pour contribuer à améliorer la qualité des soins. Les professionnels
224 bénéficiant ainsi de compétences nouvelles adoptent-ils un changement de comportement sur
225 le terrain ?

226 La question spécifique de recherche est la suivante :

227 **En quoi le développement des compétences lors de la formation continue**
228 **« plaies et cicatrisation » des infirmiers améliore la qualité de leur pratique**
229 **professionnelle ?**

230 **II. METHODE**

231

232 La méthode qualitative apparaît comme le seul moyen qui permettrait de tenter l'exploration du
233 troisième niveau du modèle de Kirpatrick.

234 **A. Questionnaire exploratoire**

235 Afin d'élaborer la grille d'entretien un questionnaire exploratoire a été réalisé. Celui-ci portait
236 dans un premier temps sur des questions afin de répartir le panel interrogé : nombre d'année de
237 diplôme, moyenne d'âge, le service d'exercice, ont-ils bénéficiés d'une formation « plaies et
238 cicatrisation », si oui depuis quand ? Ce sont-ils déjà retrouvés en difficulté face à la prise en
239 charge d'une plaie complexe ? Quelle autoévaluation pourraient-ils donner à leur compétence
240 en plaie sur une échelle de zéro à dix ? Désirent-ils accroître leurs compétences dans la prise en
241 charge des plaies ?

242 La deuxième partie porte sur des questions de connaissances pures : les classes de pansements,
243 les types de plaie, les modes d'action des pansements, etc.

244 Ce questionnaire exploratoire a été diffusé sur les réseaux sociaux en décembre 2022 et sur une
245 période d'un mois. Celui-ci a permis de réaliser la grille d'entretien afin de ne pas perdre de
246 vue l'objectif de sonder les modifications induites par la formation dans leur pratique
247 professionnelle, lors de prise en charge de plaies.

248 Ils ont également été interrogés sur les possibles difficultés rencontrées pour répondre au
249 questionnaire. Une sélection des réponses les plus significatives sont disponibles en annexe II.

250 La population interrogée est hétérogène. Toutes les tranches d'âges sont représentées selon la
251 répartition suivante : 34,5% chez les 26-35ans, 27,6% chez les 36-45ans, 18,6% chez les 46-
252 55ans. Les tranches 18-25ans et plus de 55ans représentent à elles deux seulement 19,3% des
253 145 participants.

254 Il est intéressant de souligner que cette hétérogénéité se retrouve dans les services où les répondants
255 exercent : libéraux/domicile (32%) ; psychiatrie (3%) ; enseignant/DIM (Département
256 d'Information Médicale) (3%) ; urgences (8%) ; chirurgie (5%) ; réanimation/SSPI (Salle de
257 Surveillance Post Interventionnelle) (12%) ; médecine (40%) ; EHPAD (Etablissement
258 d'Hébergement pour Personne Agées) /MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) (4%) et dialyse/
259 hémodialyse (8%).

260 En recroisant tous les questionnaires il ressort sur les 145 IDE répondants que :

261 • 77 ont déjà bénéficié d'une formation contre 68 qui n'en ont pas encore bénéficié.

262 Parmi les 68 répondants qui n'ont pas encore reçu de formation, 43 ont moins de dix ans
263 d'expérience. 64 des 68 n'ayant pas bénéficié de formation ont exprimé avoir déjà été en
264 difficulté face à une prise en charge de plaies, 62 d'entre eux ont eu des difficultés à compléter
265 le questionnaire des connaissances.

266 • 37 exercent en libéral et 32 en médecine.

267 • 136 des IDE répondants ont exprimé s'être déjà sentis en difficulté face à une plaie.
268 Malgré que 72 d'entre eux ont déjà bénéficié d'une formation.

269 • 132 des soignants souhaitent accroître leurs compétences dans la prise en charge de
270 plaies.

271 • 69 sur les 136 ayant exprimé une difficulté ont déjà bénéficié d'une formation depuis
272 l'obtention de leur diplôme. 54 des soignants souhaitant accroître leurs compétences ont
273 pourtant bénéficié d'une formation il y a moins de cinq ans.

274 • Neuf personnes ne souhaitent pas accroître leurs compétences dans la prise en charge
275 des plaies. La totalité d'entre eux ont déjà bénéficié d'une formation dans les dix
276 dernières années. Huit des IDE ne souhaitant pas accroître leurs compétences ont
277 bénéficié d'une formation DPC.

278
279 • 92 des soignants se sont autoévalués entre sept, huit, neuf et dix sur dix :

280 ○ 60 d'entre eux ont bénéficiés d'une formation, alors que 32 n'en ont pas reçu.

281 ○ Une seule personne a répondu correctement à la totalité des questions de
282 connaissances.

283

- 284 • 53 des soignants se sont autoévalués entre deux, trois, quatre et cinq sur dix :
285 ○ 17 d'entre eux ont bénéficiés d'une formation, dont 12 ont reçu une formation il
286 y a moins de cinq ans. 16 des répondants déjà formés, s'étant autoévalué entre
287 deux, trois, quatre et cinq expriment le souhait d'approfondir dans le domaine
288 des plaies et cicatrisation.
289 ○ Une seule personne a répondu correctement à la totalité des questions de
290 connaissances.

291 **A. Recueil de données**

292 Compte tenu des résultats du questionnaire exploratoire, plusieurs questions émergent :

- 293 ➤ Puisque 132 souhaitent accroître leurs compétences alors que 69 d'entre eux ont déjà
294 bénéficié d'une formation il y a moins de cinq ans. Dans quelle mesure la formation
295 joue-t-elle un rôle dans l'acquisition des compétences nécessaires à la prise en charge
296 des plaies ?
297 ➤ Quels sont les attentes des soignants dans le cadre d'une formation sur la prise en charge
298 des plaies ?
299 ➤ Comment se sent un soignant dans la prise en charge de plaies complexes une fois qu'il
300 a bénéficié d'une formation ?
301 ➤ Après avoir reçu une formation, quels sont les changements mis en œuvre dans la prise
302 en soin ?

303 Cf trame d'entretien annexe II.

304 **1. Choix de la population interrogée :**

305 Lors de l'analyse des questionnaires exploratoires, il en était ressorti que plus de la moitié des
306 soignants interrogés avaient déjà bénéficiés d'une formation dans le domaine des plaies et
307 cicatrisation durant les cinq dernières années Les trois quarts d'entre eux souhaiteraient
308 poursuivre l'accroissement de leurs compétences dans ce domaine.

309 C'est auprès de cette population que les entretiens seront réalisés. Le contact a d'abord été pris
310 auprès des collègues du groupe hospitalier afin qu'ils communiquent au sein de leurs équipes ;
311 ceci en ciblant les soignants ayant bénéficié d'une formation plaies et cicatrisation de moins de
312 cinq ans. Une annonce mise en ligne sur les réseaux sociaux Facebook et LinkedIn, a permis de
313 réaliser les entretiens.

314 Il a été fait le choix délibéré d'exclure des soignants connus personnellement ou avec lesquels
315 avait travaillé la personne les interrogeant afin d'éviter au maximum les biais de croyance, de
316 représentativité, etc. Une seule des personnes interrogées a travaillé en collaboration avec un
317 des services où je suis responsable. La principale difficulté lors de cet entretien était de recentrer
318 les échanges sur les questions et ne pas tomber dans l'analyse de pratique professionnelle.

319

320 **2. La méthode**

321 a) Climat et sécurisation des données

322 Tous les participants ont signé un consentement pour l'exploitation analytique des données. Le
323 document précisait le sujet du travail de recherche, la durée approximative de l'entretien, ils
324 étaient prévenus que l'entretien serait enregistré mais que l'enregistrement serait détruit après

325 son analyse. Ils étaient également avertis de l'anonymisation des données. Le travail n'a pas été
326 soumis à un comité éthique puisque la population interrogée est hors loi Jardé.

327 b) Déroulé des entretiens et choix de la population interrogée
328 Les entretiens ont été réalisés sur une période de deux mois entre mars et avril 2023. Il a été
329 réalisé sept entretiens en visioconférence et un entretien en présentiel, il n'a pas été relevé de
330 différence entre les deux modes de recueil. La visioconférence étant entrée dans les mœurs suite
331 à la COVID. Les aléas techniques n'ont causé que de légers retards et aucun entretien n'a été
332 reporté à cause d'un problème technique. De plus tous les soignants interrogés en
333 visioconférence se sont rendus disponibles pour réaliser l'entretien dans les meilleures
334 conditions. Le distanciel a permis d'élargir la zone géographique. On put être interrogés des
335 soignants de Bretagne, du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Meuse et de Lorraine. L'entretien en
336 présentiel a permis de l'associer à un moment de convivialité (offrir un thé) ce qui a permis de
337 mettre le soignant en confiance et à l'aise rapidement.

Profil des personnes interrogées	Age	Ancienneté du diplôme infirmier (en années)	Type de service d'exercice	Type de formation
S01	36	1.5	Médecine gériatrique	2 jours
S02	48	24	Diabétologie	DU
S03	40	18	HAD	DU
S04	25	4	Diabétologie	2 jours
S05	37	14	Libéral	DU
S06	34	10	Libéral	2 jours
S07	34	11	Urgences	2 jours
S08	30	7	Urgences	2 jours

338 L'estimation de la durée d'entretien était de 30 à 45 minutes. Aucun des entretiens n'a duré plus
339 de 40 min. L'entretien le plus long a duré 38 minutes et le plus court 13 min. La durée moyenne
340 est de 27 minutes.

341 L'entretien n°4 a marqué un vrai tournant dans la réalisation du recueil de donnée. En effet, la
342 personne interrogée faisait des réponses très courtes, peu développées et malgré plusieurs
343 relances infructueuses, l'entretien n'a duré que 13 minutes soit 14 minutes de moins que la
344 durée moyenne.

345 c) Difficultés de la méthode
346 Je me suis beaucoup interrogée sur ma façon de réaliser l'entretien et sur les techniques de la
347 recherche qualitative. Au regard des réponses de l'entretien S04, il semblait pertinent de
348 questionner la motivation du soignant pour réaliser la formation plaies et cicatrisation. Il
349 paraissait important d'ajouter une question à la grille d'entretien. Cette nouvelle question a été
350 placée en deuxième position ; elle porte sur les motivations du choix de cette formation
351 précisément.

352 d) Analyse des données
353 L'analyse des données s'est faite dans une démarche interprétative, en partant de la question
354 spécifique en codant à partir des grands thèmes de celle-ci puis en codant les thèmes
355 émergents. Les codages ont été réalisés au fur et à mesure des entretiens. Chacun des verbatims
356 a été classé dans un tableau récapitulatif ayant pour abscisse les entretiens et pour ordonnées
357 les codages. Dix catégories de codages ont émergé :

358

- 359 1. Le profil de l'IDE ;
- 360 2. Les manquements et ou différences entre la formation continue et la formation initiale ;
- 361 3. Les échanges avec les pairs/collègues ;
- 362 4. Discussion entre la personne qui a l'expérience/expertise et la personne qui prescrit ;
- 363 5. Processus réflexif ;
- 364 6. Formation utile mais... besoin de mise à jour permanente ;
- 365 7. Légitimité et pouvoir-agir ;
- 366 8. Prise en compte financière ;
- 367 9. Les freins pour faire évoluer la prise en charge des plaies ;
- 368 10. Autres supports que la formation.

369

370 **III. RESULTATS**

371 **1. Légitimité**

372 Le concept de légitimité ressort dans la totalité des entretiens. Il y a une variation de la légitimité
373 selon si le soignant a bénéficié d'une formation de quelques jours par un organisme lambda ou
374 si c'est un DU.

375 a) Formation valorisée par un diplôme :

376 En effet les soignants ayant bénéficié d'un DU mettaient en avant l'intérêt du diplôme pour
377 assoir leurs positions de personne ressource et experte dans le domaine des plaies. S03 « Ça
378 légitimait un peu la formation qu'on donne aux IDE libéraux, c'était vraiment pour légitimer les
379 conseils que je donnais et après mettre en place des protocoles internes au service. ». Le diplôme
380 apparaît ici comme un levier permettant de mettre en avant des pratiques validées par celui-ci.
381 La mise en avant du diplôme semble faciliter l'introduction de pratiques nouvelles et permet
382 d'engager la discussion professionnelle. S03 « On va avancer le fait que par exemple, lors de
383 la formation du DU ce n'était pas préconisé ou ce n'est plus d'actualité. C'est plus facile
384 d'amener cela aux infirmiers et donc à la discussion, elle s'enchaîne, oui, d'accord. Tu as fait la
385 formation. »

386 b) Formation d'un organisme indépendant sur quelques jours :

387 Le type de formation le plus largement choisi par les soignants est une formation sur quelques
388 jours proposée par un organisme de formation. Cette formation est axée sur les classes de
389 pansements et leurs indications. D'autres apports spécifiques peuvent y être dispensés : prise
390 en charge nutritionnelle du patient porteur de plaies complexes, les compressions veineuses,
391 etc. Cette formation donne aux soignants des pistes de réponses pour leurs questionnements au
392 quotidien. Les entretiens mettent en avant la difficulté des soignants détenteurs de savoir
393 nouveau et la légitimité de leurs propositions de soins. S07 « Comme si, parce que ça venait
394 d'une infirmière, ce n'était pas crédible. » Malgré les apprentissages nouveaux reçus lors de la
395 formation plusieurs des interrogés expriment un sentiment d'imposture ; S06 « Je trouvais que
396 c'était peut-être un syndrome de l'imposteur et je n'avais aucune légitimité à être une personne
397 ressource ».

398 c) Lacune de la formation initiale :

399 Un constat qui est sans appel sur les huit entretiens, sept soulignent les manquements de la
400 formation initiale. Elle ne semble pas préparer les futurs soignants à la prise en soins de plaies

401 complexes. S01 « c'est quelque chose qui m'a vraiment choqué pour le coup, on n'a quasiment
402 rien dans la formation initiale. » S03 « Oui, durant la formation initiale, je trouve qu'on n'est
403 pas formé » S05 « ça faisait dix ans que je bossais, j'avais un petit peu envie d'approfondir des
404 connaissances de base que l'on a à l'école parce que, sur la cicatrisation, sur les plaies, sur les
405 pansements, ça reste quand même assez basique. » S07 « Parce que finalement on n'a pas
406 beaucoup de connaissances là-dessus. Déjà à l'IFSI, on n'en parle pas beaucoup. »

407 Trois des personnes interrogées précisent que c'est lors de leurs premières expériences
408 professionnelles, où même durant de leurs stages, qu'elles se sont aguerries dans la prise en
409 charge des plaies complexes. S04 « A l'école, on avait un petit module sur les plaies et sinon,
410 une fois que j'ai été diplômé, c'est vraiment dans le service que j'ai appris. » S08 « à l'IFSI, on
411 a eu des ateliers désinfections, des plaies pour enlever les fils, les agrafes. Sinon, c'était plus sur
412 l'expérience en stage et les trois ans en SSR. » S01 « C'est vraiment là, dans ma pratique IDE
413 que j'ai appris au contact de mes collègues »

414 2. « Pouvoir-agir »

415 Le pouvoir-agir est évoqué par plusieurs IDE avec la mise en lumière de la collaboration
416 professionnelle et le travail en équipe.
417

418 a) La collaboration professionnelle

419 Le travail en équipe est un élément central dans la transmission des savoirs et la dynamique
420 d'optimisation de la prise en soin des patients. S03 exprime que « Ce n'est pas parce que j'ai un
421 diplôme que je ne vais jamais poser la question à un collègue qui est diplômé depuis plus
422 longtemps en fait, toutes astuces ou conseils sont bons à prendre. » Toutes les personnes
423 interrogées tiennent le même discours, sur la collaboration en équipe, qui apparait comme une
424 condition sinéquanone à la bonne prise en charge d'une plaie complexe. S06 « On mettait
425 toujours en lien les infos des unes avec, les observations et les avis des autres. »

426 S08 « Tout le monde a suivi et tout le monde s'est mis à jour. C'est nous qui faisons les
427 formations. Et d'un à côté, t'as les jeunes DE qui ont les dernières infos de l'IFSI. Donc ça fait
428 un mix. On essaie globalement d'être le plus à jour possible. » S08 « Globalement, je suis
429 content des changements qu'on a faits, on a quand même bien progressé tous ensemble. »

430 b) Le choix du protocole/pansement délégué aux IDE

431 Dans ce thème se dégage trois possibilités de collaboration :

- 432 1- Les échanges constructifs avec les prescripteurs et opérateurs pour optimiser la prise en
433 charge. S05 « On a de la chance avec les médecins généralistes de ce côté-là, au niveau
434 des plaies, ils sont assez... Je ne veux pas dire qu'ils nous laissent faire mais ils sont en
435 confiance par rapport à ce que l'on peut proposer » ;
- 436 2- Le prescripteur qui n'a pas de connaissance dans le domaine des plaies complexes et se
437 laisse dicter le protocole par le soignant formé. S02 « Très souvent, on aide les internes
438 pour savoir quoi mettre, parce que là par contre on se rend compte qu'eux n'ont rien
439 dans leur cursus de formation ou très peu » S01 « En général ce sont quand même les
440 IDE qui vont choisir un peu et les protocoles, ils font quand même plutôt confiance
441 parce que certains le disent ouvertement qu'ils ne savent pas quoi mettre sur la plaie. »
- 442 3- Le prescripteur obtus qui malgré les échanges prescrira ce qu'il a décidé. S08 « Tu ne
443 peux même pas les conseiller puisqu'ils ne se laissent rien dire. C'est dommage, c'est
444 au détriment des gens, c'est forcément moins adapté ».

445 Sur les huit entretiens réalisés, le deuxième type de collaboration est décrit à six reprises.

446 c) Formation utile mais... besoin de mise à jour permanente

447 La formation plaies et cicatrisation est un jalon dans le parcours de professionnalisation. Trois
448 soignants ont évoqué le travail questionnement et la mise à jour perpétuelle afin d'optimiser la
449 prise en charge des plaies complexes. S06 « Je pense que ça ne finit jamais. Et puis on revoit
450 de nouvelles choses, on en oublie d'autres et il y a des nouveautés aussi, qu'il faut s'imprégner.
451 Oui après, entre le dire et le faire, il y a un monde mais en tout cas oui, la volonté est là »
452 S01 « Deux jours ça ne suffit pas pour être : « Expert » [...]C'est sûr que si demain on me dit tu
453 veux refaire la formation, je la referai avec plaisir. Automatiquement, j'ai encore des choses à
454 apprendre » S04 « Faudrait que tout le monde refasse une formation pour connaître déjà les
455 nouveaux pansements. Les nouveaux dispositifs pour changer un peu ses habitudes de service. »

456 d) Les nombreux obstacles au « pouvoir-agir »

457 Cinq obstacles sont mis en avant lors des entretiens :

458 1- La communication : Elle est au sein de l'équipe de soins, entre collègues mais aussi
459 avec les prescripteurs. S03 « On reste des infirmières et on travaille encore sous
460 prescription de chirurgien, de médecins hospitaliers, qui ont eux-mêmes, un DU plaies
461 et cicatrisation. Donc effectivement c'est un travail de communication ». S07 « On a
462 essayé d'en parler, d'expliquer pourquoi on fait comme ça. Que ce n'est pas juste une
463 idée farfelue tombée du ciel. Expliquer pourquoi on fait les choses. ». S06 « Pour être
464 cohérent et bien ça passe par des transmissions et une communication quand même
465 précise »

466 Un outil de communication a également été mis en avant pour la prise en charge des
467 plaies. S02 « Les photos, si on veut les montrer au médecin quand il n'est pas là. On le
468 fait avec notre téléphone perso »

469 2- Place du lead : un soignant a noté la position de leader dans la dynamique du
470 changement S06 « Il y a des personnes qui ont un égo plus gros que d'autres et qui se
471 sentent une âme de « Moi, je vais mettre en place ça » et d'autres qui vont peut-être se
472 sentir un peu plus impressionnés par ces types de personnes et qui vont dire « Moi, je
473 dirais qu'il faudrait peut-être maintenant autre chose. »

474 3- Prescripteurs obtus : S01« Ici les médecins ne maîtrisent pas les pansements et encore
475 moins les nouveaux produits. Ah non ! Vous allez mettre ce que j'ai dit. Bon d'accord.
476 Ça aussi c'est un peu compliqué. Parfois je ne suis tellement pas d'accord avec ce qu'il
477 propose mais c'est le médecin alors on exécute. C'est compliqué. »

478 4- Temps : incompressible et qui peut être apparenté à la charge de travail S01 « On va
479 aux priorités, j'ai fait tous les pansements ce matin. Demain je suis du matin, je n'aurais
480 peut-être pas le temps de tous les refaire ». Le temps qui peut essouffler la dynamique
481 du changement. S08 « Tu es frustré parce que ça fait déjà un an et demi, on aurait déjà
482 pu changer encore plus de trucs, ça vient doucement »

483 5- Dynamique d'équipe : la difficulté de fédérer autour d'une prise en charge commune
484 par le turn-over. S06 « On a eu beaucoup de nouveaux, on avait pas mal de turn-over à
485 un moment donné. Jusqu'à ce que tout le monde ait la même vision des choses, il se
486 passe un temps. » Une dynamique mise à mal par les réfractaires au changement. S04
487 « Je pense que si des anciennes ont la formation, ça aidera peut-être un petit peu plus ».
488 S07 « C'était un petit groupe de « on a toujours fait comme ça ». « Ça a toujours marché,
489 donc il n'y a pas de raison de changer, de venir avec des pansements qui sortent de je

490 ne sais pas d'où maintenant » Une dynamique qui peut être mise à mal par l'absence de
491 soutien hiérarchique. S07 « On avait un cadre qui n'était pas forcément très aidant. Du
492 coup, on n'avait pas forcément ce soutien-là »

493 6- Le patient : S06 évoque la prise en charge difficile de patients chroniques qui dictent les
494 soins parfois au détriment de leur santé. S06 « Malgré les formations qu'on puisse faire,
495 c'est fatiguant. Il faut accepter qu'il y ait des gens qui se drivent et drive même leur
496 équipe d'infirmières. »

497 **3. Processus réflexif**

498 a) Analyse des transferts dans la pratique quotidienne

499 La moitié du panel interrogé indique que la formation leur a fait prendre conscience de réelles
500 lacunes dans la prise en charge des patients porteurs de plaies complexes. S08 « Tu ne peux pas
501 avoir des lacunes sur une chose qui est la base du métier. Tu ne peux pas faire des erreurs sur
502 les actes qui sont censés être la base de notre métier. Une formation de 2 jours, je pense que
503 c'est à la portée de tout le monde » S08 « Je l'ai vraiment ressenti quand je suis revenu de la
504 formation. Je me suis dit, mais attends : Ça on ne le fait pas bien. On fait ça, ça ne se fait plus
505 depuis 15 ans, mais parce que tu ne savais pas. »

506 Le sentiment de travailler plus juste est sorti à trois reprises. Il ressort également que la
507 formation permet de trouver des réponses applicables dans leurs pratiques professionnelles. S06
508 « Apporter des éléments de réponse sur ce qu'on voit au quotidien ». S05 « Pour que ce soit
509 concret, il faut quand même pouvoir appliquer ce qu'on apprend »

510 La formation catalyseur de la réflexivité comme l'a mis en avant S06 « Ça a apporté vraiment
511 des nouveaux réflexes et une analyse des choses parce que des fois, on a appris une chose et
512 puis on regarde et, on ne sait même plus pourquoi on le fait. C'est vrai qu'on a revu ces choses-
513 là. »

514 **IV. DISCUSSION**

515 **1. Limites**

516 Les limites de la méthode reposent sur l'échantillonnage d'entretiens réalisés. En effet une
517 recherche plus fournie aurait permis d'approfondir le sujet et certainement apporter d'autres
518 éléments de réponse. De plus nous pouvons noter un important biais de disponibilité puisque
519 toutes les personnes interrogées ont une appétence particulière pour la prise en charge des
520 plaies. Afin d'apporter une autre vision, il aurait été intéressant d'interroger des professionnels
521 n'ayant reçu aucune formation continue en plaie, ainsi que les prescripteurs formés ou non aux
522 plaies. Cela aurait permis une triangulation des données.

523

524 **2. Légitimité**

525 Un des points fondamentaux qui ressort de cette étude est la différence de légitimité entre les
526 soignants ayant bénéficié d'une formation de quelques jours ou d'un DU. Le diplôme apporte
527 un poids supplémentaire dans une discussion autour d'une plaie complexe. Une extrapolation
528 est alors possible avec le rapport de force primitif de dominant/dominé, une notion d'ascendant.
529 Cependant la collaboration exclue ce type de rapport. Un des soignant a pourtant décrit avoir
530 entrepris le DU dans l'objectif de légitimer ses propos lors de conseils aux autres professionnels
531 de santé. Il souhaitait également valoriser son expertise acquise dans sa pratique par les
532 multiples formations non diplômantes auxquelles il avait participé. Les pairs et les prescripteurs

533 accordent de la valeur et une crédibilité aux personnes détentrices d'un DU et qui plus est, dans
534 le domaine des plaies. Le diplôme assoit alors la position du soignant et lui confère un statut de
535 personne ressources avec un savoir reconnu et certifié. Quid de la mise à jour des enseignements
536 reçus ou du savoir-agir. Plusieurs personnes ont même évoqué un sentiment d'imposture
537 lorsqu'elles prodiguent du conseil à leurs collègues. Puisqu'elles même ne se sentent pas
538 légitimes dans quelles mesures peuvent-elles transférer les nouveaux savoirs acquis dans leurs
539 pratiques ?

540 Pourtant les différents décrets d'actes qui régissent la profession infirmière : Article R.4311-1
541 à 4311-5 ne laissent pas la place à l'ambiguïté. La prise en charge des plaies qu'il s'agisse de
542 la prévention ou du soin fait partie du rôle propre de l'infirmière. Le questionnement sur la
543 légitimité apparait comme un des freins au pouvoir-agir.

544 **3. « Pouvoir-agir »**

545 Afin d'explicitier le concept de pouvoir agir Hochart (2016) recroise plusieurs définitions de
546 Saoul et Le Bossé pour traduire le plus fidèlement le concept de pouvoir-agir. Le pouvoir-agir
547 ou empowerment est défini selon Saoul par une conquête de pouvoir, non pas sur ses collègues
548 ou sur les patients mais une conquête sur soi. Le Bossé décrit que les expériences du
549 Développement du Pouvoir Agir est la capacité d'un individu à se mettre en action, en
550 mobilisant des « connaissances expérientielles de la personne ou de la collectivité concernée. Il
551 doit se décentrer de la seule dimension individuelle au profit de la prise en compte des caractères
552 contextuels. »(14). Le pouvoir-agir dans le domaine des plaies repose sur une prise de hauteur
553 afin de prendre consciences des obstacles : prescripteurs obtus, collègues réfractaires, etc. mais
554 également les ressources : dynamique d'équipe, nouveaux savoirs, etc.

555 La formation continue en plaies insuffle un pouvoir-agir concourant à l'acquisition de savoirs-
556 agir nouveaux puisqu'elle s'appuie sur des pratiques quotidiennes. Cependant ce pouvoir-agir
557 peut être étouffé dans l'œuf si les obstacles à l'action sont insurmontables. Les obstacles
558 peuvent être nombreux et parfois sembler infranchissables lorsque le prescripteur est obtus, le
559 patient n'adhère pas au soin et repousse le soignant dans ses retranchements, la dynamique
560 d'équipe est sclérosée, etc.

561 **4. Processus réflexif**

562 La formation continue en plaies et cicatrisation même de quelques jours place le soignant au
563 cœur d'un processus réflexif, puisqu'il analyse comment la formation dont il bénéficie pourra
564 impacter positivement son quotidien. Soit en répondant à des problématiques soit ou en
565 optimisant les pratiques actuelles. Ce processus réflexif est vecteur de changement.

Comprendre la composition du schéma

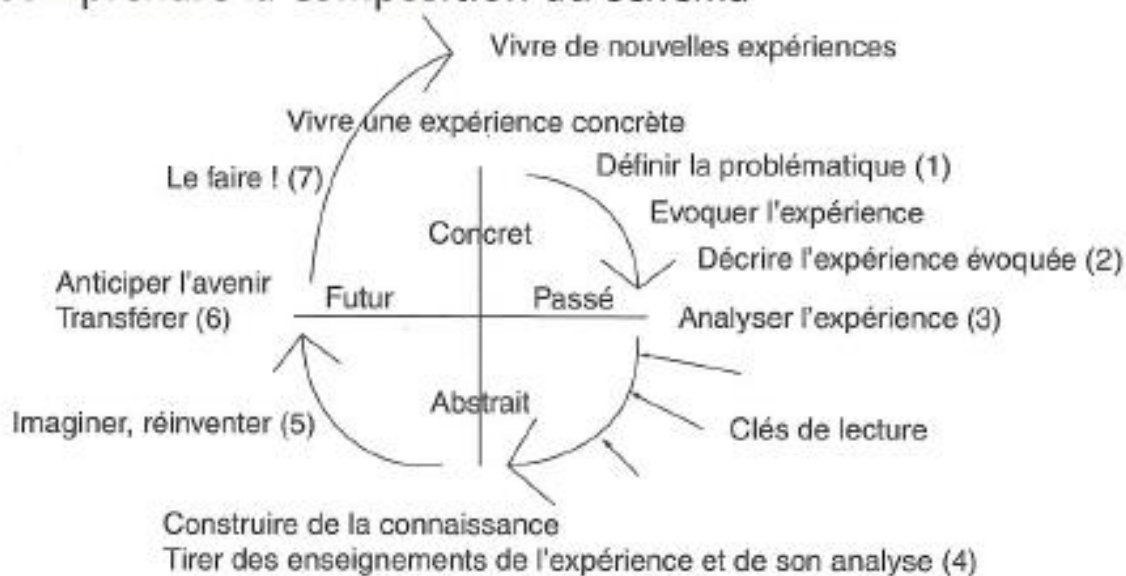


SCHÉMA 1. Le processus de pratique réflexive.

Schéma inspiré de celui de David Kolb.

566

567 Balas-Chanel (2013) présente le schéma (15) suivant pour expliciter le processus réflexif. Les
 568 personnes interrogées ont toutes activé ce processus lors de la formation en plaie. En effet lors
 569 des entretiens, les personnes interrogées ont exprimé que la formation les a fait s'interroger sur
 570 leurs pratiques quotidiennes. Elles ont analysé leurs pratiques (pendant ou après la formation).
 571 Elles ont réfléchi, seules ou en équipe à un plan d'action qui permettrait la transférabilité dans
 572 leurs pratiques. Elles se sont mises en action à différents degrés : révision du chariot à
 573 pansements, conseils aux collègues, participation aux protocoles de soins, etc. Le processus
 574 réflexif est individuel, les résultats mettent en avant la collaboration interprofessionnelle
 575 nécessaire à l'optimisation pour la prise en charge des plaies. Cela met en lumière le besoin de
 576 la mise en action d'un processus réflexif collectif.

577

5. Collaboration interprofessionnalité

578 Les résultats mettent en avant les enjeux de l'interprofessionnalité. Les deux côtés de la
 579 médaille de l'interprofessionnalité ont été révélés lors de l'étude. Le côté avantage avec la
 580 dynamique d'équipe autour d'un projet commun, une perception de la valeur de la tâche et de
 581 gratification avec un sentiment d'accomplissement et de justesse. L'autre côté de la médaille
 582 porte sur les freins au travail en interprofessionnalité qui se traduit par une résistance au
 583 changement, un campement dans des pratiques obsolètes. Ils sont toujours fondés sur un
 584 argumentaire non objectif : « On a toujours fait comme ça » ou encore « Vous allez mettre ce
 585 que j'ai dit ». D'Amour et *al.* (1999) définit la collaboration professionnelle en santé comme «
 586 les relations et les interactions entre professionnels leur permettant de partager leurs
 587 connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients. » (16)
 588 La prise en charge des plaies en interprofessionnalité nécessite des connaissances mutuelles du
 589 champ d'action de tous les acteurs de santé et leurs limites. L'interprofessionnalité oblige à
 590 l'élaboration d'objectifs communs. Il faut également poser les règles de fonctionnement qui
 591 déterminera le qui fait quoi. Il faut ajouter à cette équation un leader quelqu'un qui va mener le
 592 projet. Le lead peut être partagé par un groupe ou un binôme. Le binôme tout trouvé pour la
 593 prise en charge des plaies est le binôme « infirmier/médecin » mais le groupe est plus efficient
 594 si d'autres professions comme les aides-soignantes, les kinésithérapeutes, etc. participe à cette

595 collaboration. Il semble fondamental de décloisonner les formations initiales et continues afin
596 de donner toute sa place à l'interprofessionnalité et permettre ainsi une prise en charge
597 collaborative des plaies.

598 **V. CONCLUSION**

599 La formation continue, comme son nom le précise, doit être continue. Elle doit perdurer tout au
600 long de la vie professionnelle, ce n'est pas propre à la santé ni au domaine des plaies. Une
601 formation qui s'ancre dans le quotidien professionnel des apprenants favorise l'activation de
602 leur processus réflexif. Cette réflexivité permet d'optimiser la transférabilité des acquis de
603 formation dans la pratique quotidienne. Concernant la prise en charge des plaies complexes, la
604 formation enclenche rapidement le processus réflexif puisqu'elle apporte des réponses
605 concrètes à une problématique ou une pratique fréquente. Plusieurs des professionnels
606 interrogés mettent en avant le sentiment d'être plus justes dans leur travail. Ils évoquent
607 également les freins qui peuvent subsister dans leurs pouvoir-agir : la dynamique d'équipe et la
608 position du prescripteur dans la prise en charge des plaies.
609

610 La formation plaies et cicatrisation en interprofessionnalité apparaît comme une piste à explorer
611 pour tenter d'optimiser la transférabilité des acquis de formation dans les soins. Une
612 expérimentation comparant deux groupes de professionnels permettrait de mesurer l'impact de
613 ce type de formation dans la prise en charge de plaies complexes. Elle consisterait en
614 l'observation de soignants lors d'une prise en charge de plaies complexes. Ensuite les
615 professionnels seraient séparés en deux groupes. D'un côté des soignants qui bénéficieraient
616 d'un programme de formation plaies et cicatrisation « classique » ouvert à toutes les professions
617 de santé (aide-soignant, IDE, médecins, etc.). Le second groupe aurait une formation plaies et
618 cicatrisation articulée autour de l'interprofessionnalité des différents professionnels présents.
619 Une deuxième observation sur le terrain devrait être réalisée auprès des deux groupes pour noter
620 les changements ou non dans la prise en charge des plaies. Idéalement il faudrait également
621 interroger les patients pris en charge avant les formations, mais également après afin de
622 trianguler les données.

623 **BIBLIOGRAPHIE**

624

- 625 1. IFSI Saint Vincent. Institut de Formation en Soins Infirmiers. [cité 19 mai 2022].
626 Définition du métier. Disponible sur: [https://ifsi.ghsv.org/devenir-infirmiere/le-](https://ifsi.ghsv.org/devenir-infirmiere/le-metier/definition-du-metier-3/)
627 [metier/definition-du-metier-3/](https://ifsi.ghsv.org/devenir-infirmiere/le-metier/definition-du-metier-3/)
- 628 2. Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. travail-emploi.gouv.fr. [cité 4 avr
629 2022]. Formation professionnelle - ministère du Travail. Disponible sur: [https://travail-](https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle)
630 [emploi.gouv.fr/formation-professionnelle](https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle)
- 631 3. Agence DPC [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Le DPC en pratique. Disponible sur:
632 <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
- 633 4. Yennek N. La satisfaction en formation d'adultes. Savoirs. 3 nov 2015;N° 38(2):9-54.
- 634 5. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques | L'Assurance Maladie [Internet]. 2015
635 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: [https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-](https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2015-prise-en-charge-plaies-chroniques-parcours-soins)
636 [donnees/2015-prise-en-charge-plaies-chroniques-parcours-soins](https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2015-prise-en-charge-plaies-chroniques-parcours-soins)
- 637 6. SFFPC - Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations [Internet]. [cité 8
638 févr 2023]. La S.F.F.P.C. Disponible sur: <https://www.sffpc.org/sffpc>
- 639 7. Gaudreau N, Trépanier NS, Daigle S. Le développement professionnel en milieu éducatif:
640 Des pratiques favorisant la réussite et le bien-être. Presses de l'Université du Québec.
641 Québec; 2021. 334 p.
- 642 8. Pelaccia T. Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs
643 stages et dans leurs activités de recherche ? enseignants, formateurs, professionnels de la
644 santé. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2018. (Guides pratiques).
- 645 9. Medjad N, Gil P, Lacroix P. Neurolearning: les neurosciences au service de la formation.
646 Paris: Eyrolles; 2016.
- 647 10. Bouchut F, Cuisiniez F, Cauden I, Tranchet J. La boîte à outils des formateurs. 4e éd.
648 Dunod; 2020. (La boîte à outils).
- 649 11. Gouttenoire L, Fiorelli C, Trognon L, Roux C. Renforcer les capacités réflexives à des
650 fins de développement professionnel : une grille-repères pour la conception de dispositifs
651 pédagogiques. Phronesis. 2019;Vol. 8(3):47-61.
- 652 12. Pelaccia T. Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de
653 la santé ? enseignants, formateurs, médecins, cadres de santé. 2e tirage 2017. Louvain-la-
654 Neuve (Belgique): De Boeck supérieur; 2016. (Guides pratiques).
- 655 13. Tardif J. La construction des connaissances 1. Les consensus. Pédagogie collégiale. déc
656 1997;11(2):6.
- 657 14. Hochart M. Vers la généralisation du pouvoir d'agir et de l'empowerment ? : Pratiques en
658 santé mentale. 6 sept 2016;62e année(3):25-30.

- 659 15. Balas-Chanel A. La pratique réflexive: un outil de développement des compétences
660 infirmières. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 195 p.
- 661 16. Amour D d', Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes
662 interprofessionnelles dans les services de santé. sosan. 1999;17(3):67-94.

663

ANNEXE I : RESULTATS QUESTIONNAIRE

664

EXPLORATOIRE

1-Quelle est votre tranche d'âge ? 145 réponses									
18 – 25 ans		26 – 35 ans		36 – 45 ans		46 – 55 ans		Plus de 55 ans	
11.7%		34.5%		27.6%		18.6%		7.6%	
2- Dans quel service exercez-vous (exemple : chirurgie digestive, oncologie, SSR, EHPAD, HAD, etc.) 145 réponses									
Libéraux/ domicile	Urgences	Médecine	Psychiatrie	Chirurgie	EHPAD /MAS	Enseignement /DIM	Réa /SSP I	Dyalise Hémodialyse	
32%	8%	40%	3%	5%	4%	3%	12%	8%	
3- Quelle est l'ancienneté de votre diplôme infirmier ? 145 réponses									
0 – 5 ans		6 – 10 ans		11 – 15 ans		16 – 20 ans		21 – 25 ans	
26.2%		20.7%		17.9%		16.6%		5.5%	
						26 – 30 ans		Plus de 30 ans	
						6.2%		6.9%	
4- Avez-vous eu une formation sur la prise en charge des plaies et la cicatrisation depuis que vous êtes diplômé.e.s ? 145 réponses									
Oui					Non				
53.1%					46.9%				
4 – Si oui, quel type de formation ? 77 réponses									
Formation DPC		Formation par un organisme ou labo			Formation en ligne		Diplôme Universitaire		Congrès, forum, etc.
58.4%		24.7%			0		14.3%		2.6%
De quand date cette formation ? 77 réponses									
Moins d'un an			Moins de 5 ans			Moins de 10 ans			Plus de 10 ans
28.6%			48.1%			19.5%			3.9%
5- Si vous deviez autoévaluer vos compétences dans la prise en charge des plaies, quelle note vous donneriez-vous ? 145 réponses									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	2.1%	4.8%	13.8%	15.9%	18.6%	22.3%	13.8%	2.1%	0.7%
6- Vous êtes-vous déjà sentis en difficulté face à la prise en charge d'une plaie ? 145 réponses									
Oui					Non				
93.8%					6.2%				
6- Si oui : quelle est la fréquence ? 136 réponses									
Rarement			Parfois			Souvent			Toujours
25%			61.8%			13.2%			0%
7- Eprouvez-vous le besoin d'accroître vos compétences dans la prise en charge pour optimiser la qualité de votre prise en charge des patients ? 145 réponses									
Oui					Non				
91%					9%				
Avez-vous éprouvé des difficultés à répondre aux questions de connaissance ?									
Oui					Non				
83.3%					16.6%				

665

666 **ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN**

667

668 Bonjour,

669 Je suis Karine Morin et c'est dans le cadre de mon travail de recherche pour valider mon
670 master 2 de pédagogie en sciences de la santé que je réalise cet entretien. Je vous remercie de
671 m'accorder de votre temps. L'entretien dura environ 30 à 45 min, afin de faciliter la
672 retranscription de l'entretien celui-ci sera enregistré. Cet entretien est anonyme et
673 l'enregistrement ne sera pas conservé.

674 1- Mes premières questions sont les suivantes

675 a. Quel âge avez-vous ?

676 b. Depuis quand êtes-vous diplômé ?

677 c. Dans quel service exercez-vous ?

678 d. Votre formation en plaies et cicatrisation date de quand ? Quelle est sa nature ?

679 2- Qu'est ce qui a motivé le choix pour cette formation ? (Ajout de la question à partir du
680 quatrième entretien)

681 3- Comment cette formation a-t-elle impacté votre prise en charge des patients porteurs
682 de plaies ?

683 4- Depuis cette formation avez-vous éprouvé des difficultés lors de la prise en charge de
684 patients porteurs de plaies ?

685 a. Si oui, à quel niveau a été la difficulté ?

686 b. Si non, diriez-vous que vos compétences dans le domaine des plaies vous
687 permettent d'éviter les difficultés lors de prise en charge de patient porteur de
688 plaie ?

689 5- Souhaiteriez-vous poursuivre l'accroissement de vos compétences dans le domaine de
690 la prise en charge des plaies ?

691 a. Si oui, que vous manque-t-il aujourd'hui pour vous sentir parfaitement à l'aise
692 dans la prise en charge des plaies ?

693 b. Si non, estimez-vous que vos compétences actuelles vous permettent de
694 prendre en charge de façon optimale les patients ?

695 6- Diriez-vous que la formation continue en plaies et cicatrisation vous a apporté un
696 statut de personne ressources dans votre équipe ?

697 a. Si oui, comment cela se manifeste (rédaction de protocole, questions de
698 collègues, assignation de patient avec des plaies complexes, etc.) ? °

699 b. Si non, le regrettez-vous ?

700 7- Pour terminer, Il y a-t-il des choses que vous souhaitez mettre en place à la sortie de
701 votre formation pour la prise en charge des plaies, dans votre service et que vous
702 n'avez pas mis en place ?

703

704 8- Quelques sont les raisons pour lesquels vous ne l'avez pas mis en place ?

705 Merci beaucoup pour vos réponses et du temps que vous m'avez accordé.