



HAL
open science

**L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur :
allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir
situationnel**

Isabelle Monnier Bayle

► **To cite this version:**

Isabelle Monnier Bayle. L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur : allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir situationnel. Sociologie. Université de Strasbourg, 2019. Français. NNT : 2019STRAG050 . tel-03155822

HAL Id: tel-03155822

<https://theses.hal.science/tel-03155822>

Submitted on 2 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES et SOCIALES-
PERSPECTIVES EUROPEENNES**
E.D.519 – LISEC
EA2310

Isabelle BAYLE

**L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur :
allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir
situationnel**

Tome 1

Thèse présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2019
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation et de la formation
de l'Université de Strasbourg

Sous la direction de **Monsieur Emmanuel Triby**, Professeur des Universités,
Université de Strasbourg

Jury :

Rapporteur	Monsieur MAYEN Patrick	Professeur des Universités AgroSup Dijon
Rapporteur	Madame ROTHAN-TONDEUR Monique	Professeure associée, Docteur en santé publique Université Paris 13, LEPS
Membre du jury	Monsieur DEBOUT Christophe	Docteur en épistémologie et philosophie des sciences Université Paris Descartes
Membre du jury	Monsieur DURRIVE Louis	Professeur des Universités, Université de Strasbourg
Membre du jury	Monsieur MORVILLERS Jean-Manuel	Docteur en sciences de l'éducation, Université Paris 13

**ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES et SOCIALES-
PERSPECTIVES EUROPEENNES
E.D.519 – LISEC
EA2310**

Isabelle BAYLE

**L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur :
allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir
situationnel**

Tome 1

Thèse présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2019
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation et de la formation
de l'Université de Strasbourg

Sous la direction de **Monsieur Emmanuel Triby**, Professeur des Universités,
Université de Strasbourg

Jury :

Rapporteur	Monsieur MAYEN Patrick	Professeur des Universités AgroSup Dijon
Rapporteur	Madame ROTHAN-TONDEUR Monique	Professeure associée, Docteur en santé publique Université Paris 13, LEPS
Membre du jury	Monsieur DEBOUT Christophe	Docteur en épistémologie et philosophie des sciences Université Paris Descartes
Membre du jury	Monsieur DURRIVE Louis	Professeur des Universités, Université de Strasbourg
Membre du jury	Monsieur MORVILLERS Jean-Manuel	Docteur en sciences de l'éducation, Université Paris 13

Année 2019/2020

**« Soyons reconnaissants aux personnes
qui nous donnent du bonheur ;
elles sont les charmants jardiniers
par qui nos âmes sont fleuries. »**

Marcel PROUST

L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur : allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir situationnel

Résumé :

Cette thèse s'intéresse à l'activité quotidienne des cadres de santé formateurs exerçant en institut de formation en soins infirmiers. Elle s'attarde à la construction et la mise en œuvre des dispositifs de formation et développe les raisons d'action des formateurs dans leur agir situationnel. L'activité des acteurs n'est pas une marque laissée au hasard et les concepts organisateurs de celle-ci peuvent être identifiés pour comprendre l'activité des professionnels. Le cadre de santé est un être agissant qui enrichit son expérience et développe ses ressources au fil des situations professionnelles qu'il rencontre. Son activité productive va lui permettre de modifier, mais aussi de faire évoluer son objet de travail, en transformant le réel. (Pastré, Mayen). Travailler c'est faire des choix en action. L'activité ne se déroule jamais de manière linéaire. L'homme au travail est amené à redéfinir les impératifs de sa tâche au regard d'imprévus. Il va faire des choix en situation où valeurs et dilemmes vont s'articuler pour apporter une réponse et organiser l'action (Schwartz, 2003 ; Durrive, 2015). L'environnement de travail, le collectif de formateurs ainsi que les apprenants, associés aux pressions des exigences du métier d'infirmier, vont orienter l'activité pédagogique et faire agir chacun des acteurs. Le matériau empirique a été obtenu au moyen d'entretiens semi-directifs, d'observations en situation suivies d'entretiens d'autoconfrontation à partir de vidéo et de représentations graphiques. Il a été traité selon des méthodes issues de la didactique professionnelle et de l'ergologie. Nos résultats témoignent des spécificités de l'activité des cadres de santé formateurs. Les choix d'action se cristallisent autour de la transmission des savoirs du métier d'infirmier, de l'appropriation du raisonnement clinique pour prendre une décision éclairée dans l'agir professionnel des futurs infirmiers. La volonté d'accompagner de manière singulière un groupe d'apprenants amène à réaménager en situation de cours les objectifs définis à l'avance témoignant de la signature pédagogique de l'acteur.

Mots-clés : Activité humaine, dispositif de formation, débat de normes, développement professionnel

The analysis of the nurse trainer manager activity : combining professional gestures knowledge and consistency towards real situations

Abstract :

This thesis is about daily activities of nurse trainer managers working in nurses training centers. It concerns building and implementing training organization and activities and develops how and why trainers act in their real circumstances. Stakeholders activity is not a random mark and structuring ideas can be known so as to understand the activities of these professionals. A nurse team manager is someone active who enhances his/her experience and develops his/her resources along with encountered professional situations. His/her producing activity enables him/her to modify his/her work purpose, and also to make it evolve, by transforming reality (Pastré, Mayen). Working means making choices when acting. An activity does never take place linear. Working human being is led to adapt priorities of his/her tasks according to unexpected events. He/she is going to make choices in real life where morals and dilemmas are combining together to get an answer and to organize action (Schwartz, 2003 ; Durrive, 2015). Work context, trainers team, and learning people as well, associated with pressures from requirements of the nurse job are influencing teaching activity of each stakeholder. Presented data have been collected during partly guided interviews, as well as real observed situations, and their debriefed video sessions and drawn schematics showing activity. They have been processed according to methods derived from professional didactics and from ergology. Our results show specificities of nurse trainer managers. The chosen actions are linked to the transmission of knowledge about nurse job, and that of clinical reasoning to help aware decisions by future nursing people. The will to have an original guidance of learning people leads to adapt lessons situations together with keeping in mind teaching objectives defined beforehand and showing principles from the trainer.

Keywords :

Human activity, training measures, standards comparison, professional development

REMERCIERMENTS

Faire une thèse c'est se préparer à vivre une aventure hors du commun. C'est accepter d'aller à la découverte de contrées reculées dans des lieux inconnus pour ensuite s'émerveiller.

C'est en quelque sorte une aventure qui pourrait s'apparenter aux préparatifs et au déroulement d'un trek en moyenne et haute montagne. Tout commence alors par la clarification de son itinéraire. Un parcours fait de dénivelés ascendants et descendants permettra de profiter de multiples panoramas et d'évoluer au cœur de paysages grandioses. La variété du profil des étapes offre ainsi l'opportunité d'explorer des territoires montagnards empruntant des sentiers d'alpage, des couloirs d'escalade, des circuits glacières. Mais pour que l'effort et la beauté du paysage soient appréciés à leur juste valeur il est indispensable de bien préparer son sac à dos, ses vivres de courses et sa condition physique. Une fois engagée dans l'aventure, ce sont les cairns qui vont venir baliser et sécuriser le sentier. Ils vont être de véritables points de repère dans un environnement parfois difficile ou exigeant.

La magie peut naître souvent grâce à de nombreuses rencontres improbables faites de connivence entre des êtres humains. Pour cela j'exprime toute ma gratitude à tous ceux qui ont partagé mon chemin.

Mes remerciements s'adressent d'abord à Emmanuel Triby, pour la confiance et l'autonomie qu'il m'a accordée tout au long de ce cheminement. Merci également à Louis Durrive pour m'avoir initiée à l'ergologie. Tous les deux vous avez éveillé en moi une curiosité, un questionnement qui sont ancrés aujourd'hui dans mes pratiques. Merci à tous les deux pour la qualité de nos échanges, déroutants parfois, mais qui ouvrent sur de nouveaux horizons et qui m'ont permis d'accéder à des paysages reculés peu accessibles en solitaire.

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Mayen qui a accepté à plusieurs reprises de marcher à mon rythme en écoutant mes interrogations sur la didactique professionnelle et son implication dans mon étude.

Je remercie l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt porté à ma recherche ainsi que pour leur disponibilité. Je remercie mes rapporteurs Madame Monique Rothan-Tondeur, Professeure associée, docteur en santé publique et titulaire de la chaire recherche en sciences infirmières à l'Université de Paris 13 et Monsieur Patrick Mayen, Professeur des Universités à AgroSup Dijon – pour avoir accepté de porter leur regard expert sur mon travail. Je suis également reconnaissante à mes examinateurs Monsieur Christophe Debout,

Remerciements

Docteur en épistémologie et philosophie des sciences, chercheur associé à la chaire de Santé Sciences Po Paris, Monsieur Jean-Manuel Morvillers, Docteur en sciences de l'éducation à l'Université de Paris 13 et Madame Catherine Nafti-Malherbe, Maitre de conférences, Vice-doyen recherche à l'Université Catholique d'Angers – d'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail.

S'engager dans une thèse est une expérience intellectuelle unique mais surtout une formidable aventure humaine. Aller à la rencontre des professionnels, s'immerger dans les pratiques de formation, partager les réalités quotidiennes est un émerveillement sans limite. Un grand merci à tous pour le temps que vous m'avez accordé, pour les échanges animés que nous avons eus et pour la qualité des réflexions qui ont nourri nos débats. Un remerciement chaleureux aux quinze cadres de santé formateurs qui ont accepté de participer à l'étude. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir accordé du temps mais surtout de m'avoir offert l'opportunité de partager des moments d'intimité dans vos espaces de formation. Merci aux directeurs des soins des cinq instituts qui ont accepté d'inscrire plusieurs de leurs professionnels dans cette étude.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative des instituts de formation en santé du centre hospitalier de Saverne. Merci pour votre soutien et pour vos encouragements. Grâce à vous j'ai pu découvrir de nouveaux espaces qui sont venus ensuite enrichir la beauté et la diversité de nos dispositifs de formation.

Merci à ma famille et à mes amis dont le soutien sans faille a toujours été présent. Merci pour vos mots d'encouragements, pour vos phrases du type « on ne sait pas comment tu fais !? », « tu avances ? » ou encore « nous sommes vraiment fiers de toi ». Merci à toi Maman et à toi Papa d'avoir cru en moi et de m'avoir transmis les valeurs de l'humain qui animent mes prises de décisions quotidiennes

Marion, Julien, vous êtes deux rayons de soleil qui illuminent mes journées. Vous avez été une source d'inspiration durant cette étude grâce aux partages de la richesse de votre quotidien. Merci pour votre vision dans nos débats animés qui sont venus enrichir l'écriture de cette thèse. Quelle chance d'avoir pu partager cette aventure avec vous. Et plus que tout, merci à toi, Marc. Merci d'avoir accepté de sacrifier certaines soirées, d'avoir pris le temps de m'écouter, de débattre de mes schémas et d'apporter ta critique constructive m'obligeant à argumenter mes propos. Cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans ta présence.

SOMMAIRE

RESUME	VII
REMERCIEMENTS	IX
SOMMAIRE	XI
LISTE ALPHABETIQUE DES SIGLES	XIV
SOMMAIRE DES ANNEXES	XVII
TABLES : ENCADRES, FIGURES, ET TABLEAUX	XIX
INTRODUCTION GENERALE	1
1. Du contexte à la genèse de la recherche	2
2. L'architecture de la recherche	9
3. La structure de l'étude	11
<u>PARTIE 1 : DES DEFIS DU SYSTEME DE SANTE AUX ENJEUX DE LA FORMATION INFIRMIERE : UNE COMPLEXITE A ARTICULER POUR LES CSF</u>	13
CHAPITRE 1 : LES DEFIS DU SYSTEME DE SANTE AU XXI^e SIECLE	16
1. Les marques de l'histoire	16
2. Les enjeux pour le XXI ^e siècle	22
3. Un nouveau monde à investir	28
CHAPITRE 2 : LES ENJEU DE LA FORMATION INFIRMIERE POUR LE XXI^e SIECLE	37
1. L'évolution de la profession d'infirmière : les traces de l'histoire	37
2. 2009 : un nouveau paradigme de formation	42
3. L'articulation de l'offre de formation avec les besoins de santé de la population	52
CHAPITRE 3 : LES CADRES DE SANTE FORMATEURS	57
1. De la cheftaine aux cadres de santé	57
2. Les dilemmes du cadre de santé formateur	62
3. Accompagner l'apprenant pour se professionnaliser	64
Premiers éléments de conclusion de la partie 1 et problématisation	71
<u>PARTIE 2 : LES REPERES CONCEPTUELS DE LA RECHERCHE</u>	74
CHAPITRE 4 : PENSER ET EXERCER DES SOINS INFIRMIERS	76
1. Les quatre fondements de l'exercice infirmier	76

2. Le raisonnement clinique infirmier	93
CHAPITRE 5 : DE LA TRADUCTION DIDACTIQUE A LA TRANSPOSITION PEDAGOGIQUE	109
1. Une approche du dispositif pédagogique	109
2. Le programme de formation infirmière inscrit dans le cadre d'une approche par compétences	118
CHAPITRE 6 : LA SITUATION DE TRAVAIL UN LEVIER POUR LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES CSF	144
1. L'activité des professionnels une énergie pour se développer	145
2. L'activité humaine une expression en-dans et sur une situation de travail	153
3. L'activité du sujet : une expérience au service du développement professionnel	160
Conclusion de la partie 2 et reformulation de notre objet de recherche	176
<u>PARTIE 3 : QUAND LES ACTEURS PARLENT DE LEUR ACTIVITE</u>	187
CHAPITRE 7 : DE LA QUESTION DE RECHERCHE A L'ENQUETE DE TERRAIN	189
1. Rendre intelligible les pratiques des CSF	190
2. Le dispositif de recherche	197
3. L'angle d'approche méthodologique	202
4. Du repérage à l'ancrage de l'activité des acteurs	205
5. La nécessité d'une approche rigoureuse pour préparer l'analyse	225
6. Le traitement des données	228
Conclusion de la partie 3	236
<u>PARTIE 4 : QUAND LES POINTS DE VUE DE CHACUN S'EXPRIMENT</u>	237
CHAPITRE 8 : LES CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE DES CSF	240
1. Regard sur son rôle de CSF	240
2. Regard sur le dispositif de formation	250
3. Regard sur les ressources des CSF	293
4. Regard sur l'exercice du métier d'infirmier	301
5. Premiers résultats de l'analyse du travail	304
CHAPITRE 9 : LA DIDACTIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN FORMATION	312
1. L'expression du savoir en acte des CSF	313
2. Accompagner les étudiants dans la construction d'un point de vue sur le travail infirmier	323
3. Articuler travail infirmier et formation initiale, un enjeu pour les CSF	326

Sommaire

4. L'activité du CSF une ressource pour son développement	331
5. L'évolution du cadre de l'étude	338
CHAPITRE 10 : MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS	347
1. Construire un dispositif de formation professionnalisant pour les étudiants en soins infirmiers	347
2. La professionnalisation des CSF dans le dispositif d'universitarisation des professions de santé	354
3. Le rôle du directeur des soins en institut de formation dans le développement des compétences des CSF	360
Conclusion de la partie 4	364
CONCLUSION GENERALE	366
Section 1 : Les apports de notre recherche	367
Section 2 : Les limites de notre recherche	371
Section 3 : Les perspectives de recherches futures	372
LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	374
TABLE DES MATIERES	400
ANNEXES ET TABLE DES ANNEXES	412

LISTE ALPHABETIQUE DES SIGLES

Liste alphabétique des sigles

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	IDE : Infirmier(ère) Diplômé d'Etat
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux	IFAS : Institut de Formation Aides-Soignants
AP : Assistance Publique	IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé	IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres	IGAS-IGAENR : Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
CH : Centre Hospitalier	INACSL : International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
CHR : Centre Hospitalier Régionaux	IPA : Infirmière de pratiques avancées
CII : Comité International des Infirmières	ISP : Infirmière de Secteur Psychiatrique
CREX : Comité de retour d'expérience	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CS : Cadre de santé	ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
CSF : Cadre de santé formateur	REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux associés
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques	RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité
DP : Didactique professionnelle	SAU : Service d'accueil des urgences
DPC : Développement professionnel continu	SSAD : Services de Soins A Domicile
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SSR : Service de Soins et de Réadaptation
DU : Diplôme universitaire	SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
EAS : Élève aide-soignant	TD : Travaux dirigés
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	TP : Travaux pratiques
ESI : Étudiant en soins infirmiers	UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
ETP : Équivalent temps plein	UE : Unité d'enseignement
FF CDS : Faisant fonction de cadre de santé	
GcS : Grande Conférence de Santé	

Liste alphabétique des sigles

GCS : Sanitaire	Groupement de Coopération	UI :	Unité d'intégration
GHT : Territoire	Groupement Hospitalier de	ZPD :	Zone proximale de développement
HAS :	Haute Autorité de Santé		



ANNEXES

ANNEXE 1 :	Amendement n°2047	III
ANNEXE 2 :	Cartographie des Cadres de Santé Formateurs	IV
ANNEXE 3 :	Lettre aux directeurs des soins des IFSI	VII
ANNEXE 4 :	Les différents temps de rencontre des CSF	VIII
ANNEXE 5 :	Guide pour le temps de repérage	IX
ANNEXE 6 :	Guide pour le temps d’ancrage	X
ANNEXE 7 :	Trame d’analyse	XII
ANNEXE 8 :	Schéma des raisonnements de Camille	XVI
ANNEXE 9 :	Parcours d’action de Camille T2 et T3	XVII
ANNEXE 10 :	Schéma des raisonnements de Karine	XXV
ANNEXE 11 :	Parcours d’action de Karine T2 et T3	XXVI
ANNEXE 12 :	Schéma des raisonnements d’Eve	XXXV
ANNEXE 13 :	Parcours d’action d’Eve T2 et T3	XXXVI
Tome 2A :	Mise en mots de l’activité des CSF F1	
Tome 2B :	Mise en mots de l’activité des CSF F2	
Tome 2C :	Mise en mots de l’activité des CSF F3	
Tome 2D :	Synthèse de la mise en mots de l’activité des CSF F1/F2/F3	

**TABLES :
ENCADRES, FIGURES, ET
TABLEAUX**

TABLE DES ENCADRES

Encadré 1 : L'activité d'un cadre de santé formateur dans une situation professionnelle d'animation d'une séquence pédagogique

Encadré 2 : Une vision du cheminement de l'acteur en prise avec le réel de l'activité

Encadré 3 : Une approche de l'organisation de travail

Encadré 4 : Une approche de l'objet et de la nature du travail

Encadré 5 : Une approche des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité

Encadré 6 : Une approche des outils

Encadré 7 : Une approche du collectif de travail et des partenaires

Encadré 8 : Le degré de variabilité d'une situation

Encadré 9 : La formulation des hypothèses

Encadré 10 : Intention pédagogique de Nathalie

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 :** Impact des transformations du système de santé sur la formation
Figure 2 : Une forme d'expression de l'exercice infirmier
Figure 3 : Les deux processus de raisonnement clinique
Figure 4 : Traitement des données clinique pour comprendre et agir dans l'exercice infirmier
Figure 5 : La double anticipation
Figure 6 : Quelques indicateurs de l'ingénierie pédagogique en formation infirmière
Figure 7 : Une vision du cheminement de l'acteur en prise avec le réel de l'activité
Figure 8 : Le cadre de l'étude
Figure 9 : Les différentes phases de l'étude
Figure 10 : Trame du schéma des raisonnements de l'acteur
Figure 11 : Approche de Patricia
Figure 12 : Approche de Denise
Figure 13 : Approche de Camille
Figure 14 : Approche de Nathalie
Figure 15 : Approche de Marie
Figure 16 : Approche d'Anna
- Figure 17 :** Schéma des raisonnements de Camille : l'organisation pédagogique
Figure 18 : Schéma des raisonnements de Camille : les choix et le contenu pédagogique
Figure 19 : Schéma des raisonnements de Camille : l'animation de la séance
Figure 20 : Schéma des raisonnements de Camille : la connaissance du groupe des étudiants
- Figure 21 :** Schéma des raisonnements de Karine : l'organisation pédagogique
Figure 22 : Schéma des raisonnements de Karine : les choix et le contenu pédagogique
Figure 23 : Schéma des raisonnements de Karine : l'animation de la séance
Figure 24 : Schéma des raisonnements de Karine : la connaissance du groupe des étudiants
- Figure 25 :** Schéma des raisonnements d'Eve : l'organisation pédagogique
Figure 26 : Schéma des raisonnements d'Eve : les choix et le contenu pédagogique
Figure 27 : Schéma des raisonnements d'Eve : l'animation de la séance
Figure 28 : Schéma des raisonnements d'Eve : la connaissance du groupe des étudiants
- Figure 29 :** Schéma des raisonnements sur l'identification des ressources du CSF
Figure 30 : Identification des tâches au regard des activités
Figure 31 : Structure conceptuelle de la situation
Figure 32 : Le cinquième concept organisateur
Figure 33 : Evolution du cadre de l'étude

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Les compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision
Tableau 2 :	Caractéristiques générales de l'échantillon
Tableau 3 :	Cartographie des documents collectés
Tableau 4 :	Les entretiens complémentaires
Tableau 5 :	Les profils des CSF
Tableau 6 :	Les entités d'appartenance
Tableau 7 :	La codification des entretiens de recherche
Tableau 8 :	Traitement des données par thématiques
Tableau 9 :	Thématiques liées au chercheur et aux outils de l'étude
Tableau 10 :	Guide des six ingrédients de la compétence
Tableau 11 :	Le parcours d'action
Tableau 12a :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2
Tableau 13a :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3
Tableau 12b :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2
Tableau 13b :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3
Tableau 12c :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2
Tableau 13c :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3
Tableau 12d :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2
Tableau 13d :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3
Tableau 12e :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2
Tableau 13e :	Le parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3
Tableau 14a :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2
Tableau 15a :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3
Tableau 14b :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2
Tableau 14c :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2
Tableau 15b :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3
Tableau 14d :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2
Tableau 15c :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3
Tableau 14e :	Le parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2
Tableau 16a :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T2
Tableau 16b :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T2
Tableau 16c :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T2
Tableau 17a :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T3
Tableau 17b :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T3
Tableau 16d :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T2
Tableau 17c :	Le parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T3

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

1. DU CONTEXTE A LA GENESE DE LA RECHERCHE

Le système de santé français a été reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'un des plus performants en 2000. La prise en charge des maladies chroniques et aiguës est notamment mise en exergue. Néanmoins, différents paramètres sociétaux en lien avec le vieillissement de la population, la dépendance, l'augmentation des pathologies chroniques, la mauvaise répartition sur le territoire des professionnels médicaux et paramédicaux, la recherche d'un gain d'efficacité amènent les pouvoirs publics à repenser la prise en soins des usagers. Ainsi, une évolution vers une approche plus transversale, avec la construction d'un parcours de santé (Bras, 2011), devient une nécessité. Des filières de prise en charge, par exemple en gériatrie, oncologie, pédiatrie, ou encore addictologie, se construisent afin de répondre aux problématiques réelles de la population d'un territoire. Tous ces nouveaux dispositifs ont des incidences réelles sur les professionnels de santé, notamment en lien avec la nature même de leurs activités et les effectifs, aussi bien qu'avec les compétences à développer tant en formation initiale qu'en formation continue. Les enjeux sont multiples et impliquent souvent différents partenaires qu'il est nécessaire de fédérer autour d'un axe territorial puis institutionnel commun.

Les reconfigurations initiées pour répondre aux nouveaux besoins du système de santé impactent la production de soins. Ainsi les termes d'efficacité, de qualité, de performance s'intègrent petit à petit au vocabulaire des soignants. Cependant pour tenir le cap et s'adapter à la « complexité croissante des environnements de pratique et au sentiment d'insécurité généré par les réorganisations multiples imposées au système » (Debout, 2017), plusieurs paramètres devront être pris en compte. Tout d'abord, mentionnons une dynamique managériale où les ressources humaines sont au cœur du projet institutionnel, avec un appui certain sur des politiques gestionnaires performantes facilitant l'équilibre entre l'offre de soins et les ressources disponibles. Puis un axe devra prendre en compte les patients et leur famille dans une logique de construction de parcours de soins. Dans ce contexte, chacun est perçu comme un maillon de la chaîne des soins y jouant un rôle déterminant. D'ailleurs, partager une culture qualité, avoir une vision globale du parcours de santé, et développer un esprit sur l'environnement durable, demandent une approche pluridisciplinaire et de complémentarité entre les différents acteurs. Un des défis de l'hôpital de demain sera certainement d'innover en matière de structure managériale et de

développer l'interdisciplinarité et la complémentarité entre les professionnels de soins et les autres acteurs intra et extra hospitaliers. Pour y arriver, il va falloir, nous semble-t-il, mobiliser au mieux les ressources existantes et compter sur la créativité et les potentialités du facteur humain.

1.1. Répondre aux besoins de la population une priorité pour les professionnels de santé

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé repositionne l'Etat comme l'acteur principal définissant la politique de santé et la stratégie nationale de santé. Lors de son discours du 18 septembre 2017, Agnès Buzyn, ministre de la santé, précise que la stratégie nationale de santé est là pour « donner de la lisibilité, de la cohérence à l'action collective de tous les ministères ». Quatre axes stratégiques se déclinent alors :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Pour répondre aux besoins populationnels, l'offre de soins s'organise en prenant en compte les particularités de chaque territoire. Les objectifs prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022 sont de garantir à tous les usagers une qualité, une accessibilité et une efficacité des prises en charge. Les initiatives locales de coopérations ainsi que la création d'organisations innovantes sont à privilégier.

Par ailleurs, pour mener ces évolutions et répondre aux attentes de la population, il est nécessaire de faire progresser les formations actuelles afin de développer chez les professionnels de santé de nouvelles compétences. Devant les restructurations de l'offre de soins, le redéploiement du personnel et les nouvelles maquettes organisationnelles de travail, un virage se dessine dans l'employabilité et l'offre d'emploi. Ainsi, l'étude prospective menée par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) sur les perspectives d'évolution de l'emploi dans le secteur de la santé, pour l'horizon 2022, prévoit une évolution des effectifs dans les familles professionnelles de la santé. Selon cette étude ces professions

« Devraient progresser, notamment les infirmiers et les aides-soignants, dont les effectifs augmenteraient de près de 200 000 sur dix ans (+1,6% par an). Portée par des évolutions démographiques et sociétales, la dynamique d'emploi dans ces professions devrait être soutenue quel que soit le scénario macroéconomique » (Argouarc'h et al., 2015, p.163).

Cette approche prospective de l'évolution du marché de l'emploi des professions infirmières et aides-soignantes ne peut être désolidarisée du pôle formation. Ainsi la cartographie territoriale des offres de formation ne pourra être écartée de la réflexion.

1.2. L'impact sur les politiques de formation des professionnels de santé

Toutes ces transformations demandent d'accompagner les professionnels de santé. Ces nombreux changements vont venir impacter les pratiques professionnelles, les conceptions de prise en soins et les compétences des acteurs de santé. La politique de formation initiale et de formation continue des professionnels du monde de la santé va devoir s'adapter aux nouvelles caractéristiques de l'activité, des prises en charge et des techniques, « ainsi qu'un accompagnement étroit des questions liées à l'évolution des organisations, à la conduite du changement et à la qualité de vie au travail » (stratégie nationale de santé, 2017, p.56). Nous pouvons ici faire un parallèle avec les orientations nationales de développement des compétences retenues pour l'année 2017, dans les établissements de la fonction publique hospitalière, où les actions en lien avec la « démarche qualité de vie au travail » sont à privilégier. C'est un gage de qualité à prendre en compte dans ce contexte de transformation de l'activité de travail. Les managers et les directeurs de soins doivent penser les organisations de travail en associant les professionnels du soin. Ainsi, optimiser une activité, reconfigurer un poste de travail, ou réaménager une organisation de service, ne peut se faire sans le concours des usagers eux-mêmes utilisateurs de l'outil de travail. C'est un certain défi pour les fonctions managériales qui ne sont pas nécessairement toutes enclines à ce mode d'approche. Mais c'est à ce prix que les organisations actuelles évolueront intelligemment.

Par ailleurs, le développement de nouvelles activités de soins avec, par exemple le secteur des soins à domicile (SSIAD¹, SSAD², libéral...) où les protocoles de coopération entre professionnels de santé ainsi que la mise en place de la pratique avancée, associé aux contraintes budgétaires, demandent de redessiner les contours des référentiels de formation des professionnels de santé ; leurs réingénieries ont débuté depuis 2009 avec la formation infirmière (IDE).

De nouveaux métiers dans le champ médico-social sont à inventer afin de coordonner les parcours de santé, prendre le virage à la fois de la prévention et de la promotion de la santé mais également de l'ambulatoire en lien avec les nouvelles technologies dont la télémédecine est partie intégrante. Des mesures renforçant la pluri professionnalité et le

¹ Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

² Services de Soins A Domicile (SSAD)

travail en équipe, dès la formation initiale, prennent forme notamment avec la mise en place du service sanitaire, les formations pluridisciplinaires sur les soins palliatifs ou encore des modules communs d'échanges de pratique.

L'universitarisation des formations en santé reste un enjeu pour renforcer la qualité des formations et promouvoir la recherche en sciences de la santé ouvrant sur de nouvelles perspectives de formation tant pour les étudiants en soins infirmiers que pour les cadres de santé. Dans cette dynamique la feuille de route de la Grande Conférence de la Santé : *accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels du 11 février 2016*, les *11 propositions du CEFIEC³ avec l'intégration des formations en santé à l'université*, le rapport de mission Le Bouler du 15 mars 2018 viennent apporter des grilles de lecture pour la formation initiale des professions de santé ainsi que pour le développement des compétences des équipes de formateurs dont les cadres de santé font partie. Repenser l'inter professionnalité, promouvoir la recherche, créer de nouveaux parcours étudiants et promouvoir les initiatives territoriales deviennent les priorités mises en avant dans le rapport de la mission Le Bouler (2018).

Dans ce contexte les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ont une carte à jouer en dynamisant, en valorisant et en communiquant sur les innovations pédagogiques conçues pour former de jeunes professionnels infirmiers et en y associant les professionnels des terrains. Ils vont pouvoir, s'ils le souhaitent, partager leur expérience en ingénierie pédagogique avec les autres professionnels de la santé afin de bâtir les dispositifs de formation de demain. L'enjeu est de taille et concerne tous les acteurs, dont les directeurs de soins qui doivent être les moteurs dans l'anticipation et l'innovation des constructions pédagogiques où l'interfiliarité aura toute sa place.

1.3. Le cas des instituts de formation en soins infirmiers

Toutes ces réformes ont eu un impact sur les structures de formation entraînant une transformation des pratiques professionnelles actuelles. Aujourd'hui, les directeurs de soins d'instituts en soins infirmiers sont sollicités pour construire des dispositifs de formation répondant aux besoins d'un territoire. Les architectures pédagogiques proposées sont en lien avec la territorialisation de l'offre de formation en santé inscrite dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales. Ce dispositif s'inscrit dans l'axe de la valorisation des métiers du soin. Ainsi, suivant les politiques régionales en terme de formation professionnelle et de politique sociale, ces formations professionnelles concourent à activer « l'ascenseur social » (Suc, 2012, p.4) et favorisent le développement des métiers de

³ CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

l'accompagnement à la personne. Au vu des changements du monde médico-social, il est important d'anticiper les réformes, d'innover et d'accompagner les professionnels de la santé et les futurs soignants dans les mutations du système de soins. Ainsi comme le précise la Grande Conférence de la Santé

« La transformation de notre système de santé, son avenir se construiront avec les professionnels. Ceux-ci ont en commun le choix du service aux autres, l'exigence et les responsabilités qui en résultent. Ils sont au front de la transition épidémiologique et des enjeux du vieillissement de la population. Ils sont forts de leurs compétences et moteurs des progrès de la science et des techniques. Mais ils aspirent aussi à être mieux préparés à faire face à ces transformations, à l'évolution des besoins et de l'organisation de notre système de santé. Ils souhaitent être davantage impliqués dans l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Ils souhaitent aussi voir évoluer la formation des plus jeunes pour que celle-ci soit davantage en phase avec les contextes d'exercice et permette le développement de véritables parcours professionnels. » (Grande conférence de la santé, 2016, p.2).

C'est pourquoi les organisations hospitalières d'aujourd'hui doivent évoluer vers un nouveau mode de partage d'expérience pour co-construire les filières de soin de demain, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Devant l'engagement des différents ministères de faire progresser le dispositif actuel, il devient primordial de préparer l'ensemble des étudiants aux transformations du système de santé. Pour cela il convient d'interroger les modes d'apprentissage ainsi que les contenus enseignés. De nouveaux parcours de formation sont à construire afin de développer les compétences des futurs professionnels. C'est un enjeu majeur pour les instituts de formation en soins infirmiers afin de répondre avec sécurité et qualité aux exigences de l'exercice professionnel de demain ainsi qu'à la coordination des prises en soins des usagers. Tous les acteurs de la formation professionnelle sont concernés mais les cadres de santé formateurs doivent se saisir de cette opportunité pour préparer avec professionnalisme les futurs soignants infirmiers.

1.4. Les cadres de santé formateurs

Tous ces changements demandent aux acteurs de faire évoluer leur objet de travail. Le métier de soignant, le soin, les soins, la formation ainsi que la place accordée aux patients ont pris au fil du temps des dimensions différentes avec de réels enjeux dans des champs divers. Etre cadre de santé formateur aujourd'hui, c'est jouer avec des antagonismes, c'est essayer d'articuler le respect de l'humain dans sa dignité avec la logique procédurale, c'est penser le soin dans sa pratique quotidienne sans se laisser envahir par des injonctions organisationnelles. Les cadres de santé compétents sont ceux qui savent articuler les paradoxes en témoignant d'une expertise professionnelle où le questionnement des pratiques permet d'argumenter mais aussi de faire vivre sa vision du soin. Enfin, c'est œuvrer dans la complexité en laissant s'exprimer ses valeurs humaines pour prendre en

soins un être singulier et tout cela, à l'heure de la rentabilité. (Bayle, 2015). C'est ainsi une occasion merveilleuse pour répondre à ces nouvelles exigences, que de donner une place aux acteurs et faire de l'expérience individuelle et humaine une richesse pour élaborer le chemin clinique du futur, au service d'un collectif de travail. Pour cela il nous semble important de poser un nouveau regard sur l'activité humaine.

Alors pour répondre à ces nouvelles exigences, le dispositif de formation infirmier a pris un nouveau virage impulsé par la réforme de la formation des étudiants en soins infirmiers de 2009. Le texte place la notion de compétence professionnelle au cœur du dispositif pédagogique. L'analyse de l'activité est devenue une ressource privilégiée pour concevoir et organiser les séquences d'apprentissage.

Pour accompagner ce changement, les cadres de santé formateurs ont dû questionner et faire évoluer le dispositif pédagogique. Mais quelles sont leurs spécificités ? Quelle est la réalité de leur activité ? Comment se décline-t-elle et comment participe-t-elle à la construction des futurs professionnels infirmiers ? Leur posture est souvent remise en question notamment dans le rapport de Chantal De Singly (2009) sur « la mission des cadres hospitaliers » ou encore dans le rapport de Michel Yahiel et Céline Mounier (2010) sur « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? ». Néanmoins au vu des réorganisations des activités de soins, leur rôle dans le décodage des attendus du métier de soignant devient primordial. Le manque de personnel sur le terrain rend la formation infirmière en alternance complexe. Au regard du contexte actuel, un accompagnement spécifique, tant auprès des étudiants en soins infirmiers qu'auprès des professionnels de la santé en exercice, devient la marque de fabrique de l'activité des cadres de santé formateurs. Mais quand est-il réellement ?

De nouveaux dispositifs pédagogiques se construisent pour guider les apprenants dans le développement de leurs compétences professionnelles. Les ingénieries de formation s'articulent autour de temps d'analyse de pratiques, d'une approche pédagogique en lien avec la notion de situation et de la pratique réflexive. Mais concrètement comment ce dispositif se construit et s'exprime au quotidien dans la réalité de l'activité des cadres de santé formateurs ? Comment retranscrivent-ils le référentiel de formation ? Comment conçoivent-ils le parcours de formation des apprenants ? Comment participent-ils à l'appropriation des codes du métier d'infirmier pour mettre sur le marché du travail des professionnels infirmiers compétents répondant aux exigences du contexte à venir ? Voici différents axes de questionnement auxquels cette étude va essayer d'apporter un éclairage.

1.5. La genèse du thème de recherche

Notre projet de recherche prend ses racines dans notre parcours professionnel et dans le vécu qui lui est associé. Tout d'abord, notre activité d'infirmière en service de soins intensifs guidé par le travail en équipe pluridisciplinaire, la contribution du patient à sa prise en soin et la recherche constante d'amélioration de ses pratiques professionnelles ont constitué un des fils conducteurs. Puis, les activités en formation initiale et continue, en tant que cadre de santé puis de coordinatrice pédagogique, sont venues enrichir cette expérience. La construction d'une ingénierie de formation en lien avec les référentiels de formation a indéniablement été source de questionnements avant même de donner naissance à ce projet de recherche.

La posture de coordinatrice pédagogique est certainement le point d'ancrage de notre réflexion en lien avec l'amélioration constante de la qualité de la formation et avec la valorisation des dispositifs pédagogiques construits pour répondre aux besoins des usagers. Ces différents temps ont aussi permis de mettre en lumière des démarches pédagogiques innovantes contribuant à l'appropriation du raisonnement clinique infirmier. Toutefois, l'activité des cadres de santé formateurs reste une activité obscure, inconnue voire dévalorisée par manque de connaissance par les autres professionnels de la santé. Cet état de faits nous a toujours interrogé.

Le référentiel infirmier de 2009, les interrogations sur la réingénierie de la formation des cadres de santé, l'universitarisation des formations en santé avec la construction des dispositifs de formation de demain tant pour les apprenants que pour les cadres de santé ont été aussi des points d'ancrage de notre questionnement. Il nous a semblé alors important de mettre en lumière la spécificité de ce métier. Nous avons porté un regard plus attentif à l'exercice réel des cadres de santé formateurs. Ainsi sont perceptibles des dichotomies entre la phase de conception des dispositifs pédagogiques et la phase de mise en œuvre auprès des apprenants avec le besoin sur des temps informels, le plus souvent, de débriefer l'activité réalisée.

Pour enrichir ce questionnement nous avons suivi des formations et participé à différents groupes de travail sur le plan national conduisant à des communications écrites et orales. La rencontre sur le plan scientifique de l'ergologie et de la didactique professionnelle nous ont incités à enrichir nos grilles de lecture en créant des instruments didactiques partant de l'analyse réelle des situations de formation. La verbalisation des choix d'action par l'acteur en situation de travail est devenue une source inépuisable de compréhension de l'activité. A partir de ce moment-là, notre vision managériale et d'accompagnement des cadres de santé formateurs s'en est trouvé profondément modifiée. Ce regard sur les activités de formation

ainsi que la compréhension des mécanismes d'apprentissage spécifiques aux cadres de santé formateurs, alors qu'au départ le dispositif pédagogique est conçu pour un apprenant, est devenu une source de réflexion.

Aujourd'hui, notre parcours professionnel nous a conduits à évoluer vers le métier de directeurs des soins. Nous exerçons donc dans des instituts de formation en santé. Au vu des enjeux actuels, la déclinaison de cette recherche prend un nouveau virage en lien avec la construction des dispositifs futurs. Nous pensons ici à l'entrée de l'ensemble de la filière infirmière dans le système licence-master-doctorat (L.M.D) en interrogeant la place des cadres de santé formateurs dans ce dispositif. Mais également comment potentialiser les compétences des équipes pédagogiques et les mettre au service de la formation des futurs professionnels dans ce contexte d'universitarisation ? C'est l'occasion, nous semble-t-il, d'interroger l'émergence d'un corps professoral alliant des compétences professionnelles et des compétences académiques avec la mise en place d'enseignants-chercheurs. Les résultats de cette étude ouvriront peut-être sur de nouveaux horizons venant interroger les ingénieries pédagogiques actuelles et futures, notamment celles de la formation des cadres de santé formateurs.

2. L'ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE

Dans notre étude, nous avons choisi de mettre l'accent sur l'analyse de l'activité productive des cadres de santé formateurs au cours d'une séquence pédagogique choisie par eux. L'activité constructive sera également interrogée et complétée par la mise en lumière de l'interaction entre ces deux formes d'activité. Cela permet de comprendre mais aussi d'entrevoir les apprentissages réalisés en lien avec le pouvoir agir de l'acteur.

Notre recherche se déroule donc au cœur même des situations de travail des cadres de santé formateurs, même si le lieu géographique reste un centre de formation. Nous pourrions penser que nous sommes dans un paradoxe puisque la recherche va se dérouler dans un institut, dont généralement l'objectif principal va être de partir de l'activité constructive pour aller vers l'activité productive des apprenants, ici les étudiants en soins infirmiers. Mais notre centre d'intérêt concerne les cadres de santé formateurs. Peut-être cette dichotomie entre activité productive et activité constructive méritera d'être interrogée au regard de la posture de chacun.

En mettant « l'apprentissage par et dans le travail » (Pastré) au cœur de notre dispositif, la dimension du développement du sujet devient un élément central. C'est pourquoi nous avons souhaité enrichir cette vision par l'approche ergologique. Le croisement des différents concepts viendra donner une nouvelle lecture aux données collectées et ouvrir sur une

nouvelle approche du trio activité-apprentissage-expérience et ceci par et dans le travail de l'acteur.

Le cadre de santé formateur est un sujet agissant qui va faire des choix en situation où valeur et dilemme vont s'articuler pour apporter une réponse et organiser l'action. Les invariants opératoires construits par le sujet, dans sa confrontation avec le réel, vont guider son action et lui permettre de poser un diagnostic plus précis.

Nous avons ainsi choisi de réaliser une double analyse didactique en situation de travail :

- Une analyse du dispositif de formation et de l'activité des formateurs qui assurent, orientent et accompagnent l'apprentissage
- Une analyse de la co-activité des formateurs et des apprenants dans la co-production de sens au moment de l'étude d'une situation clinique.

Notre recherche va s'appuyer sur trois orientations développées par la didactique professionnelle :

- L'analyse de l'activité des cadres de santé formateurs.
- L'articulation entre activité et apprentissage dans un contexte de travail.
- L'analyse de la co-construction de l'activité soignante avec une co-production de sens, autour de la situation professionnelle exposée, entre le formateur et l'étudiant.

Notre étude interroge le processus d'apprentissage non pas dans le secteur du monde du travail mais dans le secteur de la formation. Néanmoins le travail reste un élément central de la recherche, pour plusieurs raisons :

- Travailler c'est vivre, c'est combiner différents objectifs, divers moyens pour atteindre des résultats en fonction notamment des enjeux perçus au travail dans un environnement en mouvement.
- Le cadre de santé formateur lors de son activité se trouve lui-même en situation de travail. Il va articuler l'incertitude pédagogique liée à son activité de cours avec sa représentation du groupe d'apprenants. Il va tout d'abord agir en situation avant de porter un regard réflexif sur son activité.
- Le cadre de santé formateur est un ancien infirmier qui a une expérience professionnelle de soignant. Pour construire les situations apprenantes présentées à l'étudiant, il va devoir se référer au monde du travail afin de choisir, de construire et d'élaborer un dispositif avec un degré de complexité croissant.

- La formation infirmière est une formation en alternance. L'apprentissage de ce fait devrait être référé au travail. Pour cela les cadres de santé formateurs élaborent un dispositif de formation orienté vers l'apprentissage situationnel en lien avec les activités infirmières. Notre propos concernera une activité pédagogique conçue par le formateur autour d'une situation professionnelle. La simulation autour de l'apprentissage d'un acte technique ne sera pas abordée dans cette recherche.

Le travail est avant tout un acte de vie sociale avant d'être un acte technique. Il est toujours adressé, ce qui permet de donner un sens social à l'activité. Travailler demande une gestion permanente de cette dernière en fonction du référentiel préétabli. Le travail va ainsi partir de sa dimension prescrite pour aller vers sa dimension réelle en lien avec l'activité. Travailler c'est faire des choix en action. Nous voyons bien que la notion du travail est au centre de notre réflexion.

La recherche va se décliner en plusieurs axes, avec des objectifs spécifiques selon les thématiques. Méthodologiquement, la didactique professionnelle et l'ergologie vont s'articuler en fonction des champs de recherche de chacune de ces approches. Ainsi la didactique professionnelle sera mobilisée pour l'axe de la formation, l'activité des acteurs ainsi que le développement personnel. L'ergologie permettra quant à elle d'investir le champ du travail, la place de l'acteur et le développement personnel de ces derniers.

3. STRUCTURATION DE L'ETUDE

Le présent travail de recherche se structure en quatre parties. **La première partie**, déclinée en trois chapitres, (chapitre 1, 2 et 3), aborde le contexte et les orientations du monde de la santé prenant en compte les évolutions technologiques, sociétales et législatives. Une présentation du contexte de la formation infirmière et des cadres de santé précisera les enjeux du XXIème siècle. Cette première partie a pour objet de préciser le contexte dans lequel évoluent les acteurs mobilisés dans le cadre de la recherche. Les éléments développés ci-après vont venir interférer sur les choix décisionnels en action de travail et expliquer certains compromis dans lesquels les personnes ont dû agir.

La deuxième partie posera les fondements théoriques et le modèle de recherche en trois chapitres (chapitre 4, 5, et 6). Nous avons souhaité appréhender les caractéristiques de la discipline infirmière avant de structurer notre réflexion autour de la construction d'un dispositif de formation. La situation de travail est ici perçue comme un levier du développement professionnel des CSF. L'activité du sujet est une activité humaine qui s'exprime en situation de travail et constitue un des axes directeurs de cette étude. Les notions abordées s'inscrivent dans les champs disciplinaires de la didactique

professionnelle, de l'ergologie, des sciences infirmières, ainsi que de la psychologie du travail. Cette partie se conclura par la formulation de notre objet de recherche

La troisième partie (chapitre 7) s'intéresse à notre travail empirique en précisant la démarche méthodologique. Les cinq terrains d'étude ainsi que les caractéristiques du panel des quinze cadres de santé formateurs rencontrés seront déterminés. Les différentes phases de la recherche sont présentées et les outils d'analyse sont matérialisés.

La quatrième partie, présente en trois chapitres (chapitre 8, 9 et 10) les résultats et leurs analyses. Les repères conceptuels sont mobilisés et croisés avec les hypothèses de travail et ceci à partir de la parole des acteurs. Le traitement des données sera présenté à partir de différentes thématiques d'analyse afin d'aborder les facettes de la problématique. Les concepts organisateurs de l'activité des CSF seront énoncés et commentés en lien avec les invariants opératoires et les indicateurs qui s'y réfèrent. Puis, la mise en perspective des résultats obtenus sera discuté au regard des enjeux à la fois du monde de la formation et du monde de la santé.

PARTIE 1 :

Des défis du système de santé aux enjeux de la formation infirmière :

Une complexité à articuler pour les cadres de santé formateurs.

Chapitre 1 : Les défis du système de santé

Chapitre 2 : Les enjeux de la formation infirmière

Chapitre 3 : De soigner à former : une mission pour les cadres de santé formateurs

Introduction de la partie 1

Il nous semble difficile d'entrer directement dans la thématique de ce travail de recherche sans présenter un rapide tableau du contexte du soin et de la formation infirmière d'aujourd'hui. La complexité du monde du travail, les enjeux des formations paramédicales et les mutations du système de soins demandent aux différents acteurs d'ajuster leurs comportements et leurs activités à leur espace de travail. Le choix de faire un détour par les défis du système de santé au XXI^e siècle nous est apparu comme une évidence pour comprendre l'importance en formation du choix des situations professionnelles proposées par les formateurs. En effet, si les nouveaux enjeux ne sont pas envisagés l'adaptation au monde du travail sera plus complexe pour les jeunes diplômés. Ces transformations ne laissent pas insensibles les acteurs impliqués dans les organisations de travail. Indéniablement, cela aura certainement, un impact sur la dynamique de la recherche et viendra peut-être influencer les réponses des cadres de santé formateurs enquêtés.

Notre propos va se décliner en trois parties.

Dans une première partie, **chapitre 1**, après un bref historique, nous interrogerons les nouveaux défis du système de santé au XXI^e siècle. Aujourd'hui, de nouveaux territoires de santé sont définis, engendrant une répartition différente des moyens, entraînant la fermeture de certains sites, de certaines unités de soin, de certains instituts de formation... La nouvelle gouvernance des hôpitaux interroge la place de la gestion du soin, et la mise en place des démarches qualité. L'hôpital reste une entreprise centralisée, avec un mode d'organisation complexe.

« Il y a donc le plus souvent contradiction entre la structuration formelle, rigide, héritée du passé qui insère l'hôpital dans une cascade de règlements, de procédures, de hiérarchies à tous les niveaux, et les problèmes d'adéquation, d'évolution et de pertinence du service à rendre aux usagers, qui exigent souplesse, initiative et adaptation rapide » (Gonnet, 1992, p. 243).

Les transformations attendues pour améliorer les parcours de soins des usagers reposent aujourd'hui sur une logique de mutualisation des ressources. Le travail en synergie des différents corps professionnels amène à la construction du chemin de soins du patient avec la création de démarches innovantes ou souplesse et créativité deviennent des maîtres mots. Nous retrouvons ici un des axes privilégiés par la loi de modernisation de notre système de santé⁴ ainsi que du projet « ma santé 2022 »⁵.

⁴ France. Ministères des Solidarités et de la Santé (2016, janvier). Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>

Dans le **chapitre 2**, nous nous centrerons sur la formation initiale. En effet, la réingénierie de la formation des infirmiers (ères)⁶ demande d'investir un nouveau paradigme orienté autour de la logique compétence et de l'approche situationnelle. Ces différentes mutations engendrent la mise en place de nouveaux dispositifs d'apprentissage touchant à la fois les différents acteurs et les structures de formation.

Etre un professionnel compétent aujourd'hui ce n'est pas seulement agir avec compétence en reproduisant une norme prédéfinie, c'est aussi s'autoriser à réinventer la norme en fonction de l'activité de l'instant T. L'acteur transforme et adapte son savoir fondamental en action de travail. Il sait faire face à la complexité et à l'imprévu des situations de soins qui ne sont jamais ou peu enseignées. Il va grâce au questionnement combler l'écart entre le savoir académique et le cas singulier d'un patient. La mobilisation de la pratique réflexive va lui apporter une nouvelle lecture des actions entreprises.

La construction d'une ingénierie de formation orientée autour d'une approche situationnelle articulant construction de savoirs et mobilisation de l'action en est peut-être une réponse. Pour cela l'ingénierie pédagogique va devoir se centrer sur les situations de travail en lien avec le cœur de métier de l'infirmière.

Dans le **chapitre 3**, le statut des cadres de santé et plus spécialement des cadres de santé formateurs retiendra notre attention. C'est eux qui au quotidien élaborent, construisent et font vivre le dispositif de formation. La conjoncture du monde hospitalier ainsi que les différentes réformes des curriculums de formation bouleversent leurs « modes de fonctionnement, leurs croyances et peut-être leurs valeurs fondatrices » (Coudray, 2006, p. 18). Par ailleurs, la grande conférence de santé du 11 février 2016,⁷ donne de nouvelles orientations au métier de cadre de santé dont la formation actuelle ne répond plus totalement. Pour prendre ce virage il va falloir que chacun trouve un nouveau sens à son travail afin de pouvoir s'engager dans les nouvelles orientations.

⁵ France. Ministère des Solidarités et de la Santé (2018, septembre). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_pdf

⁶ Lire partout infirmier et infirmière

⁷ France. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. (2016, février). *Grande conférence de la santé*. Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels. Feuille de route. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-feuille_de_route.pdf

Chapitre 1 : Les défis du système de santé

La médecine ne doit pas oublier l'humain, qui est au centre de ses préoccupations..... J'estime indispensable et salutaire que nous nous posions des questions sur notre exercice médical, sur nos pratiques, sur la finalité de nos actes ; bref, il me semble primordial que nous donnions un sens à ce que nous faisons » (Boukris, 2013, p. 12-13)

Chapitre 1 : Les défis du système de santé au XXI e siècle

1. Les marques de l'Histoire

Mobiliser les héritages du passé pour comprendre le présent nous semble incontournable pour poser la première pierre de notre questionnement. Les marques historiques du monde hospitalier sont multiples et ont suivi les évolutions sociétales dans lesquelles elles étaient inscrites. L'hôpital que nous connaissons aujourd'hui a progressé au fil des siècles, en suivant le rythme des besoins de la population mais également en fonction de la prise en compte des priorités politiques en matière de santé. Tout d'abord lieu d'accueil, il devient progressivement un lieu d'enfermement, puis un lieu d'expérimentation, pour en faire aujourd'hui une réelle entreprise où l'économie prime et où le soin est appréhendé comme une valeur marchande. Réalisons donc un petit retour en arrière pour comprendre les raisons qui guident les choix mais aussi les innovations à entreprendre pour le XXIe siècle.

Tout commence en Cappadoce, au milieu du IVe siècle, avec le développement par les religieux d'occident chrétien des « Greniers de Bonté » ou « Maisons hospitalières ». (Molinié, 2005, p. 5) Ces terres d'accueil ouvrent leurs portes à « l'hostis », l'étranger. Le mot hôpital voit ainsi ses premières racines.

Le Concile d'Orléans (en 549) précise les orientations de l'hôpital en lui donnant une mission d'accueil pour les pèlerins et les indigents. Cette structure qui s'autofinance a pour responsabilité d'assurer le confort, les premiers soins, ainsi que de fournir la nourriture aux populations arrivantes. Durant toute cette période, il est intéressant de noter l'absence de médecin à l'intérieur des murs de l'hôpital. Le corps médical est formé à l'université. Il assure des missions de recherche ou se destine à un exercice libéral.

Le Moyen âge voit l'arrivée des épidémies, la peste, la lèpre et le choléra, mais aussi de nombreuses famines. C'est dans ce contexte de maladie que, pour la première fois, les médecins sont reconnus comme des experts grâce à leur reconnaissance des signes

évocateurs de la lèpre. Petit à petit la population accueillie se modifie en laissant une place prépondérante aux indigents et aux mendiants. Puis, progressivement, l'hôpital devient un lieu d'enfermement des populations à risque. Nous y retrouvons les lépreux, les pauvres et les malades. Géographiquement, l'hôpital quitte le cœur de la cité pour être positionné à la périphérie des villes.

Il faut attendre la Renaissance pour mesurer de réels progrès médicaux avec notamment le développement des connaissances anatomiques et l'évolution des pratiques médicales. Le pouvoir entre médecins et chirurgiens est très fort avec une rivalité dans les connaissances et les pratiques. Le chirurgien est souvent associé au barbier et assimilé à un charlatan.

Sous Louis XIV, un nouveau virage statutaire apparaît avec l'obligation pour chaque cité importante de se doter « d'un hôtel Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins ». (Autret, 2004). Après Paris, avec la création de la Salpêtrière et de Bicêtre en 1656, le principe est généralisé à toutes les provinces. Parallèlement, le corps médical évolue et progresse au niveau des connaissances du corps humain. En 1707, le décret de Marly, donne aux médecins le monopole de la médecine. Il stipule que « nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement, s'il n'a obtenu le grade de licencié ». Un versant social est rajouté demandant aux médecins de consulter gratuitement un jour par semaine, pour les indigents. (Bariéty et Coury, 1992). Pour la première fois, la notion de prescription médicale apparaît. La chirurgie ne reste pas en marge de ce débat et se distingue en créant l'Académie Royal de chirurgie se séparant définitivement des barbiers.

L'hôpital général est investi d'une mission sociale. Il doit redresser la déviance par rapport au modèle sociétal admis. La structure hospitalière devient donc officiellement un lieu d'enfermement. Une police spéciale est créé « les archers des Pauvres ». Elle assure « l'emprisonnement » des personnes « jugées » comme déviantes et ne correspondant pas à l'idéal social. Progressivement l'hôpital devient une terre d'accueil pour les personnes en marge de la société. Les écrivains de l'époque s'empareront de ce fait pour le mentionner dans leurs écrits, comme d'ailleurs Diderot dans son ouvrage l'Encyclopédie. En revanche, il est intéressant de constater que toutes les personnes admises à l'hôpital participent et s'inscrivent dans la logistique et la vie de la structure. Chacun travaille afin de fournir les ressources nécessaires à l'établissement. Au fil du temps, le nombre de personnes institutionnalisées augmente et au XVIIIe siècle, les autorités se rendent compte que l'hôpital coûte cher et ne remplit aucunement des missions de soins. Par ailleurs, cette promiscuité permet aux médecins de perfectionner leurs techniques. Ils quittent la vision traditionnelle du

soin pour développer une approche où les symptômes identifiés chez le patient deviennent une priorité pour établir un diagnostic.

Il faut attendre la Révolution Française pour mesurer une réelle évolution. L'hôpital devient alors un lieu de soin où le pouvoir est donné au corps médical. La gestion hospitalière est confiée aux municipalités et le maire devient le président des commissions administratives. Un prix de journée est fixé, même s'il reste à l'appréciation de chacun. L'enseignement des médecins évolue. Comme peut le dire Antoine Fourcroy en 1794, un nouvel axe est donné à l'apprentissage basé sur « peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement ».

Les hôpitaux deviennent des lieux de formation et de recherche. De nouvelles connaissances et techniques se développent avec par exemple les analyses chimiques sur des matières organiques, l'anatomopathologie, l'amélioration des microscopes, des thermomètres...

Au fil des années de nombreuses évolutions vont voir le jour : par exemple dans le secteur de l'hygiène, avec les découvertes de Pasteur, mais aussi les campagnes de vaccinations, l'accueil de nouvelles populations comme les enfants, les vieillards. Les différentes guerres obligent le monde de la santé à faire face à de nouvelles problématiques et à s'adapter aux besoins de la population.

1.1. Petite pause expérimentielle

Avant d'aller plus loin, je tiens à mettre en lien ces événements du passé avec mon expérience professionnelle, notamment liée aux deux actions humanitaires que j'ai pu réaliser au début de ma carrière d'infirmière. Tout d'abord, mon périple égyptien où la richesse humaine des différentes rencontres singulières ne peuvent trouver assez de mots pour exprimer la richesse et la chaleur des moments de partage. Mais surtout, pour la première fois, je mesurais le poids des institutions mettant à l'écart, dans des camps, volontairement, des personnes malades.

C'est ainsi qu'après quelques heures de route sur un chemin chaotique, nous arrivions à la porte du désert. Chaque jour un parcours différent en fonction du bon vouloir des militaires. Mais quelle richesse, de retrouver tous les jours le dispensaire et de soigner avec les moyens du bord les femmes lépreuses qui nous attendaient. Ici, pas les moyens techniques ni le matériel du monde européen, mais un soin humain où la relation, les regards d'une grande profondeur en disent plus long que bien des mots. Je découvre des techniques et du matériel dignes des musées. J'apprends à composer mon soin en regardant, en observant, en écoutant, en comparant, en réalisant de nouvelles techniques. (Je retrouve ici la citation

d'Antoine Fourcroy.) Les conditions d'hygiène du camp sont déplorables. Mais comment faire quand il n'y a pas d'eau, que le premier puits est à plusieurs heures de marche ? Comment les accompagner alors que leur corps part à la dérive, avec de nombreuses amputations spontanées, et ceci au fil de l'évolution de la maladie. Alors, comme au Moyen Age nous vivons au jour le jour et apprécions le temps que nous pouvons partager ensemble.

La deuxième expérience se déroule en Pologne, en 1990. Le mur de Berlin est tombé depuis quelques mois et les hôpitaux polonais cherchent des partenariats pour faire évoluer leurs pratiques de soins. Je découvre ici le sens et l'ambiance particulière des salles communes. J'ai l'impression de vivre à une autre époque, celle décrite précédemment dans les marques du passé. Les patients ont un regard triste, dénaturé voir apeuré. Le corps médical « inspecte » les malades de la porte d'entrée de la salle. Il semble dangereux de faire un pas en avant, de tenir la main d'une personne, de se risquer à la rencontre. Les murs sont gris, les chariots grincent, le personnel crie.... Le patient fait peur, sa maladie le sépare du monde qui l'entoure. Heureusement, les familles doivent venir laver, nourrir, changer le malade.... enfin un rayon de soleil dans une journée bien morose.

En parcourant le fil de l'Histoire nous avons l'impression que tout est loin de nous, que c'est du passé. Malheureusement, la réalité n'est pas si tranchée et chaque pays avance à son rythme en fonction de sa culture, de son Histoire, de ses valeurs.

Mais poursuivons notre détour historique par l'approche législative.

1.2. Le détour par les textes de loi

De nombreuses lois vont venir préciser les orientations du secteur sanitaire. Je ne ferai qu'un rapide détour par certaines d'entre elles. Je ne retiendrai que des extraits, en choisissant des éléments qui permettront de comprendre le contexte actuel et d'une certaine manière qui auront une influence sur la thématique de ce travail.

- La loi de 1941, qui vient révolutionner le fonctionnement de l'hôpital, en ouvrant la structure hospitalière à toutes les classes sociales. L'assistance aux malades devient la mission principale de l'hôpital. L'architecture se modifie et les salles communes commencent à disparaître. Pour une première fois les malades vont pouvoir payer leurs médecins ainsi que leurs soins. Dans le même temps, pour diminuer les coûts et palier au nombre restreint de médecin, l'organisation du travail s'organise autour de la notion de service.

- Les ordonnances de 1958 permettent la création des centres hospitaliers universitaires ce qui va révolutionner l'enseignement médical et faciliter le développement des savoirs. Les établissements de santé sont alors classés en cinq catégories, les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers (CH), les hôpitaux (H), les hôpitaux ruraux (HR) et les maisons de retraite (anciens hospices).
- La loi de 1970 donne au patient le choix de son praticien ainsi que de son établissement de soin. Pour la première fois la notion de coopération entre les établissements est demandée, avec par exemple des groupements inter hospitaliers régionaux. Les ressources doivent être optimisées notamment en matière d'équipement sanitaire. Un nouveau classement des établissements se réalise en fonction de la nature des soins à réaliser. Se créent alors : les unités de court séjour, les unités de moyen séjour et les unités de long séjour. Par ailleurs les établissements publics sont soumis à une tutelle d'Etat.
- Durant toutes ces années, l'hôpital se structure. Les professionnels de la santé développent de nouveaux savoirs et perfectionnent leurs techniques. L'hôpital devient une réelle entreprise avec des coûts de plus en plus importants. Par ailleurs, différentes réformes vont commencer à essayer de réduire les dépenses hospitalières avec notamment la mise en place de la dotation globale, le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) basé sur les groupes homogènes de malades (GHM) et ceci depuis 1982. Le point ISA (indice synthétique d'activité) détermine quant à lui l'activité de l'hôpital. (Molinié, 2005, p. 17).
- La loi de 1991 instaure la mise en place du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et propose des alternatives à l'hospitalisation. L'accent est mis sur la planification sanitaire avec une identification des installations, un repérage des équipements lourds et un classement des activités de soins demandant un budget important comme les transplantations, la chirurgie cardiaque, les services de réanimation... Le projet d'établissement devient le fil conducteur des établissements publics. Il est interdépendant du projet médical, du projet de soins infirmiers, du projet social et du schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, du projet de formation continue, du projet de gestion... De plus, pour la première fois il est demandé d'évaluer la qualité des soins. Il se crée ensuite l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM).
- Suit ensuite un ensemble d'ordonnance qui va renforcer deux axes. Le premier concernant le souhait de placer les usagers au cœur du système de soins et surtout leurs donner une place prépondérante dans les instances et la vie de l'hôpital. Ainsi,

un représentant des usagers et nommé au conseil d'administration des établissements publics. Le second axe vise à réduire les coûts tout en garantissant des soins de qualité. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sont créées avec pour mission de répartir les moyens et les activités selon les établissements publics et privés.

- La haute autorité de santé (HAS) se met en place à partir de 2005 remplaçant l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).
- Le plan de modernisation hôpital 2007⁸ a pour ambition de moderniser les structures hospitalières, de changer le mode de financement avec la tarification à l'activité (T2A) et de rénover les modes d'achats afin d'assouplir les procédures d'appels d'offres des marchés publics.
- La loi « hôpital, patient, santé et territoires » loi (HPST) de 2009⁹ va apporter une nouvelle dynamique à l'entreprise hôpital. Son but est de faciliter la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. La politique de santé essaie de s'adapter au mieux aux mutations sociétales en accentuant la coopération entre les professionnels de santé. Elle propose une réorganisation globale du système de soins en traitant prioritairement la question de lutte contre les déserts médicaux. De nouvelles priorités en matière de santé se dégagent notamment grâce à la création des agences régionales de santé (ARS). Les coopérations entre l'hôpital et les médecins de ville doivent être renforcées. Une attention particulière doit être portée à l'amélioration de l'accès aux soins de qualité. Des thématiques de santé publique et de prévention deviennent des priorités comme la prise en charge des maladies chroniques, du cancer mais également de l'éducation thérapeutique ou la protection des jeunes face aux conduites addictives.
- Le rapport « pacte de confiance pour l'hôpital »¹⁰ remis en 2013 (Couty, 2013b) propose des recommandations afin d'ajuster le mode de financement des établissements de santé, mais également de renforcer les pôles prévention, soins, enseignement et recherche. L'inscription du patient dans un parcours de soins en lien avec sa vie est une priorité pour assurer une prise en charge de qualité.

⁸ France. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Rapport Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale. Récupéré de : https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

⁹ France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

¹⁰ Couty, E. (2013b). Pacte de confiance pour l'hôpital. Récupéré de : https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_rapport_de_syntese.pdf

- La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impose une nouvelle cartographie du maillage territorial des ressources en santé. La démocratie sanitaire donne une place réelle aux usagers afin de co-construire les filières de soins. Les parcours patients doivent s'identifier afin de gagner en rentabilité et réduire les ruptures de prise en soins. Ainsi de nouveaux métiers se profilent afin d'assurer les coordinations et le travail en pluri professionnalité.

2. Les enjeux pour le XXIème siècle

L'hôpital est devenu aujourd'hui un passage obligé dans la vie de tous les citoyens. Nous y venons pour nous y faire soigner sur des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes. Par ailleurs, dans nos sociétés, le patient devient un réel consommateur de soins. Les pratiques hospitalières évoluent sous l'influence et le développement des différentes techniques diagnostiques et thérapeutiques. Les démarches qualité ainsi que les évaluations des pratiques professionnelles permettent des avancées et laissent un espace possible à la création et aux innovations. Des stratégies différentes différencient les établissements sanitaires publics des structures privées. Ainsi dans le secteur public, se dégagent deux finalités. D'un côté, une importance prépondérante est donnée à l'efficacité économique où performance rime avec efficience au moindre coût. De l'autre, l'hôpital garantit des soins pour tous les membres de la société sans distinction assurant ici une mission de charité encore très prégnante. Par ailleurs, les structures privées à but lucratif, mènent une politique orientées vers le « choix » de leurs patients ainsi que d'un recentrage de leurs activités autour de spécialités en lien avec certaines affections. Ce contexte va avoir un impact sur la formation des cadres de santé mais aussi sur le dispositif de formation des futurs infirmiers.

La nouvelle gouvernance des hôpitaux interroge la place de la gestion du soin, et la mise en place des démarches qualité. La structuration par pôles d'activité redéfinit le paysage de l'organisation des soins. De ce fait, l'institution hôpital peut être perçue comme un système composé d'acteurs (Crozier & Friedberg, 1977) avec leur marge de pouvoir. Il semble évident que chacun va utiliser ses propres stratégies afin de tenter de « maîtriser » d'une certaine manière sa zone d'incertitude. Ainsi « plus la zone d'incertitude est cruciale pour l'organisation, plus grand est le pouvoir de l'individu ou du groupe d'individus qui la détient. » (Holcman, 2006, p.332). L'hôpital reste une entreprise centralisée, avec un mode d'organisation complexe.

« Il y a donc le plus souvent contradiction entre la structuration formelle, rigide, héritée du passé qui insère l'hôpital dans une cascade de règlements, de procédures, de hiérarchies à tous les niveaux, et les problèmes d'adéquation, d'évolution et de pertinence du service à rendre aux usagers, qui exigent souplesse, initiative et adaptation rapide. » (Gonnet, 1992, p. 243).

Ainsi, l'hôpital public doit évoluer vers un nouveau dispositif. Pour cela, les établissements hospitaliers publics doivent redéfinir leurs priorités et tisser de nouveaux partenariats notamment dans le cadre de la construction des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ils ne peuvent plus, aujourd'hui, rester en système clos centré sur eux-même. Ils doivent à la fois se tourner vers l'extérieur mais aussi faciliter l'intégration de nouveaux partenaires du champ sanitaire et médico-social. De plus, ils ont une nouvelle place à gagner sur le territoire de santé en développant et en étant novateur sur des projets en lien avec les thématiques concernant les soins dans le champ préventifs, curatifs et palliatifs afin de construire les filières de soins. Aujourd'hui, l'utilisateur souhaite prendre une place prépondérante dans les choix thérapeutiques de sa santé en y étant associé.

Le système de santé se trouve à un tournant demandant de faire évoluer le dispositif de formation initiale et continue à la fois des directeurs de soins, des cadres de santé et des soignants. Cinq champs se déclinent :

- Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des pathologies chroniques demande de nouveaux modes de prise en soins avec notamment le développement du secteur ambulatoire et de la médecine prédictive.
- La répartition du mode d'accès aux soins sur le territoire est inégale. Des écarts significatifs matérialisés par les déserts sanitaires suscitent une augmentation des demandes des professionnels de santé parfois compensée par des maisons de santé ou par l'utilisation par les professionnels de nouveaux moyens technologiques comme la télésurveillance, téléconsultation....
- La création de nouveaux métiers soignants avec les infirmiers de coordination de parcours, la mise en place des infirmières de pratique avancée devient une nécessité pour répondre aux exigences du monde de la santé de demain.
- La place donnée aux usagers, notamment dans le cadre de la démocratie sanitaire mais également par le statut de patient expert, voire formateur, bouscule les modes de représentations de chacun des acteurs.
- L'absence de données probantes rend peu lisible les avancées professionnelles au niveau de la recherche et particulièrement en sciences infirmières. Un nouveau parcours de formation initiale et continue avec une inscription universitaire est à construire.

La mission du soin reste une priorité avec notamment l'optimisation des différentes ressources présentes sur le territoire de santé. L'activité soin est l'essence même de la raison d'être des hôpitaux. Mais, il y a aujourd'hui une confusion entre un soin qui est toujours adressé à une personne, et des soins qui s'organisent autour d'une charge de

travail. Il y a là un espace à investir et à interroger dans les pratiques soignantes et dans les visions managériales car cela va impacter la prise en soin du patient.

C'est à travers cette priorité, le soin, que nous allons envisager certains des enjeux hospitaliers. Nos choix sont volontaires et n'aborderons pas les aspects budgétaires, politiques... et se recentreront sur les thématiques concernant les différents acteurs du soin impactant d'une certaine manière notre thématique de recherche. Nous avons ainsi ciblé deux grands champs en lien avec les enjeux de l'hôpital et de la formation, d'un côté la place de l'humain dans le parcours de soins et de l'autre les enjeux des avancées technologiques.

2.1. De nouvelles alliances à construire à travers le parcours de soin

Le terme parcours peut prendre différents sens. Ainsi le dictionnaire Larousse le définit comme « un itinéraire à suivre ou un trajet suivi par quelqu'un ». Il peut être aussi « l'ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un, en particulier dans sa carrière. » Un parcours prend ainsi deux axes, celui d'un circuit tracé au préalable, par des personnes compétentes ou au contraire un itinéraire qui se construit au fil du temps, en fonction des spécificités de chacun.

Ici, le parcours associe trois termes : un parcours de soins, un parcours de santé et un parcours de vie. L'ARS définit la notion de parcours comme une trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attente particulière portée à l'individu et à ses choix. Cette approche est un peu une révolution pour le monde hospitalier qui jusqu'alors c'est concentré sur le soin et les actes à réaliser pour « guérir un organe », plutôt que sur une personne à part entière inscrite dans une histoire de vie. Dans les structures hospitalières « le parcours du malade à l'intérieur de l'hôpital s'apparente ainsi à une succession de pas japonais entre les différents « nœuds » fournisseurs de prestations de service ». (Claveranne & Pascal, 2004, p. 188). Le parcours est plus ou moins tracé en fonction de la raison d'hospitalisation. L'itinéraire suivi par le patient sera présenté comme simple si tout se déroule comme la procédure l'a envisagé. En revanche, la trajectoire sera plus complexe si des complications viennent perturber le circuit programmé. Ainsi, nous pouvons constater qu'à l'hôpital :

« Chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participants à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter de maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie. » (Strauss, 1991, pp. 143-144)

Dans les avancées prévues par les textes, le parcours de soins est envisagé dans un contexte plus large prenant en compte des paramètres jusqu'alors non priorisés par le milieu

hospitalier. D'ailleurs, la notion de parcours de soins d'un patient « est un concept nouveau qui dépasse en matière d'organisation et de rationalisation les approches traditionnelles » (Fantan, Durou & Merle, 2004, p.115) du monde hospitalier.

Voici donc nous semble-t-il un des premiers enjeux de l'hôpital. Il va falloir appréhender le patient dans toute sa complexité de son entrée à la suite de son hospitalisation. Comme peut le dire Jean de Kervasdoué « toute amélioration sensible du fonctionnement de l'hôpital viendra de l'organisation du travail, de la rencontre sur le terrain pour le bienfait du malade entre toutes les catégories de personnels ». (De Kervasdoué, 2004, p. 99). Nous complétons cette vision en y associant aussi une meilleure connaissance du travail des différents acteurs dans les champs sanitaire et médico-social afin de créer des collaborations voir des coopérations et tisser un réseau pour la continuité des soins. Une coordination entre l'hôpital et la ville semble incontournable, voir indispensable pour assurer le suivi de certains patients. La démarche va donc constituer à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.¹¹ Le bénéfice est d'harmoniser mais surtout de synchroniser les bonnes pratiques de chaque professionnel tout en développant une anticipation dans les activités à entreprendre. L'information de ce fait circule mieux et le patient garde le plus possible une posture d'acteur. Le dispositif mis en place va s'organiser grâce à la volonté des différents protagonistes. Il reste maintenant aux différentes structures de faire évoluer les prises en charge afin de diminuer les ruptures dans le chemin clinique. Tout l'enjeu va se situer dans la construction des nouveaux parcours de soins à envisager. C'est un vaste chantier qui demande d'interroger les pratiques soignantes mais surtout la conception même de la prise en charge des patients avec un retentissement indéniable sur la formation initiale des professionnels paramédicaux. Cette évolution sociétale de mode de prise en soins va venir impacter notre recherche. En effet, l'appareil de formation infirmière va devoir tenir compte de ces transformations afin de préparer les futurs professionnels à de nouveaux modes d'exercice. L'enrichissement de l'éventail des stages avec le renforcement des structures extrahospitalières est une première réponse à envisager comme le développement de l'analyse des situations issues du domicile.

Aujourd'hui, un premier virage se prend sur le terrain. Les démarches entreprises concernent une partie de la population comme les patients souffrants de pathologies chroniques, les personnes âgées, ou encore le suivi péri et post natal. Ainsi, nous trouvons des équipes de

¹¹ France. Ministères des Solidarités et de la Santé (2016, janvier). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

coordinations composées de pluri professionnels qui après avoir évalué le contexte particulier du patient envisage le type de prise en charge à mettre en place pour assurer son suivi. Cela constitue une première étape dans le dispositif. Ensuite, il est nécessaire « d'assurer le suivi et s'adapter à l'évolution de la pathologie dans un climat où le patient et ses proches se sentent soutenus et accompagnés » (Lacaze, 2012, p. 417). De nouvelles alliances sont donc à construire. La posture et les compétences soignantes doivent donc s'affiner. Il a certainement ici, de nouveaux métiers à envisager et un champ à investir dans la formation des professionnels en développant le travail interdisciplinaire.

2.2. Redonner une place à l'humain dans le système de soins

Tout individu qui vient à l'hôpital met sa confiance dans le savoir médical et dans la technicité et cela semble tout à fait normal. Il met en jeu une partie de son existence dont la maîtrise lui échappe. Mais parallèlement, il a parfois le sentiment d'être considéré comme un numéro, « d'être ignoré(s) voir maltraité(s) par les systèmes et parfois par des individus dont le rapport aux malades est loin d'être le souci principal. » (Tourraine, 1997, p.33-34).

Lorsque nous observons les pratiques soignantes nous constatons qu'elles sont empruntes d'une technicité importante et qu'elles occupent parfois la totalité des organisations de travail. L'humain est appréhendé et décrit dans ses grandes généralités notamment dans les procédures ou dans les plans de soins standardisés. Certes la rigueur, la sécurité sont les maîtres mots du contexte hospitalier d'aujourd'hui. Mais ces derniers conduisent à la mise en place de dispositif proche de ceux du monde de l'entreprise pouvant laisser penser que le soin est un outil qui peut se généraliser. Ainsi, dans ce dispositif les professionnels doivent nécessairement répondre aux normes, aux règles de pratique prédéfinies. Cela conduit à exercer une pratique uniforme. Or une des spécificités des pratiques soignantes est de s'adresser à un être humain particulier. Cela demande donc « de s'orienter vers un système de soins fondé sur l'humain et non sur l'organisation des pratiques de soins qu'il requiert. » (Dupuis, Gueibe, & Hesbeen, 2011, p. 9). C'est donc, selon nous, un nouveau virage à prendre. Tout le monde est concerné, du directeur de l'hôpital, au directeur des soins, au directeur des ressources humaines en passant par le chef de pôle et le cadre de l'unité. Chacun à une part de responsabilité en lien avec ses pratiques managériales et son organisation de travail. Le défi serait peut-être alors d'inventer une nouvelle politique mettant au cœur des pratiques du soin « le prendre soin » (Walter Hesbeen) afin d'allier humanité et technicité, vision utopiste, démarche novatrice certainement... Mais il nous semble important que les professionnels s'arrêtent et redonnent une place à l'humain dans un système de soins qui l'oublie parfois trop souvent.

Les soins s'organisent, se planifient, répondent à différentes normes. Ils montrent la spécificité du métier et caractérisent les gestes professionnels. Ils sont le plus souvent organisés en série de manière séquentielle suivant une programmation prédéfinie et rythmée suivant un tempo bien orchestré.

Le soin lui s'adresse à une personne. Or, il n'y a pas de procédures préétablies qui permettent aux professionnels de faire preuve d'une « intelligence du singulier ». (Dupuis, Gueibe, & Hesbeen, 2011) Dans ce cas, les ressources de l'acteur ne vont pas se trouver dans les savoirs ou les techniques mais dans la mobilisation de différents paramètres pour appréhender la situation de travail avec ses caractéristiques et sa singularité. Ainsi, nous pourrions parler « d'une compétence de situations, soucieuse d'une véritable éthique du quotidien dans la pratique des soins. » (Hesbeen, 2011, p. 23) Le professionnel va porter une attention particulière, respectant la dignité de la personne et lui témoignant de la considération. Il va entrer en relation et communiquer avec la personne afin de l'accompagner dans cet instant de vie.

Dernièrement, nous passons dans un service où nous avons entendu les phrases suivantes : « qui fait la toilette du 14 porte ?..... Bon j'y vais. Bonjour, vous êtes bien le monsieur du 14P ? », « Tu ne donnes pas de petit-déjeuner au poumon du 8 car il a encore trois examens aujourd'hui », « Alors monsieur Marcel, il paraît que vous n'allez pas bien aujourd'hui. Je viens vous aider pour faire votre toilette et vous lever ».

Inutile de commenter ces phrases. Elles sont le reflet du contexte des soins d'aujourd'hui où le patient est parfois déshumanisé dans le discours et réduit à un numéro ou un organe. Les professionnels notamment aides-soignants et infirmiers sont les premiers à déplorer ces événements. Ils expriment eux-mêmes leurs insatisfactions et disent ne pas retrouver les valeurs soignantes auxquelles ils croient et qui animent leurs pratiques.

Ce constat préoccupe fortement les cadres de santé formateurs car il vient impacter la vision de l'exercice du métier des étudiants en soins infirmiers. L'enjeu est important car parfois il amène des stagiaires à arrêter leur parcours de formation car l'attitude des professionnels est à l'encontre des valeurs des stagiaires.

La conjoncture avec la diminution massive du personnel infirmier, les réductions du temps de travail, la charge de travail qui augmente sont autant de facteurs qui ne sont plus admissibles et qui surtout ont une répercussion sur la qualité des soins. Il en est de même au niveau des cadres de santé des unités de soin avec la mise en place des pôles d'activités. Ils ont ainsi vu leurs pratiques professionnelles se centrer autour de la gestion les éloignant ainsi du soin. Par ailleurs, les directions savent que cette tranche de professionnels

acceptent toutes les tâches qui leurs sont confiées, jouant ainsi une sorte de « système tampon » dans le monde hospitalier. Il est dommage que les cadres de santé et les infirmiers n'arrivent pas encore à se démarquer du corps médical notamment en s'exprimant avec leurs propres concepts et valeurs leur permettant ainsi d'avoir une reconnaissance spécifique. Le défi pour les cadres de santé et les infirmières consiste désormais en la façon de prendre soin d'une personne vivante, « en dépit des nombreuses formes de mécanisation qui remplissent nos systèmes de soins de santé, à cela s'ajoutant les régimes de financement, les mesures de productivité et les modes de calibrage de l'efficacité dans les systèmes de santé. » (Lawler, 2012) Edouard Couty dans son rapport « sur le pacte de confiance pour l'hôpital » (Couty, Le pacte de confiance pour l'hôpital, 2013 a) met en avant la valeur rajoutée des infirmières. Pour lui, « les infirmières ont une vraie valeur ajoutée pour tout ce qui concerne la prise en charge des soins, l'éducation sanitaire de prévention et les actions d'éducation thérapeutique sur tout le territoire. » (Couty, 2013 b, p. 6). Il y a là une première reconnaissance qui demande à être investie tant au niveau des professionnels du terrain que des professionnels de la formation. Edouard Couty met en avant les valeurs véhiculées par les soignants au sein des structures hospitalières. Il parle de solidarité, de respect et d'humanisme qui selon lui font « la richesse de l'hôpital et l'honneur des professions hospitalières. » Les structures hospitalières comme les professionnels sont à un tournant pour construire leur exercice professionnel de demain. Les nouvelles générations en formation et à venir peuvent et vont certainement apporter un souffle nouveau. C'est en associant ces compétences pluri-générationnelles qu'un nouveau dispositif, plus proche des valeurs humaines et de la reconnaissance de l'Autre comme sujet agissant, que les soins d'une ère nouvelle pourront voir le jour.

3. Un nouveau monde à investir

Nous ne connaissons pas réellement les besoins en matière de santé pour les générations futures. En revanche, en mobilisant les expériences passées nous pouvons nous y préparer. L'hôpital futur devra s'inscrire dans une dynamique de mutation et de restructuration. Les professionnels de santé devront s'ajuster aux nouvelles orientations sanitaires. L'hôpital est un espace complexe qui œuvre dans une certaine forme de complexité. C'est pourquoi l'hôpital des temps modernes va investir de nouveaux espaces notamment architectural et économique. En visitant les nouvelles structures, nous pouvons constater qu'elles sont devenues de véritable ville avec des centres commerciaux, des rues, des places, des artères, des écoles, des hôtels, des espaces verts... Tout est fait pour rendre la vie plus facile ou attirer le client qu'il soit soignant, patient ou visiteur. Deux objectifs s'allient donc,

celui de devenir un lieu de soin où l'on vit et en parallèle un lieu de vie où l'on apporte des soins.

Dans le même temps, l'hôpital subit des mutations. Il se développe, se rénove mais aussi vieillit. Il s'adapte et évolue pour continuer à exister dans le paysage environnemental. C'est pourquoi le monde de l'architecture a investi ce nouvel espace. Des designers sont innovateurs dans ce secteur proposant aux commanditaires des projets créatifs voire révolutionnaire tant dans l'architecture des bâtiments que dans l'aménagement des chambres. Leur objectif principal est d'allier normes d'hygiène et de sécurité en respectant les gestes quotidiens du patient et du soignant afin de créer des objets efficaces qui respecteront l'autonomie et la dignité de chacun. L'esthétique visuelle tient une place importante dans les propositions de conception. Aujourd'hui, chacun souhaite être soigné ou soigner dans un cadre agréable. Il est « possible d'imaginer une architecture sensorielle » mettant en lumière « l'expression des valeurs de l'hôpital ». (El Saïr, 2012, p.481). Finis les univers froids et impersonnels. L'hôpital de demain devra répondre aux attentes des usagers en trouvant des solutions imaginatives mais surtout attractive en lien avec le développement durable et les énergies renouvelables.

Sur un autre plan, les trois mots clés que nous pouvons retrouver dans la majorité des ouvrages sont efficacité, qualité et performance ou la e-santé est omniprésente. Plusieurs paramètres devront ainsi être pris en compte pour tenir le cap demandé. Peut-être en premier lieu une dynamique managériale où les ressources humaines sont au cœur du projet institutionnel, tout en s'appuyant sur des politiques gestionnaires performantes facilitant l'équilibre entre l'offre de soins et les ressources disponibles. Le deuxième paramètre concernera nous semble-t-il les patients et leur famille. En effet, « la performance hospitalière ne se résume pas à la capacité d'améliorer l'état de santé de la patientèle ; c'est une construction multidimensionnelle, ses différentes composantes variant en fonction des modèles choisis. » (Dufour, 2012, p.398). Dans ce contexte, chacun est perçu comme un maillon de la chaîne des soins y jouant un rôle déterminant. D'ailleurs, partager une culture qualité, avoir une vision globale du parcours de santé, développer un esprit sur l'environnement durable, demande une approche pluridisciplinaire et de complémentarité entre les différents acteurs. Un des défis de l'hôpital de demain, sera certainement, d'innover en matière de structure managériale et de développer l'interdisciplinarité voire la transprofessionnalité mais surtout une complémentarité entre les professionnels de soins et les autres acteurs hospitaliers. Pour y arriver il va falloir, nous semble-t-il, mobiliser au mieux les ressources existantes et compter sur la créativité et les potentialités du facteur humain. C'est un des enjeux des établissements de santé qui entrent dans une nouvelle ère des procédures de certification. La formation a nous semble-t-il un rôle également à jouer

d'autant plus que les programmes se construisent sur la même dynamique préparant ainsi aux nouvelles exigences du monde professionnel dans lequel les durées de séjour seront réduites. Nous pouvons ici noter que la mise en place du service sanitaire en pluri professionnalité est déjà une ouverture amenant à des pistes d'évolution.

Par ailleurs les professionnels qui font vivre le système hospitalier se trouvent pris dans un ensemble de réformes qui bouleversent leurs « modes de fonctionnement, leurs croyances et peut être leurs valeurs fondatrices » (Coudray & Barthès, 2006, p.20). Pour prendre ce virage, il va falloir que chacun trouve un nouveau sens à son travail afin de pouvoir s'engager dans les nouvelles orientations demandées par l'institution.

3.1. Le patient concepteur de son parcours de soin

La société évolue. Les patients sont de mieux en mieux informés mais surtout disposent de nouveaux outils pour appréhender l'évolution de leur maladie. Ils souhaitent devenir des acteurs potentiels et jouer un rôle dans le choix du chemin thérapeutique qui leur est proposé. Or, les institutions ne sont pas encore tout à fait prêtes à investir ce virage. En effet, pour cela les professionnels devraient « abandonner la position de celui qui sait le bien de l'autre » (Lacroix, 2007) et donc d'une certaine manière perdre une forme de pouvoir sur le malade. Les professionnels vont devoir construire de nouveaux dispositifs répondant mieux aux nouveaux besoins des patients en lien avec le chemin clinique. Il va surtout falloir penser avec eux et non plus pour eux et donc « reconnaître au sujet sa position d'auteur de sa vie ». (Lecorps, 2004). Cette approche replace l'utilisateur au centre des pratiques du soin avec une volonté de le valoriser mais aussi de le rendre plus actif et donc responsable de sa prise en soins. Nous retrouvons ici l'humanisation du soin avec l'idée que le patient est acteur de son soin. C'est là nous semble-t-il une question éthique à ne pas écarter et à positionner dès la formation initiale.

Aujourd'hui, c'est dans le secteur des pathologies chroniques avec notamment l'éducation thérapeutique que l'enjeu est le plus fort, même si d'autres dispositifs sont en train de se créer en particulier au niveau des soins palliatifs et des hospitalisations à domicile.

Canguilhem suggère de « penser la maladie comme une expérience vécue » (Canguilhem, 2002). C'est-à-dire mobiliser la capacité du patient à agir sur son environnement, sur son contexte social, et/ou sur son mode de vie. C'est ainsi un levier et une force à prendre en compte dans l'analyse de l'activité de l'acteur malade. Or le travail réel (Clot, 1999) du patient est peu pris en compte, voire peu envisagé et abordé. (Thievenaz, Tourette-Turgis, & Khaldi, 2013b). Etre malade c'est organiser sa vie autrement, c'est modifier son chemin de vie pour essayer de s'adapter aux nouvelles exigences demandées par son corps. C'est

aussi s'enrichir en connaissances pour comprendre ce qui arrive mais aussi développer de nouvelles stratégies pour découvrir ce qui convient le mieux de faire car chacun est unique. Ainsi chaque patient construit son propre savoir. L'autoformation comme la formation expérientielle vont y tenir une place privilégiée. (Carré, 2005) Il reste encore un énorme pas à faire pour arriver à une valorisation de ces démarches et donner un statut à ces savoirs de malades (Jouet, 2013, p.80). Mais pouvons-nous réellement séparer le champ de la production de savoirs avec celui de la production de sens ?

Nous nous trouvons ici à un carrefour que la formation professionnelle des infirmières va devoir investir. En effet un virage est à prendre est l'apprentissage à un rôle déterminant à jouer pour faire évoluer les mentalités et donner aux patients une nouvelle place. Dans les discours majoritaires actuels, le patient est positionné au cœur du dispositif de soin. Les soignants pensent pour lui et envisagent la solution qui leur semble la plus réaliste. Maintenant le patient devra être appréhendé comme un allié et un acteur réel dans la conception de son parcours de soin. Il va falloir quitter l'approche du discours auquel tout le monde adhère pour passer à la phase d'action concrète. Les enjeux sociétaux et économiques sont énormes, mais ils permettront peut-être au corps infirmier de se démarquer. Un nouvel esprit du soin est à investir en co-partenariat avec le patient.

Quel axe de soin alors privilégier ? Peut-être, celui de co-construire avec une personne son parcours de soin en étant à son écoute et en privilégiant ses choix. Cet axe est clairement défini par le rôle propre infirmier complété par le rôle en collaboration. L'ensemble visant bien sûr à coordonner les synergies de chacun, tout en garantissant la sécurité constante des soins prodigués. Il y a là en quelque sorte un véritable dilemme. Nous avons d'un côté la *praxis* et de l'autre la *poiesis*.

Pour la philosophie grecque le mot « praxis (dérivé du verbe prattein, agir) désigne la pratique ou l'ensemble des pratiques qui permettent à l'homme, par son travail, de transformer la nature en se transformant lui-même dans une relation dialectique » (Blin, 1997). Nous sommes ici au cœur de l'activité humaine. Aristote (Aristote, 1983) lui dégage deux aspects d'un côté la praxis en lien avec l'action et la poiesis en lien avec la production. La praxis émane de l'action et des choix qui sont opérés dans l'agir « raisonné ». L'homme en activité va ainsi se réaliser et s'épanouir en agissant. L'acteur produit de la connaissance (phronésis) en action en transformant son objet. Il développe une intelligence pratique. Par ailleurs, la poiesis est en lien avec l'activité productive, l'activité de service. Un mode de connaissance lui est également associé, la techné. Le rapport au gestuel, aux procédures de fabrication est incontournable.

Ce petit détour nous plonge au cœur même des débats du sens du travail infirmier et plus particulièrement ici, des infirmiers de pratique avancée et les infirmières coordinatrices de parcours de soin. Voilà un beau défi pour les années à venir, mais aussi un levier pour faire avancer les pratiques soignantes et donner à l'infirmière une nouvelle place dans le dispositif du soin autre que l'assistante du médecin. En questionnant, en analysant ses connaissances au regard d'une population cible, en façonnant et en faisant progresser le savoir infirmier notamment par la recherche, et enfin en confirmant ses compétences au service des besoins de santé d'une personne ou d'un groupe, l'infirmière se construira une nouvelle identité en lien avec ses valeurs et ses propres conceptions du soin. Voilà un bel enjeu que la formation doit investir.

3.2. L'infirmière un leadership des pratiques soignantes

Le corps infirmier doit prendre une nouvelle place dans le monde de la recherche et dans le développement d'un savoir propre à la discipline. En effet, l'évolution du contexte de santé demande une nouvelle infirmière capable de proposer de nouvelles façons de penser la nature des soins infirmiers. Pour relever les défis de demain, l'infirmière va devoir investir un nouveau rôle sur le terrain et se positionner comme un leadership des pratiques soignantes. Comme le stipule le CII (International Council of Nurses) lors d'une étude en 2006 renforcée par les qualifications de Dublin, les pratiques avancées sont là pour réfléchir et interroger les pratiques à des fins d'équité et d'efficience afin de répondre aux besoins actuels et futurs du secteurs de la santé et de la formation infirmière.

En prenant une place dans la recherche, l'infirmière devient un maillon du processus décisionnel. La constitution d'une base de données reconnue scientifiquement permettra d'asseoir une place de pivot notamment dans différents secteurs comme dans le champ des actions de prévention, dans le champ des actions d'éducation thérapeutique, voir dans le champ des orientations de la santé. Tous ces domaines concernent son secteur d'exercice professionnel et renforce ses attributs professionnels. De nombreux rapports internationaux reconnaissent à l'infirmière une place comme coordinatrice des soins notamment dans le champ de la santé publique et des pratiques à domicile. Ce poste central, à la croisé des métiers du soin donne à l'infirmière une place incontournable dans l'organisation des interventions pluridisciplinaires comme le suggère la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Sur la scène internationale, la France est vraiment en retard par rapport à la place accordée à la recherche et à l'autonomie laissée aux infirmières. Plusieurs freins peuvent être envisagés. Dans un premier lieu, l'ensemble des infirmières et des cadres de santé ont du mal à affirmer et à prendre une place dans le système de santé. C'est une profession dont

l'histoire occupe encore aujourd'hui dans l'inconscient collectif un espace important. C'est un métier qui fait peu de bruit et qui agit pour le « bien » du patient et de la société. D'un autre côté, le corps médical continue à exercer « son pouvoir » afin de ne pas permettre l'émancipation du corps infirmier. Une pensée propre infirmière se basant sur des données probantes semble parfois inadmissible pour le corps médical. Mais la se trouve un autre débat dans lequel les politiques ont beaucoup de mal à se positionner. Le médecin garde son rôle de supervision de la pratique infirmière et a beaucoup de difficultés à lui laisser une autonomie, un jeu de pouvoir important s'exerçant de manière consciente ou inconsciente des deux côtés. Des avancées voient néanmoins le jour notamment avec la jeune génération médicale et soignante. Mais restons vigilant à l'heure de la création dans les universités des départements en santé.

Par ailleurs, grâce aux avancées européennes et internationales, la place de la recherche se développe avec par exemple les PHRI¹² (Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale), les PREPS¹³ (Programme de recherche sur la performance du système des soins) et les pratiques avancées. Néanmoins encore peu présente sur le sol français (Delamaire & Lafortune, 2010), les infirmières cliniciennes ou infirmières de pratiques avancées (IPA) analysent et gèrent des situations complexes de soins.

« Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée. » (Conseil International des Infirmières, 2008)

Ces soignants agissent essentiellement dans le champ de la santé primaire, de l'éducation thérapeutique, ou encore dans la coordination de parcours de soins notamment au niveau de la cancérologie ou de la transplantation. Leur rôle est multiple. Elles assurent le suivi des personnes, réalisent des consultations infirmières d'éducation, de conseil, coordonnent les différents acteurs de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques... En quelque sorte elles sont les interfaces et assurent les connections entre chaque partenaire. Elles sont positionnées comme un pilier de la coopération entre les différents professionnels facilitant l'accès à l'offre de soin aux patients. Différentes études réalisées dans plusieurs

¹² France. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRI, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0055.pdf

¹³ Idem.

pays montrent que les infirmières en pratiques avancées, avec une formation spécifique, assurent la même qualité de soins que les médecins. (Berland, 2003)

En croisant tous les éléments, nous voyons bien que nous sommes arrivés ici à un paradoxe que le corps infirmier/médical/gouvernemental va devoir questionner pour faire un choix et adapter la législation actuelle. Par ailleurs les pratiques avancées ne sont pas seulement là, comme certains le pensent ou le craignent, pour permettre aux infirmiers de réaliser des actes médicaux (article 51 de la loi HPST sur le protocole de coopération), mais aussi et surtout de valoriser une nouvelle expertise axée sur le « prendre soin » et non sur l'aspect technique. Pour cela l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé pose les bases de nouveaux axes de travail qu'il faudra clarifier par des décrets d'application. La mise en pratique sur le terrain reste complexe et demandera à chacun une adaptation et un respect du champ de compétences des différents acteurs.

3.3. Le robot au lit du malade

Le meilleur des mondes de Aldous Huxley (Huxley, 1989) est à notre porte. Notre « clone digital » créé grâce à l'imagerie médicale (IRM/scanner) permet aux chirurgiens de s'exercer avant de pratiquer la « vraie » opération en étant assisté par ordinateur. Fini les films de sciences fictions, une ère nouvelle est née. Les dilemmes auxquels le docteur Bruno Sachs (Winckler, 1998) est confronté vont pouvoir s'arrêter, la dimension humaine évoquée par Marie De Hennezel (De Hennezel, 1995) va prendre une nouvelle dimension. Place aux nano robots, aux robots et aux humanoïdes. Mais avant d'aller plus loin, arrêtons-nous quelques instants et posons-nous quelques questions :

Sommes-nous prêt à accepter une injection de nano robot (sorte d'araignée issue des nanotechnologies émergentes) dans votre système veineux et artériel, pour aller déboucher une artère ou encore défendre votre organisme contre l'agression de bacilles ?

Sommes-nous prêt à accueillir dans votre chambre ou chez nous Ri-Man, Roméo ou Zora des humanoïdes programmés pour dispenser des soins. Ri-Man à toutes les compétences d'une aide-soignante. Il soulève, détecte les odeurs, vous lave, vous lève. Il assure vos soins quotidiens à domicile comme à l'hôpital. Roméo lui est conçu comme une personne de compagnie pour assister les personnes âgées. Pour cela il parle, fait travailler la mémoire, suggère de prendre vos médicaments... Il réalise même une auscultation et alerte en cas d'urgence ou de chute. Zora elle stimule la rééducation et fait fureur chez les enfants qui l'a préfère à leurs thérapeutes. Alors....

Aujourd'hui en France, un des seuls obstacles est la politique nationale en faveur des métiers de service d'aide à la personne. Alors projetons-nous dans le futur, et ne pouvons-nous pas nous dire qu'au vu du vieillissement de la population mais aussi de la diminution (pour raison budgétaire) du personnel aide-soignant et infirmier qu'il est peut-être venu l'heure de souhaiter la bienvenue à tous ces humanoïdes pour nous assister dans nos actes de la vie quotidienne...

Le petit nouveau qui est déjà opérationnel et qui a un grand succès dans les hôpitaux américains est la télémédecine. En France comme à l'étranger elle permet de pallier aux déserts médicaux. Elle remplace le médecin et permet de poser un diagnostic. Le gouvernement français¹⁴ autorise cinq types d'utilisation : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance médicale, la télé assistance et la régulation médicale. Le déploiement de l'e-santé et le virage numérique se met tout doucement en place et semble répondre à des attentes.

La robotique a sa raison d'être. Au bloc opératoire comme dans les secteurs techniques son utilité n'est plus à démontrer et reste une plus-value inestimable pour assister l'homme dans ses actions. Mais jusqu'où est-on prêt à aller ? C'est une question à la fois sociétale mais aussi éthique à laquelle les générations présentes et futures devront répondre.

En formation, nous accueillons des étudiants qui vivent au rythme de la mondialisation entre Smartphone et tablette. L'espace informatique et numérique tient une place privilégiée dans leur vie quotidienne. La robotisation est ainsi une approche qu'il va falloir intégrer dans les dispositifs de formation. Aujourd'hui, ce sont de réelles questions éthiques sur lesquelles il faut prendre le temps de s'arrêter pour préparer la structuration de la pensée des futurs soignants. Il est intéressant de se demander s'il ne faut pas aller vers une pédagogie innovante basée sur le numérique.

Le contexte du monde du travail évolue et se modifie au fil des années. La formation ne doit pas rester en retrait et devancer d'une certaine manière ces changements. Comment les cadres de santé formateurs investissent ces innovations et préparent les étudiants au nouveau paysage professionnel ? Comment ces professionnels de la formation soignante accompagnent la transformation de l'expérience de stage en expérience d'apprentissage pour en faire un espace productif de connaissances mobilisables dans de nouvelles situations professionnelles par l'apprenant ? De la même manière comment les situations

¹⁴ France. Ministère des solidarités et de la santé. (2013). Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant. Récupéré de : <https://solidarites-sante.gouv.fr/.../telemedecine/article/la-telemedecine>

professionnelles sont construites, sont pensées, sont en lien avec l'activité humaine ? Voilà un des enjeux du monde de la formation pour demain.

Conclusion du chapitre 1

L'évolution des missions de l'hôpital et plus largement du système de santé permet d'envisager le profil du futur professionnel infirmier pour répondre aux besoins de santé de la population.

L'association d'un parcours de vie avec un parcours de soins devient une donnée à prendre en compte par tous les partenaires pour élaborer le chemin thérapeutique de l'usager. Les équipes pluriprofessionnelles constituées dans les secteurs intra et extra hospitalier ont un rôle de lien et de coordination à assurer. La collaboration de chaque professionnel va supposer la transmission de valeurs, la mise en commun d'une vision partagée des activités pour prodiguer des soins efficaces répondant aux normes de sécurité ou qualité et gestion des risques sont des maîtres mots. A ce titre l'infirmière, comme ses collègues doit exercer son raisonnement clinique afin de prendre des décisions en lien avec son champ de responsabilité. Dans ce cas, le soin infirmier n'est plus considéré comme une série d'actes à réaliser mais comme une pratique porteuse de sens où l'éthique, la recherche clinique et l'écoute des demandes du patient deviennent centrales. Nous sommes ici dans une approche singulière des situations. Dans ce cas les différents savoirs ne suffisent plus pour prendre une décision éclairée car l'acteur doit faire preuve d'intelligence du singulier. Le professionnel va donc regarder l'Autre dans son humanité en dispensant avec compétence des soins exemplaires référencés sur les données probantes. (Bayle, 2019)

Chapitre 2 : Les enjeux de la formation infirmière

« Il leur faudra se frotter à cette dure réalité de la complexité des situations humaines et découvrir les limites des techniques qu'ils ont apprises lors de leur formation. Aussi la formation initiale des futurs soignants doit-elle les inciter très tôt à toujours réfléchir, à penser autrement, à regarder sous un autre angle les situations cliniques, à se former à la réflexion éthique. »

(Patrick Sureau, 2013, p.114)

Chapitre 2 : Les enjeux de la formation infirmière pour le XXI^e siècle

Pour comprendre les enjeux que la formation initiale doit relever aujourd'hui, il est important d'inscrire le questionnement dans l'évolution historique de la formation infirmière. Le monde du travail est en constante mutation et le positionnement des professionnels accompagnant la formation par alternance demande à être interrogé. Pour cela, il nous semble difficile de comprendre les activités et les compétences des cadres de santé formateurs sans s'attarder sur les transformations de l'activité des soignants. En effet, les évolutions des programmes, en lien avec les modifications du contexte de soin, ont conduit les formateurs à questionner et à repenser leur ingénierie de formation. Par ailleurs, précisons que la fonction d'infirmière est une étape incontournable dans la carrière du cadre de santé. Cette expérience professionnelle va venir enrichir son regard sur les situations de soins et apporter une certaine lecture du monde professionnel mettant ainsi une empreinte sur ses modes de fonctionnement. Nous faisons l'hypothèse que ce savoir expérientiel va venir influencer les choix pédagogiques et personnaliser d'une certaine manière la vision du profil du jeune professionnel attendu.

1. L'évolution de la profession d'infirmière : les traces de l'histoire

Il faut remonter au 13^{ème} siècle (1288) pour trouver l'apparition du mot « infirmier ». A cette époque, l'acte de soigner est totalement bénévole. L'infirmière est prise en charge par la structure qui l'emploie. Le soin n'a aucune valeur économique, et représente seulement une valeur culturelle. La mission de l'hôpital est marquée par l'accueil des pauvres et des marginaux. Puis, progressivement le besoin de formation se fait sentir. En 1633, Saint-Vincent-de-Paul crée la première forme d'école (la Compagnie des Filles de la Charité) qui repose essentiellement sur des principes de moralité et des principes religieux. Les

infirmières ont un rôle purement d'exécutantes. Elles doivent soumission et obéissance aux médecins. L'abnégation et le dévouement aux malades sont attendus sans réserve. La formation se déroule au contact direct du patient. Puis progressivement, les religieuses deviennent des garde-malades. Elles doivent posséder des qualités pour entourer, aider et écouter les patients. Nous retrouvons les stigmates d'une première expression du rôle propre infirmier qui se dessine ainsi vers le 18^{ème} siècle ?

La guerre de Crimée (1854-1855) transforme l'organisation des secours. Sous l'impulsion des infirmières militaires, un premier centre de formation est créé dans l'hôpital. La formation dure un an et les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain. En 1878, inspiré par le modèle anglo-saxon, le docteur M. Bourneville, crée les écoles municipales d'infirmières ainsi que les écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre. Le but est d'assurer un meilleur recrutement hospitalier et remplacer le personnel par des professionnels instruits. En effet, les médecins estiment que les religieuses ne sont pas assez efficaces : elles sont trop ignorantes et trop prisonnières d'habitudes surannées. (Knibiehler, 1984, p.44). L'enseignement se met en place et dure alors un an avec 7 cours dispensés par des médecins (anatomie - physiologie, pansement, hygiène...). En 1882 les écoles d'infirmières publiques et laïques ouvrent. Les études durent deux ans avec 8 heures de cours par mois en première année et 12 heures en deuxième année. Les stagiaires sont en service de 6 heures à 21 heures avec un jour de congé par mois.

Le monde hospitalier se transforme et devient un lieu certes d'accueil mais surtout un espace avec une mission thérapeutique. Ainsi, « pour cette mission, l'hôpital veut recruter un personnel plus compétent, et dont les activités domestiques seront remodelées au service de l'hygiène. Le corps médical souhaite s'entourer d'auxiliaires, féminines de préférence, formées de telle sorte qu'elles sachent seconder l'action thérapeutique sans jamais empiéter sur le pouvoir du médecin. » (Ibid., p.47-48). Du personnel hospitalier est rapidement formé et l'Assistance Publique (AP) décide d'ouvrir ses propres écoles d'infirmières. « Pour gouverner ces jeunes filles (...) qui sont immédiatement intégrées à l'AP et rémunérées, on met au point un règlement intérieur strict et des programmes, alternant cours théoriques le matin et applications l'après-midi au chevet des malades, sous la direction de monitrices. Les cours traitent d'anatomie, physiologie, hygiène, pharmacie, soins spécialisés, d'administration, cours d'électrothérapie et radiologie, mais aussi de cuisine et de service domestique. Les deux années d'études sont sanctionnées par un examen et la délivrance d'un brevet d'infirmière » (Leroux-Hugon, 1987, p.59). La législation suit cette évolution en rendant obligatoire en 1893 la création d'écoles d'infirmières.

Puis, la première définition de l'infirmière entre dans la loi par la circulaire de 1902. La profession évolue jusqu'en 1914 avec la création de manuels décrivant les formes codifiées du travail infirmier. Les tâches se précisent, « la propreté est une des vertus essentielles de l'infirmière... Vous êtes là pour nourrir (le malade), le soigner et le panser, le laver avec patience, avec précaution, avec délicatesse comme si vous étiez sa mère ou sa sœur... » (Ibid., p.60). L'infirmière développe au fil du temps des compétences nouvelles et respectant des actes précis.

De 1955 à 1972, la formation se déroule sur 2 ans et comprend 120 heures de cours théoriques. Généralement, les élèves sont en stage le matin et en cours l'après-midi. Ces derniers ont la responsabilité de certaines chambres et se forment en situation de travail, essentiellement sur un modèle de reproduction. En 1972 une nouvelle réforme des études augmente le temps de formation à 28 mois. Ce programme instaure un tronc commun entre la formation d'infirmier en psychiatrie et en soins généraux. Les soins sont recentrés autour du concept de soin avec une dimension technique, éducative et psychologique. La responsabilité occupe une place importante ainsi qu'une approche globale de la prise en charge des soins des patients. Le stage reste encore un moment centré sur le « savoir-faire », orienté du côté technique et médical. Les élèves sont appréciés pour leur rentabilité, leur rapidité et leur reproduction des habitudes. Les actes techniques de soins suivent les progrès de la médecine. Le corps infirmier essaie de « contourner le problème de leur subordination à la profession médicale en élaborant une stratégie de professionnalisation avec la délimitation d'un champ d'exercice autonome placé hors de la responsabilité médicale, et désigné dans les textes officiels sous le terme de « rôle propre » ». (Bourret, 2006, p.35). Un savoir infirmier spécifique se développe afin de répondre aux nouvelles pratiques thérapeutiques. Deux axes complémentaires vont se croiser associant des savoirs issus de la médecine (cure) et des savoirs issus des sciences humaines (care).

Le nouveau programme de 1979, (33 mois d'études avec 1776 heures d'enseignement théorique et 2360 heures d'enseignement pratique), instaure une année commune entre la formation d'infirmier en psychiatrie et en soins généraux. La planification des stages ainsi que l'organisation préparent les élèves à être conformes à l'attendu du monde hospitalier. Les stagiaires sont souvent mis en poste et remplacent du personnel. L'apprentissage est essentiellement basé sur la reproduction de gestes professionnels. L'élève doit être rapidement rentable et efficace. Parallèlement les textes législatifs évoluent par rapport à l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier (loi 1978), puis des actes professionnels (15 mars 1993, 11 février 2002 et 29 juillet 2004) et des règles professionnelles (16 février 1993, 29 juillet 2004). Les relations de travail tendent à instaurer

une relation de collaboration entre les différents professionnels de la santé avec un domaine de compétences propre à chacun.

Le soin définit progressivement le rôle de l'infirmière, car « tel est le soin infirmier, composé d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de « petites choses » qui offrent la possibilité de témoigner d'une « grande attention » à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée ». (Hesbeen, 1997, p.45). L'infirmière développe un raisonnement qui lui est spécifique et qui est basé sur un modèle conceptuel infirmier le tout dans une dimension holistique de la santé. « Cette spécificité infirmière se traduit par deux types d'intervention : des actes de soins que l'infirmière est habilitée à accomplir sur prescription médicale ; des actes de soins relevant de son rôle propre. Elle identifie alors les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre des actions et les évalue ». (Accart et Pasty, 1995, p.25). Les secteurs d'activité sont très diverses et demandent des compétences techniques, relationnelles et/ou éducatives différentes. Le côté relationnel est souvent mis en avant. « Beaucoup le regardent comme la dimension spécifique du travail infirmier, alors même que le caractère technique de leur activité tend, dans les faits, à s'accroître ». (Saliba, Bon-Saliba, Ouvry-Vial, 1993, p. 83). Les programmes de formation évoluent pour permettre aux enseignants de prendre en compte cette vision du soin. La programmation des interventions infirmières pour chaque malade est enseignée dans une logique de prise en charge personnalisée. Cette démarche « vise à ordonner les étapes du processus de soins et à offrir, aux soignants et surtout aux enseignantes, un cadre conceptuel qui permette d'aborder le soin infirmier – y compris dans ses aspects techniques – à travers une « prise en charge globale » du malade ». (Ibid., p.84). L'infirmière développe ainsi un champ d'activité autonome engageant leur responsabilité. L'analyse de la situation de la personne soignée, de son contexte de vie, met en avant la nécessité d'une démarche, pour co-construire le chemin du soin, avec une personne.

1992, nouvelle réforme de la formation avec une unification entre les deux filières (psychiatrie et soins généraux), dans un programme unique d'études conduisant à la formation et au diplôme unique. Ce nouveau programme augmente le temps de formation à 4760 heures réparties en 2240 heures pour des cours théoriques et 2380 pour la pratique clinique (soit 3 ans et 3 mois). Le programme des études a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques seront les suivantes :

- un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation,

- un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité,
- un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.

Des principes pédagogiques viennent enrichir ce préambule. Ainsi l'élève doit développer une faculté d'adaptation, de créativité. Son sens des responsabilités doit lui permettre d'élaborer son projet professionnel. L'accent est mis sur la réalisation d'une pédagogie active privilégiant le questionnement. Petit à petit le formé devient « acteur » de son projet de formation. Le profil de l'apprenant en fin de formation se modifie. Les professionnels attendent de lui qu'il parvienne dans des situations complexes de soins à utiliser ses acquis. Par ailleurs la variabilité des parcours de stage lui donne certes une ouverture sur l'exercice professionnel, mais ne forme plus à un exercice purement hospitalier. Il est à noter que l'apprentissage des soins infirmiers a évolué vers un enseignement théorique dispensé par des formateurs en IFSI et un apprentissage clinique dont l'encadrement est pris en charge par les soignants.

De plus, différentes recherches internationales menées notamment par le CII¹⁵ mettent en avant un décalage entre les formations initiales dispensées et les besoins sur le terrain. Il est précisé que l'écart entre les apports théoriques et les apports pratiques se creusent au fil du temps. Le séquençage des activités d'apprentissage ne correspond plus au profil du jeune professionnel attendu. De plus, il est relevé un manque de clarté et de collaboration sur les activités de formation pratiquées et ceci sur tous les espaces d'apprentissage. Plusieurs pistes de solutions sont ainsi envisagées pour faire évoluer le dispositif comme par exemple :

- Une meilleure intégration et articulation de la théorie et de la pratique,
- Un programme d'étude innovant permettant un séquençage plus rationnel des activités théorico-pratiques,
- La création de postes conjoints entre l'espace éducatif et l'espace professionnel,
- La création de mesure invitant les enseignants et les professionnels à s'impliquer conjointement dans une articulation théorico-pratique.

¹⁵ CII : International Council of Nurses

Le référentiel français de 2009¹⁶, apportera peut-être de nouvelles pistes de solution à envisager et à investir pour la suite des évolutions de la formation des professionnels infirmiers.

2. 2009 : un nouveau paradigme de formation

L'arrêté du 31 juillet 2009 modifié¹⁷ marque un nouveau virage dans les curriculums de la formation infirmière. De nouvelles orientations pédagogiques en lien avec les évolutions de la société et du système de santé français viennent modifier le paysage de l'ingénierie de formation.

Le texte précise les finalités de la formation en stipulant que : « le référentiel de formation infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements »¹⁸. Les principes pédagogiques viennent enrichir ces premières données en précisant que :

- Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.
- Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.
- La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :
 - o « comprendre », l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations,
 - o « agir », l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action,
 - o « transférer », l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

¹⁶ France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au Diplôme d'Etat infirmier*. Récupéré de :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

¹⁷ France. Ministère des affaires sociales et de la santé. (2014). *Arrêté du 26 septembre 2014, modifiant l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier*. Récupéré de :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029527714>

¹⁸ France. Ministère de la santé et des sports. (2009)., *Annexe III référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf.

- Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.
- Le parcours de formation tiens compte de la progression de chaque étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant qui construit son cheminement vers la professionnalisation »¹⁹.

Le terme d'étudiant remplace celui d'élève infirmier et celui d'Institut de Formation en Soins Infirmiers se substitue au terme d'école d'infirmières. L'arrêté du 8 janvier 2002²⁰, avec une version consolidée le 14 mai 2015, stipule que le diplôme d'Etat d'infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licence de sciences de l'éducation. L'entrée dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat) ouvre de nouvelles perspectives notamment dans le champ de la recherche mais lance un nouveau défi aux directeurs de soins des instituts de formation comme aux cadres de santé formateurs. De nouveaux partenariats sont à élaborer sur le territoire notamment par le biais des Groupement de coopération sanitaire (GCS). Le décret du 23 septembre 2010²¹ précise les modalités d'obtention de la délivrance du grade licence. Des conventions se signent, des partenariats se construisent entre l'université et les IFSI.²²

« L'universitarisation a introduit de nouvelles formes de coopération entre les acteurs et les a contraints à modifier la conception de leurs pratiques et échanges professionnels alors même que tout diffère entre les IFSI et l'université, hormis l'intérêt de communiquer pour former » (Noël-Hureau, 2015, p. 3).

L'enjeu de taille et mobilise l'ensemble des acteurs dans une période d'incertitude. La mesure 13 de la Grande conférence de la santé stipule l'intention de « confier – à moyen terme – aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales » (Ministère des affaires sociales, des solidarités et de la santé, 2016, p. 12). Des réflexions et des dispositifs expérimentaux s'engagent notamment sur certaines unités d'enseignements mais ce partenariat universitaire ne doit pas se réaliser « au détriment des enseignements que pourraient porter des formatrices, professionnelles expérimentées et soucieuses d'une

¹⁹ Idem.

²⁰ France- Arrêté du 8 janvier 2002 relatif aux diplômes d'Etat préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale donnant accès de plein droit à certains diplômes nationaux de licence. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000409833>

²¹ France. Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022851331&...>

²² IFSI lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers.

certaine démarche pédagogique et d'un idéal de métier » (Triby, 2010). Il devient essentiel d'élaborer des ingénieries de formation alliant des préceptes didactiques et évaluatifs en incluant à la fois une logique universitaire et une logique professionnalisante (Boissart, 2017, p.7).

Le référentiel de formation emprunte un chemin de construction enclin avec le modèle socioconstructiviste mais sa structure reste très prescriptive. Cet état de fait constitue un paradoxe mettant en insécurité les équipes pédagogiques. C'est pourquoi, ces dernières vont devoir définir et articuler les exigences de chacun des acteurs du pôle politico-économique en lien avec les aspirations du marché, afin de clarifier les attendus du métier d'infirmier. La construction d'une assise disciplinaire avec le développement de la recherche infirmière sera peut-être une réponse pour faire progresser la réflexion ainsi que les enjeux des sciences infirmières.

Cette réforme de la formation des étudiants en soins infirmiers place la notion de compétence professionnelle au cœur du dispositif pédagogique. L'analyse de l'activité devient une ressource privilégiée pour concevoir et organiser les séquences d'apprentissage.

Mais entrer dans cette logique de compétence demande de se recentrer sur son activité de cadre de santé formateur et de s'interroger sur les attentes des apprenants ainsi que sur l'évolution du contexte socio-économique du système de santé. Vu sous cet angle, la logique compétence va se fonder sur l'activité en utilisant les connaissances comme une ressource au même titre que le savoir expérientiel. (Bayle, 2013a, p.137).

La formation infirmière est une formation en alternance. Ce dispositif place de ce fait le monde du travail au centre de l'apprentissage des futurs professionnels. Or dans l'exercice professionnel, apprendre ne part pas nécessairement des savoirs mais c'est plutôt « apprendre à agir de façon durablement efficace » (Samurçay, Pastré, 2004). Pour cela la formation va être orchestrée « autour de situations représentatives du métier » (Pastré, 2004a) mettant dans ce cas la situation au centre du dispositif d'apprentissage. C'est elle qui va interpeller les problèmes posés. Mais quand est-il réellement sur le terrain de la formation ? Les cadres de santé formateurs ont-ils aménagé de nouveaux espaces pédagogiques autour de l'approche situationnel ? La didactique des disciplines occupent-elles encore une place privilégiée ? En d'autre terme qu'elle est le statut du savoir dans cette formation initial et professionnel ? Les formateurs allient-ils savoir d'action et cohérence de sens ?

2.1. Un nouveau statut au savoir

Jusqu' alors les dispositifs de formations étaient axés autour de l'enseignement des savoirs de référence du métier. Les connaissances à transmettre constituaient un des éléments fondamentaux de l'activité des enseignants. Les évaluations étaient construites autour de la vérification des savoirs acquis et mobilisés pour répondre au contrôle proposé. Aujourd'hui, le référentiel de 2009 part d'un postulat différent, celui de la compétence. Les savoirs disciplinaires sont toujours présents mais sont investis et mobilisés pour atteindre une autre finalité : celle de former un professionnel opérationnel, efficient, autonome et responsable. Les savoirs et les ressources vont être mobilisés *en, dans et sur* l'action de travail dans une situation professionnelle. Plusieurs champs vont être convoqués afin de répondre avec compétence à la problématique de soin posé.

Le savoir est toujours indispensable mais prend un autre statut. En effet, « pour apprendre des situations, il faut aussi disposer de savoirs, même si l'assimilation de ces savoirs est une condition nécessaire, mais non suffisante pour la maîtrise des situations » (Pastré, 2004a, p.5). Les cadres de santé formateurs vont devoir mobiliser deux approches. D'un côté les savoirs sur la pratique issus du champ de la recherche, du discours scientifique faisant référence à des savoirs homologués et de l'autre les connaissances issues de la pratique, de l'expérience en lien avec les savoir-faire, les procédures, les techniques. (Habboub, Lenoir, Desjardins, 2012, p.31). La didactique professionnelle regarde l'apprentissage du point de vue de l'activité. Ainsi, tous les éléments qui composent la situation sont analysés et ceci au même titre que la connaissance. Nous voyons bien que la didactique professionnelle n'aborde pas l'apprentissage sous le même angle que la logique des didactiques des disciplines. Dans ce cas la formation n'est plus managée autour d'un corpus de connaissances. Le rapport élève/savoir/enseignant décrit dans le triangle pédagogique (Houssaye, 1992, p.41) ne raisonne plus de la même manière. Ici la situation pédagogique va s'articuler autour de l'activité et de l'individu.

Au regard d'une situation, la didactique professionnelle va observer et analyser la manière dont se « construisent, se déconstruisent et se reconstruisent les compétences professionnelles d'un opérateur » (Pastré, 2004b).

Ainsi, le référentiel de 2009, demande aux équipes pédagogiques de modifier leur ingénierie de formation et de l'inscrire dans un paradigme différent. Trois champs pédagogiques ont particulièrement retenus notre attention : la notion de situation, l'analyse des pratiques professionnelles et la réflexivité et pour finir le tutorat. Ces thématiques viennent apporter une plus-value à la formation professionnelle dans une approche par compétences. Elles

vont permettre de questionner les conceptions de l'apprentissage ainsi que les modèles de conception de l'action de formation.

2.2. La situation comme principe organisateur de l'apprentissage

Préparer les futurs professionnels de demain à l'exercice d'un métier demande d'analyser le travail d'aujourd'hui et de se projeter dans l'avenir. Force est de constater que

« les jeunes infirmiers... se trouvent d'emblée confrontés à un ensemble de situations de soins complexes à leur entrée dans le métier. Actuellement, ils rencontrent parfois des difficultés à affronter et résoudre ces situations, dans un contexte où ils sont souvent seuls à devoir déterminer le comportement à adopter ». (Coudray et Gay, 2009, p. 39).

Ainsi, un des changements majeurs du référentiel de formation de 2009 est la structuration du programme de formation autour du terme compétence. Cette notion est abordée sous différents aspects. Le texte parle d'acquisition et/ou de développement de compétence, parfois mais rarement, de progression dans l'acquisition des compétences professionnelles. Il est à noter qu'au terme compétence et rapidement associé la notion de situation, ce qui paraît un incontournable pour envisager le développement de ces dernières. Ainsi, une modification entreprise par les équipes pédagogiques a été de structurer l'apprentissage autour de situation d'apprentissage émanant soit du contexte de vie des apprenants, soit du contexte professionnel.

La compétence est souvent vue comme « une capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas ». (Perrenoud, 1997, p. 7). Ce qui est important est la manière dont l'individu va mobiliser, utiliser, puis intégrer son savoir. Comment va-t-il penser, réfléchir, voir, agir dans différentes situations ? Comment face à une situation, va-t-il mettre en relation les paramètres d'un contexte avec les connaissances qu'il possède déjà, et donc les utiliser à bon escient. Ainsi « l'apprentissage par situations débouche non pas sur des savoirs, mais sur des compétences » (Rey, 2011, p. 36).

Mais pour construire des compétences, il faut du temps, une méthodologie, ainsi que l'orchestration « d'un ensemble de schèmes » (Perrenoud, 1997, p. 30). Face à une situation, il sera nécessaire de mettre en interrelation plusieurs schèmes (schèmes de perception, de pensée, d'action...). Ces schèmes doivent être travaillés en amont par le biais de la formation afin de pouvoir être mis en musique le plus précisément possible lors de situation professionnelle.

La didactique professionnelle « développe une ingénierie de formation centrée sur une « intelligibilité » de l'activité des opérateurs, moins sur la prescription du travail, et sur les processus de transformation des activités humaines et situées » (Guibert, 2009, p. 107).

Cette approche nous permet d'enrichir ce premier constat en précisant que la compétence n'est pas dissociable de l'activité. Il y a un lien très fort avec la personne qui agit. L'individu prend alors une place centrale au regard de son activité d'apprentissage ou de son activité professionnelle. La didactique professionnelle va ainsi s'intéresser à la manière dont les compétences « se construisent et se développent dans et par le travail » (Pastré, 1999).

Le monde de la formation et le monde du travail deviennent des lieux d'apprentissage grâce à la variabilité des situations proposées aux apprenants. « La situation constitue à la fois le support, le lieu d'émergence et ce qui donne sens au problème à traiter ». (Pastré, 1999, p. 28). La compétence forme donc un couple inséparable de l'activité. Elle ne peut être appréhendée qu'au regard des situations dans lesquelles elle s'exprime.

Tout doucement se croise deux approches distinctes et complémentaires de l'apprentissage, d'un côté un modèle cognitif et de l'autre un modèle opératif, ou une troisième version construite autour d'un dispositif qui permettrait à chacun de ces deux modèles de s'étayer l'un et l'autre. En d'autres termes, il revient de se demander, comme le suggère Brousseau, s'il n'est pas plus pertinent d'opter pour un apprentissage par transmission ou un apprentissage par construction ? Quelle posture les cadres de santé formateurs ont-ils choisi d'investir ? Y-a-t-il une cohérence dans la sélection des concepts organisateurs qui précise la situation analysée et le dispositif pédagogique construit ?

L'approche situationnelle demande de s'interroger sur la conception de l'apprentissage. En effet, comme le signale Rey (2011, p. 35)

« la situation est entre deux conceptions de l'apprentissage. L'une consiste à présenter à l'élève un savoir, sous la forme d'un discours explicite, et à penser qu'il apprend par l'écoute ou la lecture de ce discours. Dans ce cas c'est l'enseignant qui apporte le savoir. L'autre consiste à mettre l'élève dans une situation et à penser que c'est sa propre action dans cette situation qui le conduira à apprendre. L'enseignant est l'organisateur de situations. » (Rey, 2011, p.35).

Généralement il est admis que nous allons à l'école pour apprendre. Apprendre des savoirs, des gestes, des procédures, des principes organisateurs de la pratique (Bru, 2011). Le plus souvent le maître est là pour nous enseigner, nous faire « passer » un contenu décliné dans le programme de formation. Majoritairement l'apprentissage est centré sur un objet qui s'appelle connaissance, savoirs. L'activité d'apprentissage est donc peu lisible. Dès que nous parlons de compétences, ce modèle montre rapidement ses limites, car un personnage important a souvent été oublié : l'apprenant et son identité. Ainsi « le développement des compétences, se réfère à une personne, un sujet et vise sa capacité à croître ses capacités et ses facultés d'analyse, de synthèse et de problématisation. Le développement ne donne pas lieu à un savoir. » (Pastré, 2002). Ici l'acteur est le point central. C'est de lui et par lui que la dynamique de l'apprentissage va se mettre en œuvre.

Nous pouvons nous demander quelles sont les intentions pédagogiques du cadre de santé formateur. De la phase de conception à la phase de réalisation, quelle place va prendre le savoir, la situation d'apprentissage ainsi que l'acteur apprenant ? L'observation d'un cadre de santé formateur lors d'une séquence pédagogique sera peut-être un espace révélateur des intentions pédagogiques développées.

Par ailleurs,

« L'action est unique, irréversible et inattendue. Une deuxième fois, on saurait s'y prendre. Mais rien n'arrive une deuxième fois. Chaque événement se produit à un instant précis, dans un lieu précis, en relation avec une personne précise – une seule fois uniquement. » (Myftiu, 2006, p. 192)

Alors devant cette unicité situationnelle au regard de la personne soignée, mais aussi au regard de la multitude des situations de soins rencontrées, dans le même champ d'intervention infirmière n'y a-t-il pas un palier supplémentaire pour développer ses compétences ? Prendre le temps de réfléchir en, dans mais aussi à distance de l'action effectuée n'est-il pas un plus pour interroger et faire évoluer sa pratique de demain.

2.3. La mise en mots de l'action.

Toute action professionnelle complexe, résulte d'un raisonnement clinique, amenant à la prise d'une décision, émanant d'une réflexion dans l'action. Les connaissances ainsi que les compétences sur lesquels s'appuient cette réflexion ne viennent pas que des savoirs savants, codifiés mais tiennent compte des savoirs tacites, voir expérientiels construits par les praticiens eux-mêmes et ceci à posteriori de leurs actions. (Schön) Il y a une articulation théorico-pratico-théorique qui se met en œuvre dans, puis, en dehors de l'action effectuée.

Pour développer les différents axes de sa compétence professionnelle il ne suffit pas d'apprendre pour agir puis d'agir en action pour comprendre. Une dimension supplémentaire semble indispensable et concerne un nouvel axe de l'apprentissage. En effet, revenir sur une situation vécue « loin du feu de l'action » et se « repasser les images » pour essayer de comprendre le cours des événements va permettre à l'acteur de prendre conscience des choix entrepris. Cette dimension supplémentaire articule le monde du réel avec les aspects théoriques. L'écriture ou la verbalisation de ses modes de pensée va permettre une prise de recul et faciliter la mise en perspective des évolutions possible au regard de la situation questionnée.

Le portfolio est un des outils mis à disposition de l'étudiant. Ce compagnon réflexif inscrit l'apprenant dans une démarche de questionnement en lien avec l'analyse de ses pratiques professionnelles. L'étudiant affine sa lecture des situations ce qui l'entraîne progressivement vers une autorégulation de ses apprentissages en identifiant ses réels besoin de formation.

Ainsi, par la description et l'analyse de ses pratiques soignantes, l'étudiant donne un sens et une cohérence à la construction de sa posture professionnelle. Il s'approprie les codes du métier infirmier et devient capable de se situer par rapport aux exigences du métier. (Bayle, 2015)

Il est très difficile de réaliser ce décodage seul. Ceci demande un accompagnement voir un guidage par un tiers extérieur. Le plus souvent dans les professions préparant aux métiers de la santé ce rôle est joué par le formateur référent de l'étudiant ou le tuteur de stage. Ceux-ci vont favoriser le questionnement et la prise de parole à la 1^{ère} personne. Un principe d'altérité et de confiance va les réunir voir les unir pour ce temps de formation.

Ici, l'étudiant va témoigner et donner à voir d'une pratique efficiente car les situations relatées vont prendre en compte des spécificités du métier comme la personne soignée, le contexte de soin, la collaboration et la coordination des différents acteurs d'une équipe pluridisciplinaire... Dans cette étape de la formation, c'est le métier qui est convoqué et ceci dans toutes les dimensions de l'activité.

L'étudiant est obligé d'écrire en nommant les faits de la situation. Cette forme d'écriture singulière permet de sortir de la gangue du vécu, des affects et ainsi facilite l'objectivation des situations et le contrôle de soi. Par cette activité d'écriture, le portfolio devient un outil de la pratique réflexive en permettant un retour différé, une mise à distance des décisions prises dans le feu de l'intervention. Il permet une analyse des pratiques soignantes, de sa pratique soignante. (Bayle, 2012a)

L'apprenant fait des liens entre les différentes tâches et activités spécifiques accomplis. Il questionne sa pratique soignante et témoigne des connaissances et des compétences construites dans le temps. Il montre et commente comment les activités sélectionnées ont été exploitées à des fins d'apprentissage tant sur le plan gestuel, qu'organisationnel, que de communication, que de relation avec le patient.

En fin de formation, l'apprenant réalise une synthèse articulée et réflexive des apprentissages réalisés à partir des situations développées dans les différents temps d'apprentissage.

Le portfolio comme support de la démarche réflexive permet à l'étudiant et au formateur qui l'accompagne de cheminer ensemble à partir des récits et des matériaux apportés par l'apprenant. C'est ce dernier qui va orienter les échanges à partir de ses questionnements et de ses interrogations sur les pratiques professionnelles. Les dilemmes vont s'exprimer, les choix d'action vont s'argumenter autour d'une verbalisation des codes de la profession. Ainsi

les savoirs professionnels se construisent et permettent à l'apprenant de prendre une posture en clin avec le métier préparé. (Bayle, 2015)

Ainsi, telle que le suggère Louise Lafortune, la démarche réflexive va se décomposer en deux parties une sur la pratique réflexive ou l'apprenant va poser un regard sur sa pratique professionnelle et une deuxième partie sur le processus de métacognition ou l'étudiant, va dans ce cas, s'arrêter sur son processus d'apprentissage. (Lafortune, 2012, p.36). Le cadre de santé formateur accompagne les deux axes notamment lors du suivi pédagogique mais également lors de l'analyse des situations professionnalisantes.

L'approche situationnelle développée dans la formation va venir compléter ce dispositif. Le fait que les cadres de santé formateurs construisent leur ingénierie de formation autour de « situations représentatives du métier » va enrichir et compléter cette approche réflexive en donnant aux futurs professionnels de nouveaux modes de lecture des situations soignantes.

2.4. La formation infirmière : une construction de sens dans l'alternance

La formation infirmière est une formation en alternance. Le travail soignant est donc une clé de voute de la transmission et du développement des compétences.

Au contact du milieu professionnel, l'étudiant en soins infirmiers découvre un nouveau monde, un autre groupe social dont il doit en percevoir et en décoder le langage afin d'intégrer ce nouvel environnement. Or partir en stage ne s'improvise pas. C'est l'occasion pour l'apprenant de découvrir les réalités des situations de travail, d'entrer en contact direct avec le monde professionnel. C'est un temps indispensable dans l'intégration des valeurs, de la culture soignante et dans la construction de l'identité professionnelle. « Pour construire leur identité professionnelle les individus doivent entrer dans les relations de travail, participer aux activités professionnelles dans des organisations et participer aux jeux des acteurs et de leurs groupes qui s'y développent » (Blin, 1997, p. 183). Nous sommes bien au-delà d'une forme d'apprentissage décrite par Giordan (1998), où le maître détient le savoir et en remplit l'élève. Nous retrouvons, par contre, un des concepts énoncés par Pastré où l'apprenant se forme *dans* et *par* le travail avec un processus de transmission de pratiques professionnelles. Avec un certain naturel, l'infirmière, tel un artisan va « transmettre oralement ses connaissances » en ayant « recours à la démonstration par le geste, à l'explication orale. » Elle emploie « donc dans sa mémoire propre et agit aussi sur la mémoire propre de l'apprenti » (Ballay, 2005, p. 75). L'apprenant devra déceler, faire des liens et « s'approprier les savoirs qui ne s'enseignent pas » (Geay, 1998, p. 164). Ainsi « la transmission est un art à cultiver qui donne un supplément d'âme à ce qui est dit, écrit, démontré » (Malaquin-Pavan et Beguin, 2002, p. 38).

Le référent de stage a pour mission d'organiser le parcours de stage et prévoir les situations de soins qui lui semblent les plus formatrices pour l'étudiant. Chaque circuit sera donc singulier. Ainsi « le tutorat ne vise pas à transmettre des connaissances (enseigner), mais à transmettre des pratiques professionnelles (former), donc à organiser le parcours initiatique, à repérer les situations de travail aux effets les plus formateurs » (Geay, 1998, p. 164).

Etre encadrant dans une formation en alternance demande donc de transmettre un « savoir professionnel ». Plusieurs auteurs s'attardent à le définir. Donald Schön le décompose en trois composantes :

- « la composante discipline sous-jacente ou science fondamentale sur laquelle s'appuie la pratique ou à partir de laquelle elle se développe ;
- la composante science appliquée ou génie à partir de laquelle sont élaborés plusieurs des processus diagnostiques quotidiens et des résolutions de problèmes ;
- la composante habileté et attitude qui se rapporte à la prestation concrète de services au client, avec utilisation du savoir de base sous-jacent et du savoir appliqué » (Schön, 1994, p. 48)

La pratique infirmière s'appuie sur des connaissances de bases qui viennent alimenter la résolution de problèmes quotidiens. Nous pourrions alors nous demander : comment les professionnels font-ils pour résoudre des problématiques de soins ? Comment font-ils pour penser et agir si vite en situation d'urgence ? Pourquoi un même pansement n'est-il pas reproduit à l'identique sur tous les patients ? L'infirmière doit faire de chaque situation de soins un acte personnalisé et adapté à un individu. Ainsi « l'apprentissage suppose un changement perpétuel de regard dans le sens d'une complexité d'autant plus grande que le réel des situations de soins dont la pratique rend compte est aussi infiniment complexe » (Boula, 2002, p. 30) Nous comprenons alors un peu mieux les enjeux qui se présentent tant aux professionnels qu'aux étudiants. Le professionnel n'est pas qu'un expert qui a réponse à tous les problèmes, (en matière de santé le plus possible quand même). Mais il faut regarder la problématique sous un autre angle et se dire qu'avant de résoudre un problème il est important de s'interroger sur ses causes. « La compétence professionnelle apparaît alors comme l'art de bien poser le problème et de le résoudre en direct. C'est une réflexion dans l'action ... » (Geay, 1998, p. 169). Le professionnel ouvre son sac magique constitué de « petits trucs » gagnés au fil de l'expérience et dont il est le seul détenteur. Ce sont ses secrets...Etre encadrant suppose de se sentir responsable de l'intégration du jeune dans le milieu de travail, mais aussi être un facilitateur pour le développement de compétences professionnelles. Certes apprenant et tuteur vont devoir s'accorder car chacun suit une logique de travail différente. L'étudiant est centré sur son apprentissage alors que le professionnel gère une logique de production. L'encadrant va devoir tenir ensemble et articuler la dimension de formation et la dimension de production.

Durant son stage, l'apprenant construit petit à petit son sens de l'activité, en mettant en lumière ses valeurs et son identité professionnelle. Il va mesurer les enjeux éthiques du quotidien et trouver sa place dans le collectif de travail. Pour l'accompagner différents acteurs vont jalonner son parcours. Chaque professionnel a la responsabilité de lui transmettre les codes de la profession. Ainsi du tuteur en passant par les professionnels de proximité, par le formateur référent de son suivi de stage et/ou pédagogique chacun va venir co-construire avec l'apprenant son parcours de formation.

Le référentiel a repositionné les rôles et les missions de chacun des acteurs de l'alternance. Des formations sur la fonction tutorale ainsi que des temps d'accompagnement des équipes de soins ont été organisés par différents organismes dont les instituts de formation en soins infirmiers. Force est de constater, qu'aujourd'hui encore, que le dispositif souhaité est insuffisamment déployé dans de nombreuses structures. Par ailleurs, les injonctions demandées au service de soins associés au manque de personnel font que l'encadrement des apprenants est souvent laissé de côté par manque de temps et de moyen. La logique de production a souvent pris le pas sur la logique de formation. Les règles des « bonnes pratiques professionnelles » se transmettent sur le tas sans de réelle explication. Le décodage des pratiques soignantes devient difficile et la lecture des situations de soins restent incompréhensibles voire peu lisibles. *Alors quel rôle peut jouer le cadre de santé formateur dans l'appropriation des codes de métier infirmier ? Comment accompagner la lecture des pratiques soignantes ? Comment construire un dispositif de formation cohérent avec les réalités du contexte hospitalier du XXIème siècle ? Quelles nouvelles missions le cadre de santé formateur doit-il investir pour accompagner l'étudiant dans le décodage des attendus du métier ? Comment le cadre de santé formateur va-t-il articuler les différents lieux de formation ? Voilà autant de questions à se poser pour accompagner les futurs professionnels vers la voie de la professionnalisation.*

3. L'articulation de l'offre de formation avec les besoins de santé de la population

Aujourd'hui, il faut viser une cohérence entre l'espace de la formation théorique et l'espace de la formation clinique, en favorisant ou en développant la collaboration entre les différents acteurs de l'éducation et des milieux de soin. Ensemble, ils pourront définir collectivement, le cadre et les axes de partenariat englobant une responsabilité partagée dans la formation initiale des futurs infirmiers et plus largement des futurs professionnels de santé.

De nouveaux enjeux voient le jour et demandent de prendre en compte différents paramètres. Ainsi aujourd'hui il est important de :

- Concilier les besoins de santé d'une population avec l'offre de formation,
- D'articuler l'offre de formation territoriale avec la qualité d'un dispositif pédagogique qui tient compte du public accueilli,
- Prendre en compte la diminution des effectifs infirmiers au regard des patients recensés,
- Connaitre le contexte européen du soin et du marché de l'emploi sanitaire,
- D'appréhender le dispositif LMD, et tisser des collaborations avec le milieu universitaire...

La prise en compte de ces différents paramètres nécessite de professionnaliser les modes de formation. Ceci va entraîner une évolution des compétences pédagogiques. Une mutualisation des moyens sera certainement nécessaire. De plus, un gain d'autonomie dans la gestion des dispositifs sera indispensable pour relever ce nouveau challenge. C'est un défi ambitieux que les structures de formation vont devoir prochainement relever.

3.1. Le niveau de formation gage d'une qualité des soins

Différentes recherches européennes et internationales publiées dans RN4 CAST (Sermeus, 2014) étudient les besoins en infirmières par rapport aux besoins de santé. Plusieurs paramètres sont pris en compte mesurant :

- le niveau de satisfaction de chaque acteur (personnes soignées et professionnels),
- La qualité des soins dispensés,
- La durée d'hospitalisation
- Le taux de mortalité...

Les résultats font ressortir quatre activités principales de l'exercice infirmier comme les soins de confort des patients (pour 58.7 %), la planification des soins, l'éducation thérapeutique des patients ainsi que l'hygiène. Parallèlement à ce constat les infirmières disent qu'elles n'ont pas assez de temps pour réaliser toutes ces activités et devancer les complications d'un patient ce qui entraîne une augmentation du taux de mortalité.

Les résultats montrent également qu'il y a une corrélation entre le niveau de qualification des infirmières et le taux de mortalité des patients. Ainsi, plus le niveau de qualification des infirmières est élevé (licence au moins), plus le taux de décès des personnes soignées diminue et ceci de manière significative. Par exemple si 60 % des infirmières ont un niveau licence pour pas plus de huit patients en prise en soins, le taux de mortalité est largement diminué.

Malheureusement, aujourd'hui, ces études sont peu connues et surtout peu prises en compte sur le territoire français. Pour des raisons économiques le plus souvent, le choix est fait de diminuer les effectifs infirmiers en augmentant fortement la charge de travail et donc en réduisant la sécurité des patients.

3.2. Une nouvelle posture à investir pour les cadres de santé formateurs

Les différentes évolutions du monde hospitalier ainsi que la réforme de la formation initiale des professions paramédicales ont eu des répercussions sur les divers métiers préparés. Ainsi, la profession d'infirmier (ère) n'est pas restée insensible à ces mutations, et elle a dû composer et s'adapter aux modifications du contexte de travail. En 2000, face à la conjoncture économique, aux départs en retraite, à la mise en place des 35 h 00, une augmentation des quotas de 8 000 places en formation infirmière s'opère. Cette augmentation s'effectue sans que personne ne pense à recenser les capacités d'accueil des terrains de stage. Ainsi « non seulement les professionnels sur les terrains souffrent d'un réel sous-effectif pour assurer la totalité des soins, mais il leur est rajouté toujours plus d'étudiants » (Durand, 2005, p. 3). Une réorganisation de la charge de travail, ainsi qu'une redistribution des rôles et des missions de chacun, au sein du service hospitalier sont donc incontournables.

De plus, le manque de personnels a progressivement entraîné une réorganisation des unités de soin. Chacun a dû recomposer son espace de travail en tenant compte des modifications économiques. Comme le souligne Carré « l'autonomie de travail devint une compétence clé dans tous les domaines de la vie professionnelle » (Carré, 2005, p. 36) C'est pourquoi, les compétences et les incompétences de chacun, jusqu'alors gérées en équipe de travail, deviennent une source de difficulté. Pour reprendre une expression de Bandura (2001) « ceux qui sont lents à changer seront vite perdus » (Bandura, 2001, p. 192). L'adaptation aux situations de travail et au contexte de soins devient une urgence pour tous. Un nouveau profil de soignant prend petit à petit forme.

Ainsi aujourd'hui, le jeune professionnel quand il arrive sur le terrain doit avoir dans « sa valise » un ensemble d'outils performants, adaptables aux différentes situations de soins qui vont se présenter à lui. La période d'encadrement dans son nouveau statut (passage d'étudiant à professionnel) est réduite à son minimum. Alors qu'il vient juste d'avoir « son permis de travailler », il va devoir « naviguer » dans sa « nouvelle » activité professionnelle. D'un certain point de vue, cela peut sembler paradoxal. En effet, nous pourrions nous dire que les étudiants viennent de suivre une formation en alternance de trois ans et qu'ils sont armés pour assumer les fonctions qui les attendent. Mais voilà.....Le changement de statut

les fait entrer dans un nouveau monde professionnel avec ses codes et ses modes de fonctionnement. De plus le cursus de stage, prévu par le programme de formation de 2009, a modifié le parcours de formation des étudiants sur le plan pratique. D'où une interrogation très forte des professionnels (soignants et formateurs) quant au niveau de compétences atteint par les étudiants en fin de formation. Un ensemble de questions surgissent : Comment accompagner les étudiants infirmiers dans la construction leur référentiel métier ? Y-a-t-il un genre professionnel à s'approprier ? Comment les faire entrer dans les codes de la profession ?

Parallèlement à ce constat, en 2006, l'OMS alerte suite à une étude sur la crise de la main d'œuvre de santé et souligne l'importance de l'enseignement des soins infirmiers. L'étude montre que le corps enseignant est vieillissant et qu'il y a un nombre insuffisant de professionnels formés dans le monde. Certains pays n'ont pas de quoi payer les professeurs. La pénurie du secteur de la formation contribue à une baisse générale de la qualité de la formation initiale. (Theraulaz, 2014).

Plus que jamais, les cadres de santé formateurs ont donc un rôle à jouer dans cette nouvelle cartographie de l'alternance. Une nouvelle posture est peut-être à envisager afin d'accompagner voire parfois de guider les formés et les professionnels vers un nouveau paradigme de formation. Les espaces d'apprentissage sont multiples et permettent à l'étudiant en soins infirmiers de développer les compétences du métier préparé. Pour cela, le travail du cadre de santé formateur va être de construire un dispositif permettant l'identification et l'articulation des ressources. Ainsi, la mise en pratique des situations apprenantes va faciliter le développement des savoirs expérientiels de l'apprenant, lui permettant d'atteindre d'une certaine manière sa professionnalisation.

Conclusion du chapitre 2

La structuration du métier d'infirmier s'est modifiée au fil de son histoire. Le référentiel de formation de 2009 a apporté le concept de compétence, demandant une structuration différente du dispositif de formation initiale. La réforme est appréhendée comme « une nouvelle approche de la formation infirmière, [...] une construction pédagogique qui permette réellement l'acquisition de compétences, pour mieux préparer à l'exercice du métier » (Coudray et Gay, 2009, p.39). Les cadres de santé formateurs se sont donc trouvés en première ligne pour repenser l'appareil de formation et proposer de nouvelles alternatives à l'apprentissage des codes du métier notamment par le biais de la construction de situations apprenantes.

La formation infirmière se trouve donc à un virage devant articuler la logique de professionnalisation et la logique universitaire pour former des praticiens autonomes responsables et réflexifs (Coudray et Gay, 2009 ; Lagadec, 2011) mettant leur raisonnement clinique au cœur de leur questionnement pour prendre des décisions éclairées.

« Il s'agit plutôt de viser le développement, par les acteurs des pratiques, d'une capacitation éthique qui leur permette de s'engager collectivement dans une redéfinition de leur agir professionnel et dans la production en contexte des compétences adaptées aux situations problématiques auxquelles ils ont à faire face » (Aiguier, Boitte et Cobbaut, 2012, p.17).

La mise en mots de l'action notamment par le biais des situations apprenantes devient un axe à privilégier dans la formation infirmière. Le développement de compétences ne peut être donc écarté du monde du travail. (Pastré, 1999 ; Rey, 2011 ; Durrive, 2015, Do, 2015, p.32). Les cadres de santé formateurs vont donc devoir construire des dispositifs de formation répondant à ces exigences.

Chapitre 3 : De soigner à former : une mission pour les cadres de santé formateurs

« Je n'aime pas l'expression devoir de mémoire. Le seul « devoir » c'est d'enseigner et de transmettre »

Simone Veil

Chapitre 3 : Les cadres de santé formateurs

Du métier de soignant au métier de cadre de santé, il y a un nouveau monde à investir qui ne va pas de soi. Ainsi les missions confiées aux cheftaines, aux surveillantes et aux monitrices ont suivi les évolutions du contexte hospitalier. Le cadre de santé va tenir une place particulière dans le système de soins. « Il tient à un savoir-faire particulier, permettant de faire travailler en équipe des personnes aux compétences et aux talents différents, d'ajuster les ressources humaines ou techniques dans des ensembles complexes. » (Karvar, Rouban, 2004, p.17) Le cadre de santé est une pièce maitresse du dispositif managérial des structures sanitaires-sociales ainsi que des instituts de formations en santé. Comme nous avons pu le montrer précédemment dans les défis du monde hospitalier du XXIème siècle ainsi que dans les enjeux de la formation infirmière, les acteurs sont confrontés à la complexité du contexte du soin avec un changement de paradigme tant dans la prise en soins des personnes soignées que dans l'ingénierie pédagogique des formations. Plus que jamais le cadre de santé devient un interlocuteur de proximité répondant aux demandes des différents partenaires, tout en prenant en compte les évolutions des pratiques pédagogiques et managériales.

1. De la cheftaine aux cadres de santé

Historiquement, c'est la hiérarchie ecclésiastique qui la première a mis en place le poste de supérieur dans les hôpitaux. Ainsi les religieuses assuraient « l'encadrement ». Deux modèles de supervision se dégagent en France.

En 1617, le premier modèle, prend naissance au sein de la congrégation des filles de la charité de Saint Vincent de Paul. Ces filles de la charité sont nommées les Sœurs cheftaines. Elles effectuent essentiellement des fonctions d'intendance. Elles ont pour mission la surveillance des infirmiers avec en parallèle un rôle de contrôle au niveau des

cuisines, des celliers, des buanderies et des lingeeries des structures sanitaires. Elles sont sous l'autorité d'une supérieure.

Le deuxième modèle se trouve au niveau des hôpitaux de Lyon. La collaboration entre le personnel religieux et les professionnels hospitaliers est une pierre d'angle de l'organisation. Marc Catanas stipule que dans chaque hôpital, un administrateur-directeur désignait les mères des novices choisies avec soin, pour diriger les salles de malades. La cheftaine des novices avait le rôle de surveiller, diriger et étudier les nouvelles venues et de tenir l'administration au courant de leur capacité à devenir de bonnes hospitalières. Au départ de la cheftaine, le médecin chef de service était consulté pour le recrutement de la suivante. (Catanas, 2008).

Vers la fin du XIXe siècle, la laïcisation des hôpitaux permet aux infirmières d'accéder tout doucement à un poste d'encadrement. Il faut alors, sept années d'expérience professionnelle. Mais le manque d'instruction des infirmières limite l'accès à cette fonction. Pour éviter l'absence de surveillantes, les hôpitaux font appel à « des personnes convenables, qu'après un stage de quelques mois qu'on nommait « surveillantes », sans qu'elles eussent été infirmières ». (Charles, 1979, p.77)

A la demande de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat, le diplôme supérieur d'infirmière hospitalière est en préparation avec le décret du 18 février 1938.²³ Malheureusement les événements historiques avec la déclaration de guerre arrêtent le projet. L'accessibilité au diplôme s'adressait à des infirmières de plus de 30 ans, ayant cinq ans d'exercice avec au moins trois ans dans un service hospitalier. Au cours de la seconde Guerre mondiale, le gouvernement de Vichy fait évoluer le décret de 1938 en créant une formation spécifique à l'enseignement. Il faut attendre le décret du 10 août 1942²⁴ pour voir le premier diplôme d'Etat moniteur. Mais le texte d'application ne verra jamais le jour. Il servira néanmoins de base à la rédaction du certificat de 1958. En attendant, le décret du 17 avril 1943²⁵, relatif aux hôpitaux et aux hospices, stipule que : « les surveillants et surveillantes dirigent des infirmiers et des infirmières et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades... Les agents du grade de surveillant sont chargés de fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification ». Les avancées médicales et technologiques permettent à l'ensemble du personnel soignant de développer

²³ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmier ou d'infirmière hospitalier et d'assistante du service social de l'Etat, JO 22 février 1938, n°2163.

²⁴ Décret n°2484 du 10 août 1942, JO du 30 septembre 1942, n° 3335.

²⁵ Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique France. Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

un savoir-faire plus efficient répondant aux besoins plus spécifiques de la population. Puis différents programmes de formation se succèdent²⁶ en adéquation avec les évolutions du contexte hospitalier. Chaque région possède petit à petit son école de cadres infirmiers comme le témoigne une lettre écrite par le professeur Karli :

« Un soir de l'automne 1960, Mgr Jules Billing... me téléphone et me dit : « j'ai décidé que Strasbourg serait la première ville de province à avoir une école de cadres d'Infirmières. Est-ce que vous acceptez de la mettre en place et de la diriger ? ». Surpris je lui réponds : « Monseigneur, vous vous êtes trompé de numéro. Vous savez que je suis un jeune maître de conférences de physiologie et un chercheur qui travaille sur la neurobiologie des comportements d'agression chez le rat. Je ne connais rien au rôle de l'infirmière ! » Lui de me répondre : « Je vous prends pour un type sérieux... et je suis sûr que, n'y connaissant rien, vous n'aurez aucun préjugé. Je vous laisse un an pour vous préparer à cette fonction ». (Potier, 2011).

Nous voyons bien par cet échange que les enjeux sont multiples et emprunts avec le contexte socio-politique de l'époque.

Le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) sont créés en 1958.²⁷ Puis le décret du 10 août 1966 précise les fonctions de surveillantes monitrices avec un renforcement de l'axe pédagogique, éducation et enseignement infirmier alors que les surveillantes de soins bénéficient de cours sur l'organisation et les relations humaines. La formation se modifie au grès des évolutions hospitalières. Il faut attendre le décret du 4 octobre 1975²⁸ pour voir une modification majeure avec la suppression du CAFIS et du CAFIM au bénéfice d'un certificat unique de cadre infirmier (CCI). Ce dernier réunit en un seul diplôme la mission d'administration des soins et la mission d'enseignement. La formation se déroule alors sur 9 mois en alternance. L'unification des deux filières permet d'articuler différemment la formation et facilite le développement des aspects pédagogiques et organisationnels au niveau des deux entités. Le métier de cadre fait ainsi son apparition. Puis, les restructurations des unités de soin associées aux modifications des contextes de travail, obligent les professionnels à développer l'interprofessionnalité pour traiter et analyser des situations de soin de plus en plus complexe. La loi hospitalière du 31 juillet 1991²⁹ permet l'accès en formation aux autres professions paramédicales. Le cadre occupe une nouvelle

²⁶ Arrêté du 22 août 1966, JO du 18 septembre 1966, modifié par les arrêtés du 20 mars 1969 et du 9 octobre 1975, relatif à l'agrément des écoles de cadres infirmiers, aux conditions d'admission, au programme et examen de fin d'études.

²⁷ France. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier(e), surveillant (e) Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000304228&...>

²⁸ France. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543>

²⁹ France. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

place dans la structure hospitalière. Il devient un acteur à part entière dans la gestion du service qu'il manage. Le décret du 18 août 1995³⁰ officialise le terme de cadre de santé. Les centres de formation deviennent alors des Instituts de Formation des Cadres de Santé. Un diplôme commun à l'ensemble des professionnels paramédicaux remplace tous les autres certificats cadres existant dans les différentes filières. La formation est ouverte à tous les professionnels paramédicaux justifiant de quatre années d'exercice professionnel. Ainsi, les cadres infirmiers chargés d'enseignement « sont responsables du projet pédagogique sur la base des programmes d'enseignement des soins infirmiers et du suivi pédagogique des étudiants. » (Dubois Fresney, Perrin, 1996, p.87)

Le décret du 31 janvier 2001³¹ crée un statut unique du corps des cadres de santé qui regroupe l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques. Il comprend le grade de cadre de santé ainsi que celui de cadre supérieur de santé. Les anciennes voies d'accès au grade de cadre de santé, en particulier celles accessibles par voie d'inscription au tableau des avancements, sont abrogées. Le texte stipule que l'encadrement nécessite l'acquisition d'outils qui ne s'improvisent pas et qui doivent être obtenus dans le champ de la formation. La fonction d'encadrement est conçue comme un nouveau métier et non plus comme une prolongation du métier d'infirmier. (Reinhardt, 2011).

Aujourd'hui, la formation de cadres de santé ne répond plus pleinement au contexte tant des formations initiales et continues qu'au secteur du soin. Un pré-projet a essayé de voir le jour en 2012³² mettant en lumière les métiers de cadre de santé à la fois en tant que responsable de secteur d'activités de soin que concernant le métier de formateur de professionnels de santé. Ainsi sept activités et huit compétences³³ sont déclinées pour les deux formations. Même si à ce jour ce projet de loi n'est pas opérationnel, il nous semble important de préciser les axes qui seront peut-être retenus dans le futur. Nous nous arrêterons seulement sur les compétences et les activités envisagés pour le cadre de santé formateur (trice) de professionnels de santé. En effet, même si le texte n'est pas officiellement en application plusieurs structures ou établissements utilisent déjà cette grille de lecture pour soit évaluer leurs agents, soit repenser leur ingénierie de formation. Par ailleurs, le référentiel de formation infirmière de 2009, forme déjà un nouveau profil de professionnel avec un grade

³⁰ France. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>

³¹ France. Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000592539>

³² Groupe de travail ministère des affaires sanitaires et de la santé – DGOS – décembre 2012. Diplôme de cadre de santé – référentiels d'activités et de compétences.

³³ Annexe 9

licence. Or à ce jour, il est à noter que la majorité des CSF³⁴ n'ont pas de titre universitaire. L'absence d'actualisation du référentiel de formation des cadres de santé peut les entrainer dans des difficultés managériales par manque de coordination dans les programmes de formation. Cela crée un décalage et surtout ne correspond plus à la réalité du monde du travail actuel. Certains pays européens ont construit un autre dispositif associant un corps d'enseignants-chercheurs infirmiers et des enseignants professionnels avec des statuts différents. La posture de bi-appartenant des formateurs est complexe sur le sol français et suscite de nombreux débats relayés au ministère dans le cadre de la mission Le Boulter (2018) et le projet d'universitarisation des professions paramédicales. Ces changements amènent à des transformations majeures dans les activités des CSF ou espoirs et incertitudes se mêlent.

En 2018, le réseau RésiDoc³⁵ (2018, non publié)³⁶ a répertorié 133 infirmières titulaires d'un doctorat (76) ou doctorantes (57) en France. Les filières scientifiques les plus prisées sont les sciences de l'éducation (54/27), la santé publique (25/11) et la sociologie (14/12)

En France les départements en sciences de la santé se structurent dans différentes universités donnant le jour à des départements en sciences infirmières. Des groupes de travail envisagent la mise en œuvre de la mesure 15 de la Grande Conférence de santé (GCS) demandant de « concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs paramédicaux pour les formations paramédicales ». L'enjeu ici est

« Le rapprochement entre les formations paramédicales et l'Université nécessite de constituer un vivier d'enseignants chercheurs paramédicaux, de façon à inscrire ces formations dans les standards justifiant la délivrance du grade ou du diplôme de master, à développer des capacités de recherche parmi les personnels paramédicaux et à constituer une filière complète en matière de formation et de recherche. » (Ministère des affaires sociales des solidarités et de la santé, GCS, Mesure 15, 2016, p.14).

Actuellement, l'état français préfère initier des expérimentations avec de légiférer en lien avec l'amendement n°2047 présenté par le gouvernement (**annexe 1**) plutôt que réaliser une refonte du référentiel de formation des cadres de santé qu'ils soient manager ou formateur. Néanmoins, le précise Michelle Lenoir-Salfati, l'Etat « s'interroge sur les activités des acteurs, sur les compétences à acquérir pour mener à bien ces activités et donc sur la formation permettant d'acquérir ces compétences" Aujourd'hui, le référentiel de formation

³⁴ Lire partout Cadres de Santé Formateurs

³⁵ RésiDoc est un réseau d'infirmier(e)s français(es) docteurs ou doctorants, créé en 2011, émanant de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Ses objectifs visent le développement des réflexions épistémologiques relatives aux soins infirmiers, et le développement d'un réseau de chercheurs en soins infirmiers.

³⁶ Daté du 2 mai 2018 ce recensement réalisé par le réseau RésiDoc, et communiqué au Ministère des solidarités et de la santé. Communication privée avec Ljiljana Jovic, présidente de RésiDoc, le 10 mai 2018.

des cadres de santé est essentiellement orienté vers des apprentissages en lien avec le management. Les futurs formateurs sont peu préparés à une mission pédagogique. C'est donc une fois en poste qu'ils développent leurs apprentissages en lien avec l'activité de formateur. Nous trouvons là un des axes développé par « la didactique professionnelle qui est née du souci de mettre l'accent sur l'analyse de l'activité constructive telle qu'elle se déploie dans l'activité productive » (Pastré, 2006, p. 111). De plus elle a pour but d'analyser le travail en vue de la formation des compétences. (Pastré, 2002) *Mais quelles sont celles qui sont spécifiques à l'activité des cadres de santé formateurs ? Quels sont les traits de la situation qui vont servir à guider l'action ? Quels sont les principes organisateurs de l'action ?* Par ailleurs des éléments de cette recherche apporteront peut être un éclairage pour la construction d'un curriculum de formation des futurs cadres formateurs.

2. Les dilemmes du cadre de santé formateur

Former n'est pas une activité comme les autres. C'est en quelque sorte aussi une caractéristique de l'existence des êtres humains. En effet, peut-on vraiment prétendre former quelqu'un à quelque chose ou n'est-ce pas plutôt une initiative individuelle de chaque sujet. Il devient, nous semble-t-il, difficile de séparer l'espace de la formation personnelle de celui de la formation professionnelle, ou en d'autre terme une pédagogique de l'être et de l'avoir. Surgit alors des tensions entre différents paramètres. Faut-il privilégier la normalisation et la standardisation des pratiques qui vont mettre en péril la culture de l'entraide et du soutien ? Faut-il orienter sa pédagogie autour de débats ne discutant que les solutions pour résoudre les effets d'un problème plus que le problème lui-même et ceci en laissant de côté l'incertain, les affects voir la part de l'humain ? Faut-il devenir hermétique aux situations de travail en dénigrant la complexité de l'existence ? Ou encore, faut-il rester sourd aux contraintes du travail en ne voyant que les dysfonctionnements en lieu et place des ajustements nécessaires ? Il paraît difficile, aujourd'hui, de ne pas s'arrêter sur certains de ces paradoxes.

S'engager sur le chemin de la formation n'est-ce pas connaître et surtout reconnaître l'implication de chacun, apprenants et formateurs, comme deux acteurs contribuant à la construction d'un sens de l'action ? Pour cela ensemble, ils vont rendre plus intelligibles les situations de formation avant de vouloir les rendre plus opérantes. Ainsi en acceptant de se laisser transformer par son travail et celui des autres les cadres de santé arriveront d'une certaine manière à se professionnaliser.

2.1. Les paradoxes du curriculum de formation et de l'acte former

Alors que les intentions pédagogiques du référentiel de formation infirmière de 2009, laissent présager un dispositif curriculaire ouvert et dynamique orientée vers une approche compétences, en lisant d'un peu plus près nous nous apercevons très vite qu'il n'en est rien. Le document légal est une succession de prescriptions préconisant les orientations et les modes d'évaluation du dispositif de formation. Néanmoins, une marge de manœuvre est possible donnant aux formateurs l'occasion de faire preuve d'innovation et de création pédagogique. C'est un espace que chacun des acteurs va investir de manière singulière en fonction peut-être de son savoir expérientiel dans la fonction.

Par ailleurs, le cadre de santé formateur va accorder différentes logiques en lien à la fois avec les attendus du métier d'infirmière, les attendus du référentiel de formation et du référentiel d'activités et l'image qu'il se fait du jeune professionnel. Pour cela, il articule de manière judicieuse et en fonction de la finalité de sa séquence pédagogique différentes composantes. Ainsi, vont venir se croiser des axes autour de la construction d'un projet individuel ou d'un projet collectif ; du choix de privilégier la valorisation des acteurs et l'autoévaluation au bénéfice de l'évaluation sommative ; ou de tolérer les erreurs et l'imprécision sans exercer une pression, pour enfin par exemple, permettre aux apprenants de « jouer dans un cadre » en respectant une réglementation. En donnant du sens à ses actions le cadre de santé formateur va soit problématiser ses pratiques, soit mettre des mots sur les actes réalisés.

C'est en situation de travail que les formateurs vont aller à la rencontre de l'étudiant mais aussi du savoir. Ils vont accompagner l'apprenant dans la structuration de sa pensée clinique en tissant des liens entre les différentes ressources qu'il a à sa disposition. Progressivement ils vont ensemble construire un parcours de formation permettant de décoder les attendus du métier mais aussi d'envisager la construction de la professionnalisation de chacun. Il y a ainsi un mouvement de réciprocité et d'altérité dans ce mode d'accompagnement pédagogique. Chacun contribue au développement personnel et professionnel de l'autre.

Dans un autre registre, la société exerce sur les cadres de santé formateurs, une pression leur demandant de gérer différents pouvoirs :

- Le pouvoir institutionnel donné par la société afin de préparer et d'attribuer un diplôme, voir un métier et octroyer ainsi une position sociale dans la vie,
- Le pouvoir sur les valeurs et les comportements à privilégier face à l'autre, afin de que ce dernier accepte de se laisser atteindre dans ce qu'il est.
- Le pouvoir de la connaissance, qui regroupe à la fois la connaissance de l'autre comme être humain et la connaissance sur les codes d'une profession. (Coudray, 2004, p.202)

Le formateur ne sait pas ce que va devenir l'étudiant en formation, mais il sait en revanche ce que la société ou le collectif de travail soignant attend de lui. C'est un point sur lequel il y a souvent divergence et sur lequel les deux espaces de la formation ont du mal à s'accorder. Le monde professionnel se représente le jeune professionnel comme quelqu'un de performant immédiatement avec en quelque sorte un retour sur investissement de l'encadrement du stagiaire. En revanche, les formateurs développent leur axe de formation le plus souvent autour d'un projet individualisé cohérent avec les principes énoncés dans le projet pédagogique de l'institut de formation.

Le projet professionnel de l'apprenant est questionné au regard du parcours d'apprentissage. Les appréciations ainsi que les rapports de stage successifs réalisés par les soignants donnent une certaine vision du professionnel en devenir. Passer d'un statut d'apprenant à un statut de jeune professionnel n'est pas toujours aisé pour tous et parfois il y a un décalage entre les deux postures investies par l'acteur.

3. Accompagner l'apprenant pour se professionnaliser

Ainsi le mot accompagner pourrait être défini de la manière suivante : « Aller avec », « être à côté de... », « Donner une place à l'autre », « partir de l'autre et pas de soi ». « Aller avec » demande à un professionnel de se déporter sur le chemin de l'autre : il est là, présent, pour permettre qu'un autre traverse l'épreuve, ou un moment, ou un événement.... », « Accompagner signifierait que l'on a intégré le fait que l'on ne peut pas agir et décider à la place de quelqu'un... » (Cifali, 1998, p. 137). Dans la formation infirmière, accompagner un étudiant suppose une relation avec un professionnel, cadre de santé, tuteur, professionnel de proximité..., ceci dans le temps de la formation, ou du stage, dans un espace défini afin d'engager le devenir professionnel. L'apprenant devra donc occuper une place particulière dans le projet de formation. L'accompagnateur va le prendre sur le « bord de la route » avec ses sacs, ses habits, son djembé pour cheminer avec lui. Il va s'instaurer un échange et une réciprocité va s'engager entre les deux personnes.

« La relation pédagogique devient éducative quand, au lieu de se réduire à la transmission du savoir, elle engage des êtres dans une rencontre où chacun découvre l'autre et se voit soi-même, et où commence une aventure humaine par laquelle l'adulte va naître en l'enfant ». (Postic, 1992, p. 9).

Le formateur accompagnateur devient « un passeur » (Bonniol, 1996) « car il est médiateur entre les variables de l'individu et les variables de la situation : il travaille à son inutilité » (Genthon, 1990, p. 14). Passeur dans le sens de celui qui « aide à ouvrir un passage » (Donnadieu, Genthon et Vial 1998). Il y a donc une implication du formateur car d'une certaine manière ce dernier va vivre « l'altérité ». « C'est-à-dire le mouvement par lequel et à travers ce jeu d'influences, d'échanges de significations, il va passer quelque chose de

l'ordre de l'autre, dans ce qui était jusque-là vécu en termes d'identité... » (Ardoino, 1992, p. 136) L'apprenant va s'enrichir grâce aux échanges avec le formateur et inversement. Chacun va accepter de «se transformer » au contact de l'autre. Cela veut donc dire que le formateur accepte d'être altéré par le formé et reconnaît qu'il n'est pas le seul détenteur de la vérité, du savoir, de la bonne réponse. Le formateur devra aider et soutenir l'étudiant dans son processus de développement et de construction professionnelle. L'apprenant n'est pas au centre du projet de formation mais un maillon de ce dispositif.

Ensemble, ils vont parcourir un bout de chemin avec des virages, des montagnes, des creux, car aucune route n'est linéaire. C'est l'apprenant qui va tenir le GPS et décider du point de départ et du point d'arrivée. Il nous semble que le formateur n'est pas réellement un accompagnateur car il n'est pas, tel un guide touristique en permanence à côté de celui qui se forme. Il doit garantir des conditions de formation pour que l'apprenant s'autorise, c'est-à-dire qu'il soit à l'origine de sa production et de sa construction. Pour cela l'étudiant va interroger ses valeurs au regard des situations rencontrées. Progressivement tel un auteur littéraire, il pourra être à l'origine de sa production et de son œuvre. Tout cela prend bien sûr du temps et demande une certaine reconnaissance par soi-même et par les autres. Il est nécessaire alors de penser la formation autour de l'apprenant en fonction de son projet personnel et professionnel, de ses orientations de stage, en lien avec le projet pédagogique. Chacun a une certaine marge de liberté, dans laquelle il va pouvoir œuvrer pour pouvoir se réaliser. Ce cheminement va venir impacter le développement personnel de chacun des acteurs et en particulier du cadre de santé formateur. Se risquer à la rencontre c'est aussi que l'autre m'apporte des ressources et m'aide à grandir dans mon statut d'humain. Ainsi, en réalisant un bout de chemin avec l'apprenant le formateur va développer sa professionnalisation. Nous retrouvons ici l'idée du don et du contre-don développé par Mauss (2012).

Le référentiel de formation infirmière de 2009 positionne l'accompagnement de l'apprenant sous un nouvel axe demandant aux cadres de santé formateurs ainsi qu'aux directions d'interroger la pratique de formation. Le rapport de Mounier et Yahiel (Yahiel, 2010, p. 27) précise que face à ses changements

«les cadres formateurs ont réagi avec beaucoup de rapidité et de professionnalisme afin que cette réforme soit un succès. Ils ont su s'adapter à l'approche par compétences et aux contraintes du nouveau diplôme, nécessitant une connaissance accrue des terrains de stage et un suivi pédagogique plus soutenu pour valider l'acquisition des compétences en situation. » (Yahiel, 2010, p.27).

C'est en questionnant et en interrogeant les dispositifs existants que les formateurs ont pu transformer leurs approches pédagogiques pour les faire évoluer vers les nouveaux enjeux demandé. Nous sommes ici, dans une situation typique d'un apprentissage sur le tas. Le

formateur, sujet agissant, c'est construit au fil du temps des expériences pédagogiques et relationnelles qui lui ont permis de transformer le réel entrant ainsi dans une activité productive. Parallèlement en agissant et en transformant le réel, il se transforme lui-même et se développe au cours de l'activité constructive (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006). Ainsi « l'apprentissage accompagne naturellement l'activité » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Nous avons ainsi un double mouvement entre un sujet agissant et un sujet connaissant. Le travail devient en lui-même un élément de formation « car il permet des apprentissages mais aussi la formation de concepts. » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Par ailleurs, conscient des enjeux les formateurs « à l'instar de leurs collègues cadres de terrain, font preuve de réalisme et souhaitent que leur propre formation évolue ». (Yahiel, 2010).

3.1. Les décodages des savoirs professionnalisants du cadre de santé formateur

Pour construire son ingénierie pédagogique, le cadre de santé formateur, va se poser un ensemble de questions dont la réponse ne se trouve pas nécessairement dans le curriculum de formation. Suivant son parcours personnel et professionnel, sa sensibilité, son regard sur l'apprenant ainsi que son rapport au savoir, sa singularité d'acteur va s'exprimer pleinement selon des mécanismes différents. Progressivement, individuellement ou avec le soutien du collectif de travail, il va s'obliger à penser par lui-même, en se forgeant sa propre vision de compréhension du système de formation. Pour quelle raison le cadre de santé formateur va-t-il en cours ? Pour transmettre son savoir ? Pour transmettre son expérience ou pour rencontrer des apprenants ? Suivant la réponse à ces trois questions, les orientations du métier vont être très différentes. Il en sera de même pour l'atmosphère en cours et la posture attendu de l'apprenant comme l'attention portée à la personne en formation. La construction du dispositif de formation va ainsi s'orienter soit sur l'apprenant en formation en privilégiant un parcours individualisé, soit sur le savoir à faire acquérir dans ce cas c'est la connaissance qui devient centrale. Une tonalité différente va se dégager de l'appareil de formation.

De plus, certaines questions complémentaires devront se clarifier afin de promouvoir plutôt l'activité humaine qu'une succession de tâches mises bout à bout dont la signification reste peu ou pas lisible. L'acteur va devoir accorder différentes logiques et décoder ce qui lui semble les règles de bonnes pratiques pédagogiques. Il va ainsi penser la relation pédagogique, penser son mode d'accompagnement afin d'adapter son apprentissage. Il va s'interroger par exemple, sur les principes indispensables pour construire une relation pédagogique de qualité ne faisant pas autorité sur l'autre et ceci dans un contexte de formation contraint et contraignant. Cette première question pourra s'enrichir en se demandant quelles sont les mesures d'accompagnement de l'apprenant, futur professionnel

infirmier, à mettre en place pour qu'il puisse faire de l'autre le centre de ses préoccupations et ceci à l'heure de la rentabilité du soin ?

C'est en interrogeant sa pratique, en croisant les regards qu'il pourra progressivement formuler des hypothèses argumentées le conduisant à une évolution de ses savoirs professionnels et non à une pratique orientée vers la reproduction de ses méthodes pédagogiques. Cette démarche va l'amener à trouver par lui-même les réponses à ses propres questions. En privilégiant l'analyse clinique de son activité, le cadre de santé formateur va changer de point de vue sur son travail et faire évoluer sa vision sur le dispositif de formation qu'il propose. L'inscription à la fois dans une démarche réflexive mais aussi dans une démarche de recherche deviennent incontournable pour entrer dans ce processus de professionnalisation et de développement personnel. Mais quand est-il réellement dans la pratique ? C'est un des axes que cette recherche va essayer de décoder.

3.2. Les décodages des savoirs professionnalisants de l'étudiant en soins infirmiers

Le métier d'infirmier demande l'appropriation de codes qui ne sont pas toujours rendu lisibles et accessibles à l'étudiant. L'enjeu pour lui est important puisqu'il va conditionner son intégration dans un équipe ou pas. Progressivement au contact des différentes situations de formation qu'il va rencontrer il va construire son identité d'infirmier et développer un style de travail qui lui est propre. Au fil des stages mais aussi de son parcours de formation, l'étudiant va observer les postures des soignants. Il devra petit à petit se constituer sa propre expérience et trouver le professionnel qu'il souhaitera devenir. Quel rôle les cadres de santé formateurs vont-ils jouer dans l'accompagnement de la construction de cette identité professionnelle ? Comment vont-ils transmettre cette culture spécifique au monde infirmier ? Un accompagnement dans la construction des savoirs expérientiels est indispensable pour développer ses compétences et surtout donner du sens à son agir professionnel.

Par ailleurs, y-a-t-il une différence dans l'approche pédagogique et dans les messages transmis au moment de l'analyse d'une situation entre un cadre de santé formateur ayant exercé une fonction de manager sur le terrain ou pas ? Les savoirs expérientiels sont multiples et variés dans un collectif de travail. La richesse des expériences de chacun va venir nourrir la construction professionnelle du futur soignant. *Mais au moment de la conception de sa séquence pédagogique sur quoi le formateur va-t-il s'appuyer ? Qu'est-ce qui va guider son action et fixer son niveau d'exigence ?* Il semble évident que les angles d'approches peuvent être différents pour une finalité commune. Le passage entre la connaissance (le dire) et l'expérience (le faire) n'est pas toujours si aisé que cela. Il va falloir accompagner ce processus.

3.3. Guider le questionnement à propos des situations singulières de formation

Les cadres de santé formateurs ne sont pas des électrons libres circulant dans un espace magnétique ou liquidien dont la formation et l'humain seraient le noyau. Autour d'eux un cadre législatif, une structure institutionnelle donne un cadre et légitime leurs interventions. Suivant les institutions de formation un (e) directeur (trice) assisté d'un coordinateur pédagogique définissent la ligne pédagogique et les orientations du dispositif de formation. Mais il me semble inconcevable de ne pas être en adéquation avec le collectif de travail et de prendre des risques avec eux en accompagnant l'analyse de leurs pratiques professionnelles. Suivant le jeu des acteurs mais également les orientations définies dans le projet pédagogique la dynamique de formation sera différente. Le mode de management choisi va venir favoriser ou au contraire contraindre la création et l'innovation pédagogique des formateurs. C'est un axe que l'analyse des données collectées viendra explorer.

Pour ma part, le directeur et la coordinatrice pédagogique de l'institut doivent reconnaître dans chaque membre de l'équipe sa valeur et faire vivre le principe d'équité afin d'accompagner la verbalisation des dilemmes en lien avec les pratiques professionnelles. Dans une équipe, il y a une place pour chacun. Pour que ce principe vive, il est nécessaire de rencontrer la personne comme sujet, de la reconnaître comme individu à part entière, de reconnaître en elle sa valeur, ce qui la fait briller, vibrer, ce qui la distingue de l'autre et constitue sa singularité. Le manager doit rechercher cette étincelle pour la mettre à la lumière, la mobiliser, la faire étinceler. La valorisation d'un formateur est une manière d'impulser en lui une dynamique positive. Il pourra ensuite la transmettre à son entourage dont l'apprenant en formation fait partie. (Bayle, 2015, p.78)

C'est dans cette dynamique et sous un regard constructif et valorisant que l'esprit de cette recherche va se dérouler. Les différentes rencontres, réalisées dans le cadre de la collecte des données, se sont toutes déroulées en valorisant l'activité des cadres de santé formateurs ce qui a permis d'instaurer un climat de confiance réciproque.

Au cours de leur activité professionnelle, les cadres de santé formateurs rencontrent en permanence des situations singulières pour lesquelles ils doivent construire des réponses adaptées qui ne correspondent pas entièrement à un travail prescrit. Parler de la compétence demande de mettre en dialogue la connaissance avec l'expérience. Ainsi, pour trouver une posture professionnelle adéquate, il est important d'entrer dans une démarche réflexive afin d'analyser sa pratique au regard de concept clé. Le cadre de santé formateur va ainsi dialoguer avec les normes, les mettre en débat, pour essayer de leur donner de la vie et du sens. Il va réaménager, repenser la norme qui se propose à lui (Schwartz, Durrive,

2003, 2009). Regarder le travail sous l'angle de l'activité humaine permet à l'homme en activité de verbaliser ses choix d'action. Face au travail décrit, l'individu parle de ses ressources, de ses difficultés mais aussi des stratégies qu'il a été amené à développer. Il met directement en dialogue l'aspect protocolaire du travail de formateur avec les dimensions faisant référence à la vie, et aux notions d'arbitrages. (Schwartz, Durrive, 2003). Il expose ainsi son point de vue de son activité en réaménageant le côté prescrit du travail pour le rendre possible dans l'activité. L'individu met ainsi de la vie en décrivant ses manières d'agir. Il campe une histoire dans la singularité du moment. Souvent la verbalisation de l'expérience met en évidence la complexité du réel et l'énoncé de certains compromis liés au travail. Le manager qui se penche de cette manière sur l'activité des cadres de santé formateurs va interroger les interactions de l'acteur avec l'environnement et interpellé le couple action-situation. Chacun au fil de son parcours de vie, de son histoire, de son parcours professionnel se construit son « modèle opératif » en fonction de ses expériences mais aussi de « ses buts et du sens de son activité » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006). Le sujet s'enrichit en développant consciemment ou inconsciemment son processus d'apprentissage grâce au aller-retour entre assimilation et accommodation développer par Piaget et largement compléter par Vergnaud. Progressivement le cadre de santé formateur va témoigner d'une intelligence de l'action révélant ses compétences professionnelles. L'acteur va mobiliser ses ressources pour comprendre les éléments qu'il a convoqué dans cette situation et donc entrer dans une lecture de son activité grâce à l'activation de ses processus cognitifs voir métacognitifs.

Le cadre méthodologique mobilisé par la recherche va venir enrichir ce dispositif et accompagner le formateur dans une démarche de questionnement de ses pratiques ainsi que dans son développement personnel et professionnel.

Conclusion du chapitre 3

Au fil de son histoire la formation infirmière a connu de nombreuses évolutions. La réforme de 2009 amène l'ère de l'universitarisation. Ce processus, en cours de construction, questionne la place et les missions des CSF dans le schéma territorial et universitaire des formations en santé. Infirmier à la base, le cadre de santé formateur va mobiliser son savoir expérientiel issu de la culture soignante pour asseoir ses valeurs professionnelles et les transmettre aux étudiants en soins infirmiers. L'approche par compétences engendre la construction d'un nouveau dispositif pédagogique orienté vers l'approche situationnelle où les situations apprenantes tiennent une place prépondérante.

Les CSF doivent investir une nouvelle posture pour allier les termes former, accompagner et professionnaliser. Cela suppose alors d'articuler la posture d'enseignant où la transmission de savoirs est central, à celle d'accompagnateur où la construction d'un parcours de formation est privilégiée. La manière de concevoir puis animer le dispositif pédagogique devient ici un enjeu. L'ossature choisie pour décoder et faciliter l'appropriation des savoirs professionnels, autour de situations singulières du métier, amène les CSF à réfléchir aux environnements et méthodes d'apprentissage à investir.

Le positionnement des formateurs dans le choix des orientations pédagogiques et dans la structuration des projets d'enseignement contribue à la construction identitaire des apprenants. Les cadres de santé formateurs deviennent petit à petit des ingénieurs pédagogiques privilégiant une « pédagogie des situations » (Pastré, 2011b.). L'activité de conception du dispositif pédagogique autour des situations d'apprentissage devient une des « conditions favorables pour que l'acte d'apprendre soit véritablement une manifestation du potentiel de l'apprenant » (Trocmé-Fabre, citée par Lainé, 2012, p. 6).

Mais ces transformations ne peuvent voir le jour que si les CSF prennent le temps d'analyser leurs pratiques pour les faire évoluer. En effet chaque temps de formation au contact de l'étudiant amène à des situations singulières d'apprentissage qui parfois entraînent des modifications dans l'agir de la formation. En questionnant leurs choix pédagogiques individuellement ou collectivement, les CSF développent de nouveaux savoirs qui ne demanderont qu'à être investis dans une situation nouvelle.

Premiers éléments de conclusion de la partie 1 et problématisation.

1. Premiers éléments de conclusion de la partie 1

La structure du système de soins est aujourd'hui en pleine mutation. Elle est devenue une entreprise de plus en plus performante grâce aux évolutions technologiques et au niveau de qualification des agents. L'hôpital s'inscrit dans le paysage politico-économico-social de la France. Les évolutions et les changements qui se sont réalisés ont conduit les acteurs médicaux et paramédicaux à faire évoluer leur objet de travail. Force est de constater que notre système de santé est peu préparé à l'évolution des besoins de santé de la population. De nombreux défis notamment territoriaux doivent être relevés. Par ailleurs, la mauvaise coordination des deux modes de régulation de la santé que ce soit sur le plan hospitalier ou sur le plan libéral en ville, entraîne un positionnement ambigu, voire inexistant, des différents acteurs sur le territoire. Les logiques politiques viennent interférer et parfois complexifier des organisations opérantes. La formation doit ainsi favoriser le développement de compétences professionnelles de haut niveau. C'est aujourd'hui une vision collective à construire. La formation des professionnels de santé reste néanmoins, hospitalocentré avec un axe de recherche peu investi.

De plus, les nouveaux programmes de formation, tant des cadres de santé que des infirmiers, engendrent une transformation et une modification dans les pratiques professionnelles. Par ailleurs, l'avenir des formations ne peut être déconnecté des besoins de la population et des référentiels métiers. Notons que la formation infirmière est un facteur d'intégration social très important. Les infirmières s'installent sur l'ensemble du territoire et se sédentarisent, permettant ainsi de lutter contre certains déserts médicaux.

Repenser la formation autour de situations professionnalisantes pour développer un agir compétent, quitter un certain savoir médical pour construire un savoir infirmier spécifique, entrer dans les nouvelles orientations économiques et sociales sont autant de mécanismes qui vont influencer la construction identitaire des cadres de santé comme celle des infirmiers. Les cadres de santé formateurs doivent aujourd'hui trouver de nouveaux ingrédients pour former les futurs professionnels infirmiers. Ils vont ainsi articuler différentes approches pédagogiques afin que l'apprenant développe une intelligence des situations de soins. Pour cela, ils vont favoriser la production de savoir, dans le système complexe du soin, avec un accompagnement spécifique. Ils vont allier savoir d'action et cohérence de sens.

2. Problématisation

La mise en contexte de notre recherche fait ressortir trois éléments majeurs. Le premier est en lien avec les transformations qui s'exercent au niveau de notre système de santé. Nous retenons ici quelques éléments significatifs. Tout d'abord il y a à construire le chemin thérapeutique autour des notions de parcours de vie et parcours de santé. Ce profond changement de paradigme entraîne les professionnels soignants dans une nouvelle approche de la personne soignée et plus largement de la philosophie du soin. Ensuite, la démocratie sanitaire relayée par les associations d'usagers reconfigure la place accordée aux patients dans sa prise en soins. Puis parallèlement, une logique économique plus incisive met les infrastructures de soins dans des situations financières complexes et obligeant à des restructurations de services et des aménagements d'activités. Paradoxalement l'ampleur des nouvelles technologies croissent avec le déploiement des nanotechnologies, de la robotisation, du virage du numérique, permettant tous de dispenser des prises en soins et thérapeutiques de haute technicité.

Tout cela conduit à développer de nouveaux profils de professionnels pour répondre aux enjeux de demain. Ce deuxième élément concerne directement le métier infirmier. Les infirmières de pratique avancée et, celles de coordination de parcours se structurent pour accompagner ces transformations. L'interdisciplinarité devient une réelle ressource pour agencer les parcours de santé dans et en dehors des murs de l'hôpital.

L'appareil de formation est donc directement impacté et constitue le troisième élément. Le référentiel de formation infirmière de 2009 répondant aux accords de Bologne, ouvre sur la logique compétence. Les concepts de situation apprenante, d'analyse de pratique et de réflexivité s'immiscent au cœur des débats. L'expertise infirmière s'appuyant sur la construction d'un raisonnement clinique devient plus que jamais une priorité pour accompagner une prise de décision raisonnée.

Nous pourrions représenter ce constat de la manière suivante. (**Figure 1**).

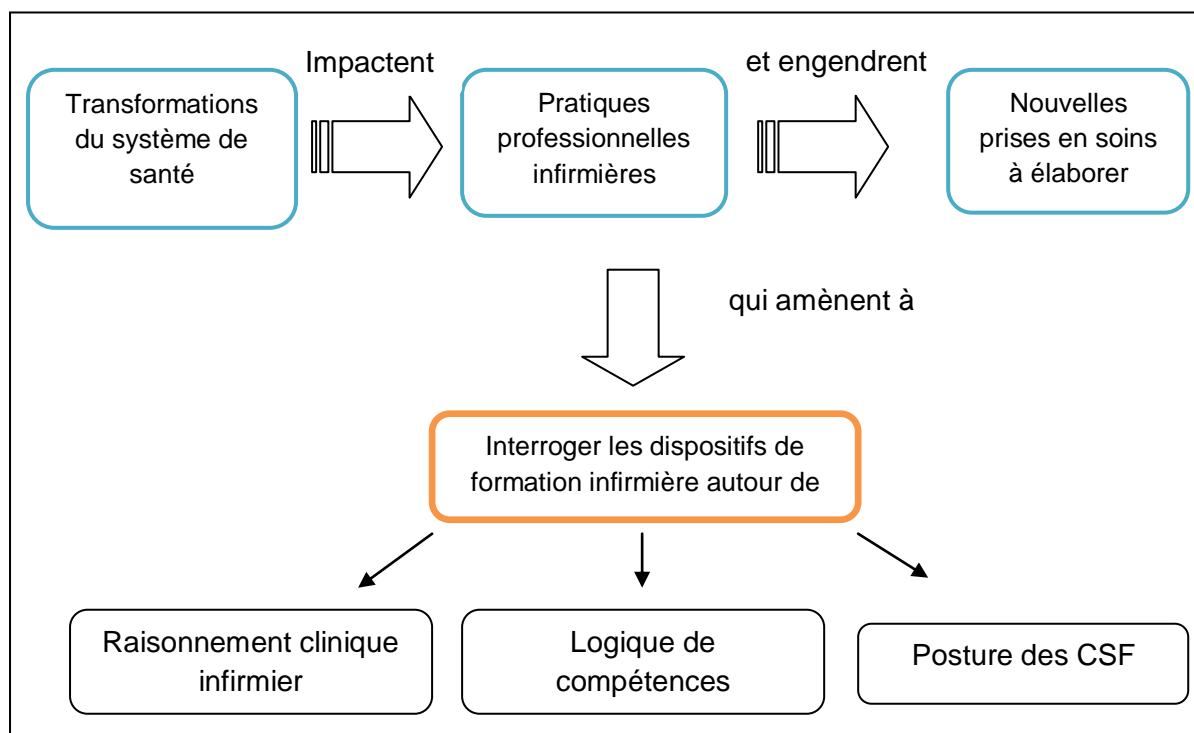


Figure 1 : Impact des transformations du système de santé sur la formation

Les cadres de santé formateurs sont ainsi les maîtres d'œuvre de la construction de l'ingénierie pédagogique. C'est eux qui bâtissent, structurent et animent l'architecture du dispositif pédagogique. *Alors comment traduisent-ils ces évolutions du système de santé dans leurs pratiques ? Devenus des ingénieurs pédagogiques qu'est-ce qui oriente leurs choix et structure leurs propres raisonnements ? Quelle sont les spécificités qui pourraient caractériser leurs activités singulières.*

Il nous semble ici un objet de recherche à explorer. Pour ce faire, il nous paraît indispensable de faire parler l'activité des cadres de santé formateurs en mettant en lumière les choix et les débats qui les animent dans l'agir situationnel d'une situation de formation.

Nous allons maintenant préciser l'ancrage conceptuel de notre étude en la déclinant autour de trois axes. La première partie s'oriente autour de la discipline infirmière et la structuration du raisonnement clinique. La seconde s'attarde sur la conception d'un dispositif pédagogique. Puis la dernière partie clarifiera la notion de situation de travail comme alliée du développement professionnel du sujet.

PARTIE 2 :

Les repères conceptuels de la recherche

Chapitre 4 : Penser et exercer des soins infirmiers

Chapitre 5 : « De la traduction didactique à la transposition
pédagogique »

Chapitre 6 : La situation de travail : un levier pour le
développement professionnel des cadres de santé formateurs

Introduction de la partie 2

L'objet de cette partie est de dégager notre cadre théorique et de mettre en évidence notre modèle et nos questions de recherche. Nous ciblons notre propos en trois chapitres.

Le **chapitre 4** prend appui sur les quatre concepts de la discipline infirmière et le raisonnement clinique infirmier. Nous nous attarderons à préciser les spécificités d'une approche singulière de l'humain, de l'environnement du patient, de la personnalisation d'un soin et enfin de la santé. Le raisonnement clinique infirmier viendra compléter les données en mettant en lumière les spécificités de l'exercice professionnel.

Le **chapitre 5** positionne la construction d'un dispositif pédagogique dans une approche par compétences. Il identifie différents indicateurs qui viendront alimenter l'analyse des données recueillies. Par ailleurs l'impact sur les pratiques des CSF est interrogé. L'expression de la singularité de l'acteur est investi afin de rendre le travail possible dans l'agir situationnel. Les exigences du milieu de travail ne sont pas écartées et permettent de prendre en compte les dilemmes de l'auteur.

Le **chapitre 6** s'attardera sur la notion de situation en laissant une large place à l'activité humaine. Ainsi, l'action du sujet est appréhendée comme un moteur pour apprendre. C'est une source d'énergie qui favorise le développement de l'acteur. L'expérience est perçue comme un levier favorisant le développement du sujet..

La partie 2 se conclura par la formulation des hypothèses de recherche et la clarification du cadre de l'étude. .

Chapitre 4 : Penser et exercer des soins infirmiers

« Affirmer que la fonction de l'infirmière est originale est chose difficile car, comment prouver qu'elle ne ressemble à rien d'autre, qu'elle est unique, qu'elle est marquée de caractères singuliers qui lui sont personnels, qu'elle a ses lois propres. »

(Badouaille, M.L, 1971, p. 28)

Chapitre 4 : Penser et exercer des soins infirmiers

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de présenter les fondements de la discipline infirmière.

1. Les fondements de l'exercice infirmier

Les sciences infirmières ont, au fil de son histoire développée des savoirs et des pratiques spécifiques en lien avec les activités professionnelles déployées dans différents secteurs d'exercice professionnel. Les connaissances et les compétences identifiées guident à la fois les pratiques cliniques quotidiennes mais également le secteur de la formation, de la recherche et du management.

Progressivement différentes théories sont venues définir et caractériser l'exercice infirmier. Plusieurs concepts ont émergés à partir de la réflexion de différents auteurs tels que Florence Nightingale (1860-1969), Virginia Henderson (1964,1966), Marie-Françoise Collière (1982), Jacqueline Fawcett (1984), Hildebrand Peplau (1995), Elizabeth Ann Manhart Barrett (2002).

Les fondements se sont ensuite stabilisés autour de quatre concepts centraux à savoir la « Personne », l'« Environnement », la « Santé » et le « Soin ». (Donaldson, & Crowley, 1978 ; Fawcett 1984 ; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Par ailleurs selon les auteurs souvent est associé le concept de *caring* (Watson, 1990 ; Eriksson, 2002 ; Cara, & al, 2015, 2016). A travers les différentes étapes historiques, il est à noter que l'exercice infirmier est toujours resté centré sur les besoins et demandes des patients et de leur entourage (Hobbs, 2009). Ainsi,

« prendre soin de l'être, c'est percevoir cette personne dans sa globalité, insérée dans sa famille, sa communauté, insérée dans sa culture, son histoire, son environnement. Prendre soin de l'être, c'est se mettre à son écoute, c'est prendre en compte ce qu'il est, ce qu'il cherche, ce qu'il attend, ce qui le fait vivre, c'est le voir en tant que personne unique et irremplaçable, qui a droit à des soins de la plus haute qualité. C'est en effet cette approche personnalisée qui donne à notre profession (infirmière) toute sa valeur ». (Poletti, 1978).

Dans le cadre de cette recherche, il nous semble opportun d'ancrer et d'articuler l'exercice professionnel infirmier autour de ces concepts pour au moins deux raisons. Tout d'abord, ils constituent des piliers sur lesquels la pratique infirmière s'inscrit et s'enracine lui permettant de décliner une spécificité de la clinique soignante. Ensuite elle oriente la formation et l'apprentissage des futurs professionnels pour exercer ce métier.

Même si la présentation se décline de manière linéaire, ces quatre concepts s'expriment et s'exercent en interaction les uns avec les autres. Nous faisons ici le choix de les articuler suivant l'ordre suivant la « Personne », l'« Environnement », le « soin » et la « santé » et de les décliner au regard du contexte actuel.

1.1. Vers une approche singulière de l'humain

Il faut entendre le vocable « Personne » comme un terme regroupant à la fois l'individu, la famille et la notion de communauté.

Le concept de personne a été étudiée dans plusieurs disciplines (philosophie, théologie, sciences humaines, droit, économie...) et raisonne aujourd'hui au niveau des soins infirmiers sous une nouvelle approche notamment en lien avec la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Même si, vue de l'extérieur, cela semble logique d'associer parcours de vie et parcours de soins, d'approcher la prise en soins avec une vision holistique, la réalité est parfois bien différente. Les conditions de travail dans les établissements de santé et les structures de soins amènent à structurer l'activité soignante autour d'une fragmentation des tâches avec une division des interventions. Mais alors quel sens donner aux actions soignantes ? Comment co-construire un parcours de soins individualisés au service du parcours de vie d'une personne ? Comment coordonner l'interdisciplinarité pour procurer des soins personnalisés ? N'est-ce pas là où se trouve un des enjeux de la construction des organisations soignantes de demain avec une nouvelle figure du soin et de l'approche soignante ?

Une des raisons d'être de l'exercice infirmier est de dispenser des soins infirmiers centrée sur une personne. Or parfois au détour d'un échange nous entendons les soignants dire au patient « bonjour monsieur Jules, je viens faire votre toilette » et non « Bonjour monsieur Jules est-ce que je peux faire votre toilette ? » ou encore, « A bon vous ne saviez pas que vous aviez une radio ? ... Ce n'est pas grave il faut y aller quand même... » Alors comment redonner une place à l'humain en prenant en compte son histoire, sa trajectoire de vie, son environnement familial et social ?

Faire exister l'Autre dans la relation de soin, c'est prendre en compte la singularité de son existence (Hesbeen, 2017, p.3) et ne pas réduire l'homme malade à sa maladie. Ainsi, aller

à la rencontre d'une personne la regarder comme un individu ayant un potentiel, des ressources et une capacité d'agir et de décider ouvre vers de nouvelles perspectives. Partir avec cette intention de construire ensemble

« Inscrit la pratique, quelle que soit sa technicité, dans une perspective soignante qui reflète une posture professionnelle et qui imprègne, tant individuellement que collectivement, la pratique des professionnels en vue d'une action porteuse de sens et respectueuse des personnes. » (Hesbeen, 2017, p.9).

C'est un des axes choisis par certains professionnels dès lors qu'ils prennent « en compte la dimension constructive de l'activité du patient en envisageant les espaces au sein desquels celui-ci est amené à réélaborer ou « travailler son expérience » (Tourette-Turgis, & Thievenaz, 2012). Prendre cette direction suppose

« des infirmières capables de s'appuyer sur des valeurs fortes de sollicitude, d'attention à la vulnérabilité pour développer des habiletés à analyser des situations complexes de santé de la personne en un temps rapide, à organiser les soins avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins, donner à leurs actions une cohérence dans le parcours de vie des personnes en demande de soins. » (Jovic, & Lecordier, 2016, p.50).

Nous sommes ici au cœur des interventions des infirmières et plus largement des professionnels de la santé. Ainsi, chacune des actions élaborées va se construire avec une personne, une famille et/ou une communauté dans un environnement spécifique (Gottlieb, 2014). Les savoirs partagés des différents acteurs contribueront à construire une certaine vision du bien vivre ensemble.

1.2. L'environnement, un espace à investir

Nous aborderons le concept d'« environnement » selon trois axes. L'environnement sanitaire en lien avec les évolutions contextuelles du monde médico-social, l'environnement de la personne dans son espace de vie et enfin l'environnement du soin en lien avec les pratiques soignantes.

1.2.1. L'environnement sanitaire

L'environnement sanitaire est apprécié à travers les déterminants de santé d'une population. Selon *santé publique France* quatre niveaux sont à prendre en considération car ils viennent impacter la qualité de vie et de santé d'une population. Nous retrouvons ainsi des facteurs liés au style de vie personnel, aux réseaux sociaux et communautaires, aux facteurs liés aux conditions de vie et de travail et enfin aux éléments en lien avec les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. L'impact de ces facteurs va venir influencer le bien-être social d'un individu avec un retentissement sur sa santé.

Les enjeux de santé publique sont également à prendre en considération au regard de l'augmentation des pathologies chroniques, du vieillissement de la population et des enjeux

liés au développement durable. De nouvelles organisations de soins sont à développer et/ou à inventer notamment autour du développement des soins ambulatoires, des hospitalisations de jour, du maintien à domicile et de la construction des parcours de santé. L'offre de soins va devoir se diversifier pour répondre aux attentes des usagers.

1.2.2. L'environnement de la personne

L'environnement de la personne est une composante indissociable de chaque individu. C'est ce qui lui permet d'exister et d'être en interaction avec son milieu. Il détermine l'espace par lequel chaque individu peut exprimer son rôle social, culturel... en étant en interrelation avec les autres. Il y a ici une idée de construction de société où chacun participe directement ou indirectement au bien vivre ensemble. Le milieu délimite le contexte de vie d'une personne en lien avec l'évolution de l'écosystème environnemental (Rougerie, 2000). Comme le précise Dewey, l'homme s'adapte à son espace de vie et développe une expérience qui lui est spécifique. Ce processus lui permet de s'accorder avec son milieu en conduisant des actions en lien avec les situations rencontrées. L'homme s'instruit progressivement en s'adaptant face aux nouveautés et étonnements rencontrés. Ainsi « l'apprentissage humain et le processus de formation des habitudes témoignent alors d'une intégration entre l'organisme et son environnement » (Dewey, 2012). Pour ce faire, face aux situations nouvelles l'individu va prendre une posture de détective et mener une « enquête » l'entraînant progressivement dans une démarche réflexive. (Thievenaz, 2013, 2014, 2017). Ainsi « la fonction de la pensée réfléchie est de transformer une situation obscure, douteuse, conflictuelle, en une situation qui est claire, cohérente, stable et harmonieuse » (Dewey, 1933).

1.2.3. L'environnement du soin

L'environnement du soin va venir impacter à la fois les professionnels et les usagers. En effet, l'espace institutionnel va conditionner d'une certaine manière les échanges entre les différents acteurs. Si les soignants exercent dans un cadre professionnel propice aux échanges, aux prises de décisions partagés et tissent des relations de travail sur un minimum de valeurs professionnelles communes alors nous pouvons penser qu'une relation de partenariat et de réciprocité sera possible durant le soin. Investir un espace de travail c'est également partager des codes communs, établir des relations avec ses collègues pour construire une organisation viable pour tous. Ainsi l'organisation de soins

« se compose d'un système de soins qui facilite la prise de décision partagée, de la présence d'une bonne relation entre les membres de l'équipe, du soutien du système organisationnel et d'un partage des pouvoirs entre les différents professionnels et le patient »
(Bilodeau, Dubois, Pepin, 2013, p.47).

Nous retrouvons dans ces propos l'importance du travail en équipe interprofessionnels dont le patient est partie prenante. Nous quittons progressivement l'idée que l'usager du système de santé est le centre des préoccupations de l'ensemble des professionnels. En revanche les différents partenaires articulent leurs savoirs, leurs ressources et leurs compétences dans un environnement spécifique pour co-élaborer le parcours de soins d'une personne.

C'est dans le quotidien de l'activité, dans les tâches les plus intégrées aux pratiques que l'organisation des soins va prendre toute son ampleur dans un environnement souvent contraint et exigeant. Même si l'environnement peut sembler au patient et à son entourage parfois un peu froid, aseptique et hostile, la chaleur relationnelle déployée par les professionnelles de santé vient contraster et permet d'appivoiser ce milieu.

1.3. Des soins à la personnalisation d'un soin

« Dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer. Les hommes, comme tous les êtres vivants, ont toujours eu besoin de soins parce que soigner est un acte de vie qui a d'abord et avant tout pour but de permettre à la vie de se continuer, de se développer, et par là de lutter contre la mort : la mort de l'individu, la mort du groupe, la mort de l'espèce.» (Collière, 1982, p.23).

Ainsi « soigner, c'est donc entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais qui sont diversifiés dans leur manifestation.» (Collière, 1982, p.25).

Les notions de vie et de soin sont intimement entrelacées. L'exercice professionnel soignant va allier à la fois une vision curative en mobilisant « l'arsenal » thérapeutique et technique nécessaire tout en se souciant de l'individu qui reçoit les actes médicaux. Nous pensons qu'associer le *care* et le *cure* est une force pour permettre aux possibilités curatives de s'exercer. L'infirmier qui fait preuve de sollicitude qui a une attention à l'Autre contribue indéniablement à faire supporter le traitement.

Historiquement les programmes de formation initiale des infirmiers étaient orientés jusqu'en 1950 autour d'un apprentissage essentiellement pratique avec peu d'apport théorique. Puis progressivement les curriculums de formation ont évolué pour arriver en 2009 à un équilibre de 50 % de théorie et 50% de pratique. Le soin est perçu alors pas seulement dans sa fonction curative mais également dans sa fonction de prévention, dans sa dimension sociale voir dans une approche d'autonomisation du patient. Les professionnels de la santé comme les usagers entrent dans une nouvelle culture du soin ou le soignant expert implique de plus en plus le patient pour qu'il puisse gérer lui-même sa prise en soin en devenant un partenaire. C'est un enjeu sociétal important, pour répondre aux défis des pathologies chroniques, du vieillissement de la population, et des déserts médicaux. Les prises en soins évoluent sortant des murs de l'hôpital et se dirigent vers les soins à domicile ou des structures d'accueil moins médicalisées. Alors comment accompagner une personne à vivre

son expérience de la santé, de la maladie et les soins qui vont lui être prodigués ? Deux axes ont retenu notre attention celui des soins comme un ensemble d'actes normés et celui du soin comme acte singulier à destination d'un être humain unique.

1.3.1. Les soins : un ensemble d'actes normés

Les soins concernent l'ensemble des actes réalisés par des professionnels formés et autorisés à les exercer. Nous retrouvons ici l'idée de performance, de rentabilité mettant les soins au même niveau qu'une denrée marchande. C'est ainsi que dans les démarches de certification et les cercles qualité ont parlé par exemple d'indicateurs de la sécurité des soins. (Girault, & Minvielle, 2015). Dans cette logique il est nécessaire de fluidifier les circuits patients, codifier et tarifier les actes des soins effectués. Un élément important est le dialogue de gestion afin de déterminer si le pôle et ses secteurs d'activités sont performants et efficaces dans une logique de rentabilité et d'équilibre financier. Ainsi à une chaîne de soins et associé des coûts nécessitant un suivi à partir de tableaux de bords et d'indicateurs spécifiques. Ce dispositif nous permet de comprendre que dans certaines structures la course à l'activité est primordiale pour comptabiliser un maximum d'actes de soins entraînant aujourd'hui indéniablement une diminution des durées de séjour. Il est vrai que le contexte actuel et le poids des dépenses hospitalières associées aux dépenses de santé identifiées notamment dans l'ONDAM ont un impact sur la gestion des établissements de santé.

En abordant l'activité soignante à partir de la notion des soins, cela permet une certaine généralisation des pratiques et une distanciation des acteurs. Les professionnels peuvent ainsi plus librement établir des normes professionnelles sous forme de procédures et de protocoles. Cette mise à distance des affectes permet d'établir des règles communes conduisant à « sécuriser » et « uniformiser » les gestes professionnels. Ce processus est incontournable pour diminuer les risques afférents aux actes de soins. Ce dispositif tente de garantir la gestion des risques et la qualité des soins pour le plus grand nombre de patients. Nous sommes dans ce cas dans la vision où le corps est appréhendé comme objet de soin (Honoré, 2011). Ici les soins se réfèrent à une norme prédéfinie qui vise la sécurité et la gestion des risques pour garantir une qualité des soins. Des critères d'évaluation nationaux voir internationaux permettent de classer les établissements au regard des pratiques effectuées. Des dispositifs comme le comité de retour d'expérience (CREX), la revue de morbidité et de mortalité (RMM) ou encore la revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMEDI) contribuent à questionner et analyser en pluridisciplinarité les modes opératoires déployés dans un contexte donné au regard des règles établies et de dégager des pistes d'amélioration. « L'analyse collective, rétrospective et systémique... a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise

en charge des patients et la sécurité des soins. »³⁷
Ces démarches conduisent « les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser. »³⁸ Mais est-ce suffisant pour parler de soins de qualité ? Est-ce suffisant pour inscrire le soin dans une démarche holistique centrée sur une personne et son environnement de vie ?

1.3.2. *Le soin une activité singulière*

Le soin infirmier tel qu'il est décrit dans cette partie est un soin qui demande un effort quotidien car il est en lien avec l'éthique. Il vient interroger nos manières d'être et de faire en tant que soignant dans la relation avec un être singulier. Nous sommes ici dans une certaine forme d'intelligence de la pratique exercée dans la singularité du soin. L'humain est appréhendé comme un tout indivisible ou corps et esprit ne font qu'un. L'infirmier a donc de la considération pour la personne. Il se soucie du corps de l'autre et le prend en compte dans les actes qu'il va réaliser. Ainsi le soin « est une activité qui sous-entend la gestion concomitante d'actes techniques, d'initiatives éducatives et relationnelles et exige des compétences de diagnostic sur l'état de santé du patient ainsi que sur les compétences de coopération ». (Pernet, Mollo & Falzon, 2018, p.3).

Cela suppose de regarder l'Autre dans son humanité et avoir indéniablement le goût de l'humain. Cela suppose également de se dire que chacun vit comme il le peut, en fonction de ses ressources, l'intensité du moment à vivre. Ainsi, pour chaque être humain :

- Il n'y a pas de petites ou de grandes maladies : il y a ma maladie et ma souffrance,
- Il n'y a pas de petites ou de grandes situations de soin : il n'y a que des situations de soin singulières
- Il n'y a pas de petits ou de grands actes de soins : il n'y a que des actes qui concernent le corps et la vie de quelqu'un d'autre
- Il n'y a pas de petits ou de grands professionnels du soin : il n'y a qu'un humain en action dans un contexte donné. (Hesbeen, 2013)

Mais tout cela n'est pas inné est demande des compétences associées à un questionnement perpétuel par rapport aux situations vécues et rencontrées. Le professionnel infirmier doit faire preuve alors de créativité, d'initiative et de recherche car la pratique est en évolution constante et demande une adaptation constante. Mais aussi parce que la pratique ne laisse jamais en paix au risque de s'endiguer dans le conformisme. C'est pourquoi « l'art du soin consiste à savoir conjuguer l'impossible et le possible, le réalisable et le réalisé, à faire de l'insatisfaction parfois ressentie un tremplin pour l'amélioration des pratiques ». (Seli Arslan, 2013).

³⁷ Haute Autorité de Santé. (2018). Récupéré de : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

³⁸ Haute Autorité de Santé. (2018). Récupéré de : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf

Le soin infirmier a pour caractéristique de s'adresser à un humain parfois malade, dépendant ou à une personne affaiblie, est donc plus sensible. Dans ce contexte que nous pourrions identifier comme un contexte de vulnérabilité, il est important de construire une relation de confiance équitable autour d'un pouvoir partagé. L'infirmier est bien là pour faire un bout de chemin et répondre à un besoin exprimé ou ressenti de la part d'un tiers. Il n'est pas là pour faire à la place ou décider ce qui est le mieux pour l'usager. La frontière est parfois difficile à maintenir et des débordements de fonctions et de rôles peuvent se produire. Cela demande une vigilance continue afin de respecter la dignité humaine de chacun. Par conséquent, une pratique infirmière « de qualité requiert l'implication, la présence, la sensibilité de professionnels qui ont opéré le choix de mettre du soin dans les soins qu'ils prodiguent, dans les actes qu'ils posent. » (Hesbeen, 2017, p.53) C'est une démarche individuelle qui échappe aux nomenclatures dictées par les procédures voir aux notes de service établies par les hiérarchies. Les normes définit dans les manuels d'accréditation attestent certes d'une conformité pour réaliser les activités évaluées mais ne suffisent pas à faire de l'acte un soin de qualité apprécié par l'usager. Même si

« les différentes démarches d'évaluation et d'accréditation ainsi que le recours de plus en plus répandu aux procédures et à la « traçabilité » conduisent à prodiguer des soins de qualité technique et scientifique de plus en plus élevée en termes de sécurité nous devons néanmoins observer que les gains majeurs et significatifs de qualité qui peuvent être aujourd'hui proposés à la population résident, en tout premier lieu, dans le soin, c'est-à-dire dans l'attention particulière portée à la personne, dans la capacité de la faire exister, de la considérer en tant que sujet. » (Hesbeen, 2017, p.65).

Soigner c'est prendre des risques mais c'est aussi mettre ses « talents humains au profit d'autres humains » (Hesbeen, 2017, p.14) en tissant avec les patients, les usagers un lien humain. C'est pourquoi, être infirmière, infirmier c'est

« faire la preuve que la prestation infirmière a une identité qui lui est propre tant par le champ de compétence qu'elle recouvre que le processus de soins qu'elle propose, ainsi que par une clarification de la nature du pouvoir des soins infirmiers, de leurs limites et de leurs dimensions sociales, économiques et politiques. » (Collière, 1982, p.292).

Quelques années plus tard une infirmière s'exprime dans une vidéo en disant :

« Ton but dans la vie (quand tu es infirmière) c'est aider les autres. Etre là pour eux. Les faire sourire dans les pires moments. C'est ça être infirmière. C'est se battre pour les autres tu vois et ce n'est pas les dirigeants des hautes instances qui vont nous aider. » (Estremo, 2016)

Les liens humains tissés avec les usagers sont primordiaux et donnent aux activités de soins une saveur particulière. Le film « dans les yeux d'Olivier : IDE à l'épreuve de la vie » (Delacroix, 2016) un patient témoigne en disant : « ici l'accueil c'est top, les soins c'est top. En tant que patient ont à déjà le stress de la maladie... Vous tombez sur du personnel qui vous écoutent...Il y a une petite complicité. » Charline infirmière libérale poursuit

« Je suis une soignante avant tout. Une aide primordiale pour certaines personnes... parfois ils n'ont que moi pour les aider à se laver, à s'habiller... Un lien pour des gens isolés qui n'ont plus de lien avec leur famille par exemple.... C'est le plus beau cadeau dans notre profession de voir ces familles qui nous ouvre leurs bras... et qui nous font une totale confiance... Ce n'est pas rien de faire confiance à quelqu'un de laisser le corps malade de son proche entre les mains de quelqu'un quand soi-même on se sent impuissant. Ce n'est pas évident. C'est très fort, c'est une relation particulière... ». (Delacroix, 2016).

Au regard de ses témoignages, cela devient une responsabilité que de cheminer avec l'Autre, d'être curieux et de garder son esprit d'infirmier en éveil pour s'étonner. Cela suppose aussi un engagement pour assurer une qualité dans l'offre de soins proposés sur un territoire.

En 2002, le Comité International des Infirmières (CII) énonce que : « Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers (CII 2002).

L'article R.4311-2 du Code de la Santé définit les soins infirmiers de la manière suivante :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;*
- 2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;*
- 3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;*
- 4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;*
- 5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

L'enjeu est grand pour les instituts de formation en soins infirmiers. D'un côté il est nécessaire d'apporter les savoirs propres, de proposer des ateliers permettant le développement d'habilités techniques de haut niveau, et d'un autre d'élargir les visions pour proposer une place à l'humain en interrogeant l'intentionnalité du soin. Le lien avec le monde professionnel notamment par le biais de l'analyse de situations de travail est essentiel et va

permettre d'exercer son raisonnement clinique infirmier pour une prise de décision. Là se trouve une des missions du cadre de santé formateur que nous irons explorer dans notre recherche.

1.4. La santé

La définition du terme « santé » dans le domaine médico-social s'appuie le plus souvent sur l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) qui l'appréhende comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »³⁹ Dans le contexte des sciences infirmières et de la médecine cette vision demande à être élargie et enrichie. La santé peut aussi être appréhendée comme un bien précieux qui est en chaque être humain. Elle fait partie de l'existence humaine. Des actions spécifiques de professionnels compétents permettent « à la personne en souffrance d'évoluer vers un bien-être qui lui est propre, témoin de son harmonie personnelle, particulière et à nulle autre pareille. » (Honoré, 1996, p 36). Ainsi nous développerons notre propos autour de trois axes :

- La santé vue comme une capacité d'adaptation et de normativité
- La santé : une expérience humaine unique
- L'accompagnement d'une personne dans son expérience de santé.

1.4.1. La santé vue comme une capacité d'adaptation et de normativité

Comme nous l'avons vu précédemment, l'environnement a un impact fort sur la santé des individus. Un lien va donc s'établir entre une personne (qui peut être également une communauté ou un groupe) et son cadre de vie venant influencer parfois son état physiologique et/ou psychologique. Notre écosystème change et des transformations sont nécessaires pour que les êtres humains développent de nouvelles capacités en lien avec l'évolution de leur environnement. Dans ce contexte Pierre Ancet (2008) perçoit la santé comme « une capacité d'adaptation individuelle aux variations du milieu » (Ancet, 2008, p.36). Ce processus va donc demander à chacun de s'accoutumer de manière active. L'organisme va interagir avec les mutations du milieu dans lequel il vit. C'est pourquoi la santé demande « un effort permanent de compromis précaire pour assurer l'équilibre en devenir, une tentative pour composer avec les contraintes extérieures et les écarts ou erreurs internes ». (Durrive, B., 2012, p.2). Canguilhem précise que la capacité de l'homme à s'adapter aux évolutions du milieu et à élaborer de nouvelles normes est en lien avec le concept de normativité. Dans un contexte nouveau, l'homme revisite son espace familial, fait

³⁹ Préambule à la constitution de l'OMS (1946).

évoluer son cadre de vie et établie de nouvelles règles de fonctionnement indispensable pour rester un être en santé. En cas de non accommodation la notion de maladie apparaît. Dans ce cas, l'individu n'arrive pas à faire face à la nouvelle situation qui se présente à lui. Il ne parvient pas à « reconfigurer » les variations de l'espace et à se construire un nouveau cadre.

Pour Canguilhem, l'être humain va s'adapter avec souplesse, va faire jouer son système tampon interne pour tolérer biologiquement les écarts. Ainsi selon lui « les maladies sont de nouvelles allures de la vie ». (Canguilhem, 1943, p.59). Il prend dans son ouvrage l'exemple d'une personne qui vit avec un seul rein et dont l'organisme est arrivé progressivement à s'équilibrer en disant : « on reste normal, dans un milieu donné, avec un seul rein. Mais on ne peut plus se payer le luxe de perdre un rein. » (Canguilhem, 1966). Nous rapprochons ici la vision de Barrier (2008) qui parle d'auto-normativité. Pour l'auteur « le principe normatif, le moteur de la normativité, c'est-à-dire de la création de normes, est inhérent, intérieur au sujet humain ; et tout particulièrement au patient, en ce qui concerne la norme de santé. » (Barrier, 2012, p.8). Sa démarche positionne le patient comme pilote de son parcours de santé. Après une phase d'assimilation mais aussi de réorganisation de son espace de vie, la personne redéfinit ses propres normes de santé et établit un nouveau rapport entre son être, sa pathologie, ses thérapeutiques et sa vie.

Prenons l'exemple d'un adulte de 30 ans qui suite à un accident de chantier devient paraplégique des membres inférieurs. Après plusieurs mois d'hospitalisation puis de rééducation fonctionnelle il réorganise sa vie et ses activités. Il reprend la compétition dans son activité physique antérieure, le basket, dans la section handisport. Il achète une voiture automatique, profite de sa famille et de l'aide d'un ergothérapeute pour aménager son domicile... Nous pouvons dire dans cette situation que cette personne au fil du temps c'est constituée de nouvelles règles et normes de vie. Ce qui de l'extérieur est perçu comme un handicap et en fait vécu par la personne comme une accommodation de sa vie à sa nouvelle situation physique et psychologique demandant un aménagement de son espace de vie. C'est aujourd'hui un enjeu majeur pour l'ensemble des professionnels de santé dont les infirmières par rapport à l'augmentation des pathologies chroniques. Un virage dans la prise en soins mais aussi dans la coordination des parcours est à envisager afin de co-construire le chemin de vie et de santé des usagers. L'accompagnement va s'orienter autour d'un apprentissage de la santé, voire de la maladie.

1.4.2. La santé comme une expérience humaine unique

Commençons par un extrait de la pièce de théâtre « la mémoire aux oubliettes ». (Pelaez, 2018).

- « *J'ai des souvenirs d'oubliés...*
- *Reviens sur terre, la vie n'est pas une scène de théâtre. Sois réaliste tu es malade, alors arrête de tout prendre à la rigolade.*
- *A quoi bon prendre la vie au sérieux, puisque de toute façon on en ne ressortira pas vivant »*

Pour enrichir notre propos nous prenons appui également sur l'expérience de vie qu'on eu Stephen HAWKINS⁴⁰, Béatrice HESS⁴¹, ou encore Grand corps malade⁴². Tous les trois ont fait évoluer leur cadre de vie, créer leur propre norme de vie pour être force de création dans la durée de leur existence. Ces parcours singuliers de vie témoignent de la force et des ressources que chaque être humain a en lui. La santé prend alors une autre dimension est devient « le luxe de tomber malade et de s'en relever » (Canguilhem, 1966). Cette approche est à comprendre nous semble-t-il comme un apprentissage, mais également comme une adaptation de notre organisme à de nouvelles normes. Ainsi quand nous « tombons malade » pour reprendre une expression courante, notre corps nous envoie des signaux, (nez qui coule, fièvre, fatigue, extinction de voix...) nous demandant de réorganiser notre mode de vie afin de conserver physiologiquement un équilibre.

Par exemple, si nous contractions le virus de la grippe ou luttons contre les agents pathogènes de la varicelle, notre organisme va faire l'expérience d'un contexte nouveau. Nos cellules vont lutter dans un milieu interstitiel différent et apporter une réponse spécifique face à l'agent pathogène en cause. Les anticorps vont s'allier pour phagocyter les agents étrangers et faire évoluer le milieu intérieur de chaque être humain. Comme le stipule René Leriche : « la maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir ». (Bézy, 2009, p.48). Ainsi après une agression, nos données organiques personnelles vont évoluer voire produire de nouvelles composantes chimiques afin de garder en mémoire l'agression vécue et y faire face si elle se reproduit. Les cellules se sont adaptées, des anticorps sont venus renforcer les défenses immunitaires laissant une trace, un marqueur, dans l'identité biologique de l'individu. La vie reprend son cours avec de nouvelles données assimilées et enregistrées. Canguilhem fait un lien avec la notion de vie :

« Nous pensons que la médecine existe comme art de la vie, parce que le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements, appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative. Nous pensons qu'en cela le vivant humain prolonge, de manière plus ou moins lucide, un effort spontané, propre à la vie, pour lutter contre ce qui fait obstacle à son maintien et à son développement pris pour normes.» (Canguilhem, 1996).

⁴⁰ Stephen HAWKINS : physicien théoricien et cosmologiste britannique qui souffrait d'une forme rare de sclérose latérale amyotrophique (SLA)

⁴¹ Béatrice HESS : championne olympique de natation catégorie S5. Elle a gagné environ vingt médailles d'or aux Jeux paralympiques de 1984 à 2004

⁴² Grand corps malade : slameur, poète et auteur-compositeur-interprète français, handicapé suite à un plongeon dans une piscine dont le niveau d'eau était trop bas.

Nous pouvons élargir également ce constat avec des fléaux de plus grande ampleur tel que la lèpre, la grippe A H1N1 ou encore les hépatites virales qui touchent une population avec un nombre important d'être humain. Les enseignements qui sont tirés de la gestion de crise de ces épidémies amènent à construire une ligne stratégique et à établir de nouvelles règles de vie voire environnementales bousculant parfois les normes sociétales. De nouveaux comportements se déclinent amenant à l'appropriation de nouveaux codes.

L'échange entre Knock et Le Tambour (Acte II) dans la comédie satirique de Jules Romains (2008) nous replonge dans la singularité propre à chacun pour exprimer son ressenti face à des symptômes spécifiques :

Knock : « Les gens bien portant sont des malades qui s'ignorent »...
Le Tambour : ... Voilà. Quand j'ai diné, il y a des fois que je sens une espèce de démangeaison ici. Ça me chatouille, ou plutôt, ça me grattouille.
Knock : Attention. Ne confondons pas. Est-ce que ça vous chatouille, ou est-ce que ça vous grattouille ?
Le Tambour : Ça me grattouille. Mais ça me chatouille bien un peu aussi.
Knock : désignez-moi exactement l'endroit.
Le Tambour : Par ici.
Knock : Par ici...où cela, par ici ?
Le Tambour : Là. Ou peut-être là... Entre les deux.
Knock : Juste entre les deux ?... Est-ce que ça ne serait pas plutôt un rien à gauche, là, où je mets mon doigt ?
Le Tambour : Il me semble bien. » (Romains, 2008, p.46-47)

Nous constatons dans cet extrait, que l'expression des symptômes est personnelle et singulière. Le médecin est plus largement les professionnels de la santé vont écouter, questionner pour établir un diagnostic clinique en fonction des données transmises par l'utilisateur.

1.4.3. L'accompagnement d'une personne dans son expérience de santé

Cheminer avec une personne dans son expérience de santé suppose de la part des infirmières, et plus largement des professionnels de santé, d'accompagner la singularité de la demande. Ainsi « accompagner une personne implique pour les deux parties prenantes de cet accompagnement, d'être adaptables, présents, attentionnés et écoutants, car l'accompagnement d'une personne en situation de handicap s'inscrit et s'inscrira inéluctablement dans une demande d'humanité et d'humanisation réciproques » (Nuss, 2009, p.3). Les propos tenus s'inscrivent dans le champ certes du handicap mais peuvent être transposé dans tous les contextes de soins dès lors qu'il y a une rencontre entre un soigné et un soignant. Nous sommes ici dans l'une des spécificités de l'exercice infirmier en lien avec le champ de la relation humaine mais surtout de la vie dans une perspective de santé. Pour Marie-Françoise Collière (2001) « soigner, (c'est) accompagner les grands passages de la vie ». Nous sommes ici, dans les situations d'acte de vie sans forcément la

présence de maladie. C'est ce que nous retrouvons par exemple dans les orientations des démarches de santé publique. Aujourd'hui, les stratégies se dirigent au regard d'une population cible en fonction le plus souvent d'un ensemble de facteurs de risques identifiés. La promotion de la santé a pour but de conférer « aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa, OMS, 1986). Elle « permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison. » (OMS) ⁴³ Tous les acteurs de la santé sont concernés par la démarche dès lors qu'il participe à l'offre de soins d'un territoire. Ainsi selon santé publique France cela demande de ⁴⁴ :

- « travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des usagers et de leur famille, par-delà la lutte contre les maladies
- mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent la structure de santé ou vivent à proximité
- travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins
- faire de la structure de santé un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun
- faciliter la participation effective et concrète des usagers et des professionnels aux décisions qui concernent leur santé
- participer à l'amélioration du système de santé en général. »

La santé est perçue comme un patrimoine collectif à préserver. Accompagner une personne voir une population dans son expérience de santé devient ici communiquer et collaborer à l'établissement d'un diagnostic éducatif aux regards des besoins et des demandes des intéressés. La démarche vise un changement de comportement à la fois individuel mais aussi environnemental afin de faire évoluer les habitudes de vie et faire progresser une certaine vision de la « culture santé ». Il devient essentiel de s'appuyer sur les ressources des individus pour cheminer ensemble. Cela reste une entreprise qui se mesure dans le temps avec des effets dans la durée.

La perspective de santé oriente les infirmières vers un engagement à destination de l'autre et « s'inscrit dans une ouverture à l'existence d'autrui, afin de l'aider à trouver le chemin – parfois sinueux il est vrai – le plus porteur de sens pour lui. » (Hesbeen, 2009, p.28). Nous voyons bien que les interventions infirmières sont centrées sur le soin et pas sur celui de la guérison. Ainsi « l'acte de soigner, de prendre soin relie à accompagner sans qu'il y ait un lien obligé avec la maladie ». (Collière, 1982, p.1-2) Le but est de cheminer avec un être

⁴³ Organisation Mondiale de Santé. Récupéré de : <https://www.who.int/features/ga/health-promotion/fr>.

⁴⁴ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Récupéré de : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/HSPS/promotion...>

singulier sur son parcours de vie. La relation soignant-soigné est engageante et amène à une réciprocité humaine voir une altérité pour co-construire le chemin de vie et l'accommodation du vécu du corps malade ou en souffrance dans une certaine promotion du bien-être. Tout doucement de nouvelles perspectives se profilent impactant et contribuant à l'évolution des exigences socio-économique de notre système de santé ainsi que de l'évolution du cadre législatif. Dans l'approche du soin, de l'usager, il est désormais attendu mais aussi demandé par les associations des usagers, « une participation de la personne au volet soin de son projet personnalisé » (ANESM). Certaines conceptions du soin, de la vision du patient et de la prise en soins se trouvent donc bousculées. Les croyances de certains acteurs du monde de la santé demandent à être interrogées. Les curriculums de formation initiale et continue vont devoir évoluer et réaménager les plaquettes pédagogiques.

1.5. L'articulation dans l'exercice infirmier

Les quatre concepts de la discipline infirmière s'articulent entre eux et s'expriment dans l'exercice quotidien de l'activité journalière. Ils sont indissociables et interagissent ensemble. Ils prennent forme aussi bien dans le champ de la clinique au contact des usagers mais également dans le champ du management et de la formation. Nous pourrions retrouver leur trace dans l'exercice professionnel infirmier, aide-soignant ou encore dans l'exercice d'un cadre de santé exerçant en formation ou dans une unité de soins ainsi que dans l'activité des directeurs de soins.

Les différents modèles conceptuels et théories de soins, qui se sont succédés au fil des années, structurent l'organisation intellectuelle des données collectées avec une application concrète dans la réponse apportée par les soignants dans leur exercice professionnel. Construire sa réflexion et son questionnement à partir : de l'école des besoins de Virginia Henderson et de Dorothea E. Orem, ou de l'école de l'apprentissage de la santé de Moyra Allen et de McGill ou de l'école du Caring de Jean Watson et de Madeleine Leininger ou encore de l'école des patterns de Martha E. Rogers et de Rosemarie R. Parse permet de porter un jugement clinique structuré au regard de la situation appréhendée. Ces différentes conceptions participent à l'évolution des sciences infirmières et contribuent à l'expression du leadership infirmier autour des thématiques de la personne, de l'environnement, des soins et de la santé. La philosophie des soins de santé, sous tendu dans ces différents modèles et théories, oriente la vision de l'humain, de la santé et du soin amenant à un changement de paradigme dans la culture soignante. C'est pourquoi

« la pratique se centre sur le soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. Chaque infirmière a une conception de ce

centre, lequel, la plupart du temps, demeure implicite. » (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010, p.85)

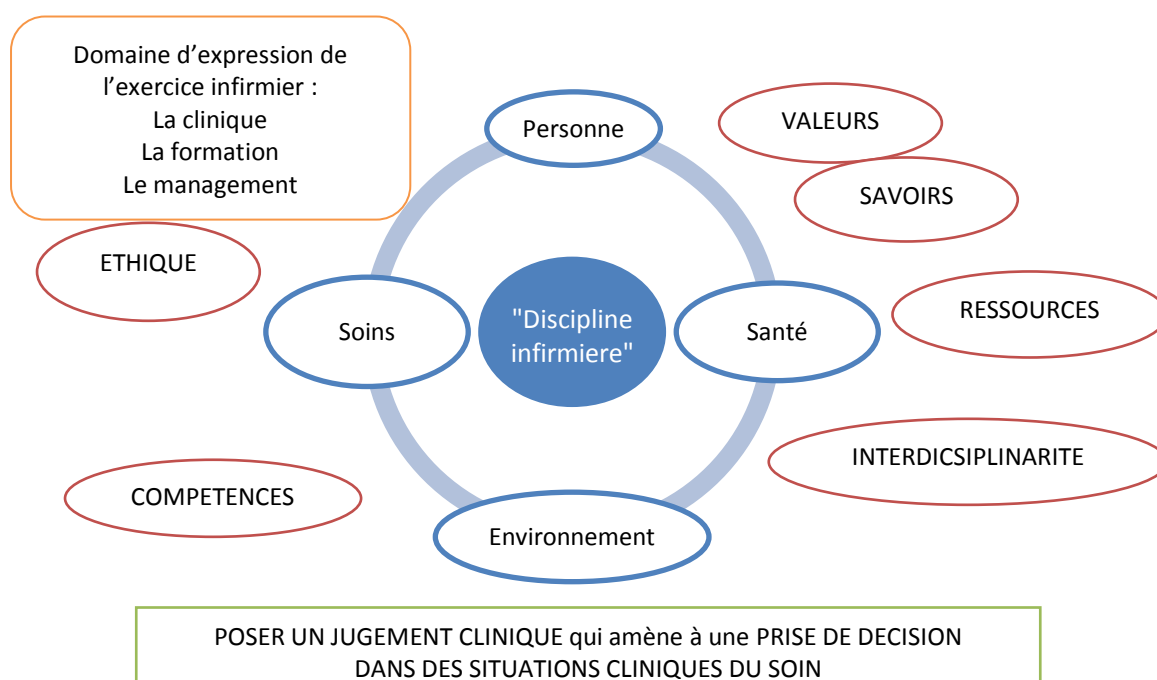
Mais n'est-ce pas là un des objectifs de la formation ? Comment à partir des représentations, des savoirs théoriques et expérimentiels les apprenants vont-ils construire leur conception des sciences infirmières ?

Il nous semble que pour faire évoluer les paradigmes existants, la formation initiale et continue a un rôle essentiel à jouer. Nous tenterons ainsi de découvrir si le concept de personne, d'environnement, de soin et de santé sont mobilisés par les cadres de santé formateurs dans leur conception et animation des séquences pédagogiques ainsi que dans leur approche de l'apprenant en formation. Mais également en quoi l'ingénierie de formation va venir structurer et impacter la construction identitaire des futurs professionnels infirmiers ?

Les fondements de « Personne », d'« Environnement », de « Santé » et de « Soin » ne peuvent se suffirent à eux-mêmes. Ils supposent une articulation avec les termes de valeurs, de ressources, de savoirs, de compétences, d'interdisciplinarité et d'éthique pour permettre aux professionnels infirmiers de mener une analyse soignante aboutissant à une prise en soins adaptée à l'utilisateur. (**Figure 2**).

Ce cheminement intellectuel engage le professionnel dans une dynamique de raisonnement alliant des données issues des savoirs expérimentiels, des savoirs académiques ainsi que de la démarche analytique. Progressivement, le soignant va construire les fondations de son raisonnement clinique infirmier aboutissant à une prise de décision. Cette dynamique permet d'engager le processus de professionnalisation.

Figure 2 : Une forme d'expression de l'exercice infirmier



Prendre une décision demande le traitement des données collectées afin d'élaborer un raisonnement. Différentes hypothèses vont donc se dégager aboutissant à un choix. Suivant la conception que le professionnel a du soin, de l'équipe, de l'humain la réponse apportée sera différente. Dans tous les cas, poser un jugement clinique va engager la responsabilité et impliquer le professionnel.

Prenons un exemple : imaginons qu'Andrée infirmière dans un service de médecine générale a dans son secteur de travail un patient, monsieur Jean. Ce dernier a des difficultés à se mobiliser suite à une chute dans ses escaliers. Sa prise en soins journalière requiert une suppléance notamment à la mobilisation pour l'installation dans son lit et la mise au fauteuil. Aujourd'hui à la prise de poste d'Andrée les collègues lui transmettent que monsieur Jean aura la visite de deux de ses petits-enfants (18 ans et 20 ans) vers 15 h et qu'il est très content de les voir et de partager un moment avec eux. Un des objectifs du projet de soins négociés avec le patient est de l'accompagner dans le développement de son autonomie en lien avec sa rééducation afin de mettre en place un retour rapide à domicile.

Au niveau de l'organisation du travail Andrée apprend que Thérèse est en arrêt maladie depuis ce matin et que l'équipe d'après-midi est composée de trois personnes au lieu de quatre. Au vu de ce contexte, plusieurs options de prise en soins peuvent être envisagées par l'infirmière. Nous en proposons trois.

Option 1 : Andrée souhaite profiter de la venue des petits enfants pour dynamiser le développement de l'autonomie de monsieur Jean. Elle lui propose alors d'avancer son lever afin qu'il soit au fauteuil à leur arrivée. Elle lui suggère de profiter du beau temps pour aller se promener avec eux. Pour cela elle l'invite à mettre une tenue plus chaude et des chaussures adaptées. Elle discute avec la personne afin de recueillir ses souhaits et adapter sa réponse tout en lui signalant qu'il manque une personne dans l'équipe et que peut-être il devra attendre pour être recouché.

Option 2 : Andrée doit réorganiser la répartition des activités en tenant compte de l'impact qu'engendre l'absence de sa collègue. Malgré les sollicitations de Monsieur Jean, elle décide de le laisser au lit pour gagner du temps en fin d'après-midi. Le développement de l'autonomie sera mobilisé un autre jour.

Option 3 : Andrée décide de déplacer l'intervention des kinésithérapeutes et de la programmer à 14 h 30 afin d'avoir une aide extérieure pour la prise en soins de monsieur Jean et s'assurer qu'il soit au fauteuil à l'arrivée de ses petits-enfants. Elle mobilise une ressource autour du travail en équipe afin d'organiser la mise en œuvre des interventions en lien avec les objectifs d'autonomisation et de rééducation définis dans le projet de soins du patient.

Les trois options proposées sont envisageables et auront un impact différent à la fois sur la prise en soins de l'utilisateur et sur l'organisation du travail. Suivant la conception mais aussi la priorisation des activités de soins envisagées, les répercussions ne seront pas les mêmes. Les trois possibilités sont légitimes et peuvent être largement argumentées en fonction des orientations prises par le soignant. Mais l'objectif poursuivi est très différent et n'atteindra pas la même finalité. La réflexion menée par l'infirmière l'amène à poser des actions très différentes. Dans cette situation, le cheminement de pensée aboutissant à une prise de décision relève du discernement professionnel permettant la mise en place d'action spécifique en lien avec l'état de santé du patient. Pour ce faire l'infirmière a analysé les éléments de la situation afin d'identifier le ou les problèmes lui permettant de définir les actions appropriées qu'elle va mettre en place. Mais cela n'est pas instinctif et va demander un accompagnement initié dès la formation initiale.

2. Le raisonnement clinique infirmier

2.1. Les éléments qui guident le champ d'intervention de l'activité infirmière

Aujourd'hui en France, le champ d'activité des infirmières évolue et de nouvelles compétences doivent se développer pour répondre aux besoins du système de santé. Le développement de la formation des infirmières de pratique avancée, des infirmières cliniciennes, des infirmières d'annonce ou encore des infirmières de coordination de parcours montrent l'importance dès la formation initiale d'initier le socle du raisonnement infirmier.

L'activité des professionnels soignants repose sur différents paramètres au centre desquels se trouve l'état de santé du patient. La détection de l'évolution des signes et symptômes, en lien avec des complications éventuelles ou des indices d'amélioration, les échanges avec le patient et son entourage, la prise en compte du cadre de vie de l'utilisateur sont des éléments qui font partie intégrante du travail journalier. Pour élaborer sa réponse en soins, le professionnel mène une réflexion prenant appui sur la structuration d'un raisonnement et d'un questionnement. Ce processus abouti à une prise de décision infirmière qui va venir impacter et orienter les actions soignantes. Devant l'évolution de l'état de santé d'une personne, l'infirmière doit rapidement identifier et formuler des hypothèses pour apporter une réponse de qualité. La rapidité de son intervention en lien avec les signaux qu'elle aura décelé va interférer sur la prise en soins du patient. Ainsi observer, trier, sélectionner les données, établir des concordances entre ses savoirs et les indicateurs relevés témoignent du raisonnement clinique infirmier mobilisé quotidiennement dans l'activité journalière pour poser un jugement clinique.

Le parcours de soin d'un usager s'articule autour d'interventions pluriprofessionnelles mettant en scène différents corps de métier. Chacun, en complémentarité et en fonction de son domaine de compétence, va contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne. Le croisement des données partagées va permettre de prendre une décision et d'établir le chemin thérapeutique le plus approprié.

Par ailleurs nous tenons à préciser ici le cadre légal de l'exercice professionnel infirmier en s'appuyant sur le code de santé publique. Ainsi l'article R. 4311-1 du Code de santé publique stipule que :

*« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.
Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.
Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »*

Nous retiendrons de l'article R. 4311-2 énoncé dans le chapitre précédent que

« les soins infirmiers (...) ont pour objet (...) de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions, (...) de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

Et pour l'article R. 4311-3 que

*« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.
Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »*

L'article R. 4311-7 note que

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin ».

Nous retrouvons ainsi les deux axes possibles pour l'exercice professionnel infirmier.

- Un premier axe autour d'un « rôle propre » qui lui permet de réaliser des actions de soins de manière autonome.

- Un deuxième axe autour d'un « rôle sur prescription médicale » qui lui permet de contribuer avec le médecin à la mise en œuvre des thérapeutiques.

La démarche proposée pour dispensée des soins adaptées se réfèrent à l'identification de plusieurs paramètres dont l'identification des besoins arrive en premier permettant la formulation d'un diagnostic infirmier. L'association nord-américaine en faveur du diagnostic infirmier (N.A.N.D.A) le définit comme

« l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics servant de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable. »⁴⁵ (Pascal, Frécon Valentin, 2016, p.12).

Ainsi le raisonnement clinique infirmier sur lequel la démarche de soins et le diagnostic infirmier s'appuie deviennent des étapes centrales pour accompagner un patient. Ce processus conduit l'infirmier à réaliser une co-analyse de la situation de vie et de santé avec la personne soignée, de repérer conjointement les ressources disponibles et les difficultés qui demanderont temporairement ou définitivement une suppléance afin de dispenser un soin personnalisé. Grâce à cette démarche les soignants prodigueront des soins de haute qualité en adéquation avec les besoins de la population. Mais ce cheminement ne va pas de soi. C'est un long parcours qui s'initie dès la formation initiale et se poursuit dans l'exercice professionnel voir en formation continue. Elaborer un chemin de pensée à partir d'un faisceau d'indices permet une prise de décision éclairée. Le processus d'analyse par l'infirmier grâce au raisonnement clinique infirmier va venir structurer sa démarche clinique.

2.2. Une approche du raisonnement clinique infirmier

Généralement le terme de raisonnement clinique est associé à la pratique médicale. Il se définit comme « un ensemble de processus de pensée et de prise de décisions qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » (Higgs & Jones, 2005, p.236).

Dans la littérature des sciences infirmières plusieurs expressions lui sont associées comme « jugement clinique, résolution de problèmes, processus décisionnel et pensée critique » (Chapados, Audétat & Laurin, 2014, p.38). Les différentes définitions recensées témoignent de similitudes permettant de dégager des spécificités telles que « l'utilisation de la cognition, l'utilisation de stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), une démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives » (Coté & St-Cyr Tribble, 2012, p.12).

⁴⁵ North American Nursing Diagnosis Association. P.12

Nous retenons ici la définition proposée par Fonteyn et Ritter pour qui le raisonnement clinique des infirmières est perçu « comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la signification des problèmes de santé des clients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus » (Fonteyn & Ritter, 2008). Tanner précise que c'est un

« processus cognitif qui permet de formuler des jugements cliniques à partir de données et d'indices. L'interprétation réalisée prend en compte les besoins des patients, leurs préoccupations et leurs problèmes de santé. C'est l'étape préliminaire permettant de déterminer les actions à entreprendre ». (Tanner, 2006, p.17)

Nous percevons bien que c'est une activité cognitive complexe s'appuyant sur une démarche de raisonnement aboutissant le plus souvent à la mise en place d'action concrète.

Dans l'exercice infirmier ce processus devient

« une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable. » (Marchal & Psiuk, 2002, p.87).

Cette approche centrée sur la problématique d'une personne permet de donner du sens au soin réalisé. L'activité devient ainsi une activité unique où les données collectées puis analysées favorisent une réponse en soins de qualité. Dans l'exercice infirmier la matérialisation de ce raisonnement s'opère à travers le projet de soins et la démarche de soins. C'est pourquoi

« la pertinence d'un projet de soins adapté à chaque personne pose la question de la formulation d'un raisonnement clinique qui part du patient, conduit l'infirmière dans des champs de connaissances variées et l'oblige à utiliser une méthodologie de problématisation avant d'entrer dans la démarche de résolution de problème. » (Psiuk, 2010, p.1)

Ainsi, « La démarche clinique est un processus qui s'appuie sur une conception humaniste des soins qui prend en considération l'expression personnalisée des maladies et les réactions comportementales de la personne à sa maladie, à son placement, à l'hospitalisation... » (Marchal & Psiuk, 2002, p.91) Le soignant a donc un rôle essentiel dans l'écoute de la verbalisation des symptômes de la personne et des caractéristiques de son vécu personnel de la maladie. L'expression de sa perception de la douleur, du picotement, de la gêne que procure un essoufflement va venir enrichir l'histoire de santé. L'infirmière pourra repérer des indicateurs en faveur de tel ou tel indices qu'il faudra ensuite confirmer par des données objectives recueillies à partir d'examens spécifiques en corrélation avec l'équipe médicale. C'est une dynamique collective où patient et professionnels apportent leur vision de la situation. Comme le précise Virginia Henderson : « j'aime bien dire que l'infirmière aide le patient à trouver le problème qu'il a, non pas que l'infirmière décide que c'est cela le problème ». (Henderson, 1966). La construction s'établit en fonction de l'exploration des éléments cliniques relatés ou repérés chez la personne. Le consentement

du patient est recherché et un échange s'établi avec lui afin de prendre en compte ses souhaits. Cette dynamique permet de faire de meilleurs choix d'investigation, de construire la réponse en soins en la personnalisant et en élaborant le parcours de soins. Le but ici est de trouver, si possible ensemble, des pistes de solutions personnalisées en les négociants avec la personne soignée voir son entourage dans un souci d'amélioration de son bien-être. Différentes alternatives peuvent être envisagées en mesurant les conséquences éventuelles et le bénéfice risque de chaque proposition. L'implication de la personne dans son projet thérapeutique est donc essentielle. Cette dynamique de co-construction avec le patient va nécessiter le développement de différentes compétences et ceci dès la formation initiale. Le raisonnement clinique ainsi que le processus décisionnel deviennent donc des éléments indispensables au développement de la professionnalisation des infirmières. Des stratégies d'apprentissage en lien avec la construction du dispositif de formation devront être envisagées. Là se trouve donc un enjeu majeur pour les cadres de santé formateurs qui élaborent l'ingénierie de formation et accompagnent les apprenants dans leur processus de professionnalisation.

2.3. Construire son raisonnement de soignant

2.3.1. *Sur les pas de Sherlock Holmes et Docteur House*

Le but ici n'est pas de décrire les différentes étapes de la démarche de soins mais plutôt de s'attarder sur les différentes actions mises en œuvre par les soignants pour construire leur raisonnement.

Nous prenons ici appuie sur trois exemples de l'art cinématographique avec les séries « Profilage », « Sherlock Holmes » ou encore « Docteur House » mettant au grand jour le processus de questionnement mené par les personnages. Le scénario et les répliques sont construits autour de la formulation d'hypothèses que les enquêteurs investiguent et essaient de résoudre. Le spectateur suit le cheminement intellectuel des artistes. Dans tous les cas, les démarches progressent et se matérialisent autour d'un mode inductif au départ pour ensuite évoluer vers un mode intuitif puis analytique. Les acteurs enquêtent par diagnostic différentiel en éliminant les signes évocateurs les plus probables. Comme le stipule Conan Doyle, « lorsque vous avez éliminé l'impossible, ce qui reste, si improbable soit-il, est nécessairement la vérité. » Sur le modèle d'un détective, ils cherchent des traces, des preuves, des indicateurs afin de construire leur présomption sur la situation. Au fil des données collectées, ils associent les idées et se composent une représentation du problème. En équipe, ils opèrent ensuite des recherches afin d'enrichir leur vision de la situation par des connaissances en lien avec des cas similaires, en lien avec des reconstitutions, voir en lien avec des situations analogues contemporaines ou historiques. Progressivement ils

donnent du sens à leurs hypothèses en croisant les données avec les connaissances pertinentes retenues. Le plus souvent ils commencent par vérifier des pistes qui n'aboutissent pas ou qui ne se suffisent pas à elle-même pour clôturer l'enquête. Elles débouchent en revanche sur la formulation de nouvelles hypothèses qu'il est alors nécessaire de vérifier. Puis les indices se clarifient, les questions sont plus précises et la cible à atteindre devient plus nette. Le faisceau d'indicateurs converge alors doucement pour proposer une solution probable qui demande parfois un dernier ajustement au moment de l'évaluation finale.

Ce petit détour nous permet de montrer que ce type de raisonnement est transversal et s'applique dans plusieurs contextes dont celui du soin et de la formation.

2.3.2. Du raisonnement intuitif au raisonnement analytique

Le centre national de ressources textuelles et lexicales⁴⁶ définit le mot raisonnement comme « la faculté d'analyser le réel, de percevoir les relations entre les êtres, les rapports entre les objets, présents ou non, de comprendre les faits ». De plus raisonner mobilise des « processus cognitifs et de connaissances spécifiquement organisées pour cette tâche » (Pelaccia, 2013, p.1). Ainsi le raisonnement est un processus, un art de percevoir en vue de poser un jugement. Dès l'instant où l'infirmier rencontre un patient un faisceau d'indices s'articulent pour élaborer une première représentation mentale de la situation. Puis les processus intuitifs et les processus analytiques s'organisent pour constituer une vision plus éclairée de la problématique. Ainsi le premier jugement clinique posé va permettre de formuler les premières hypothèses dans le but d'apporter une vision pour la résolution des problèmes réels ou potentiels. La démarche s'apparente à une approche heuristique d'un problème dans le sens où « une heuristique est un raisonnement formalisé de résolution de problème (représentable par une computation connue) dont on tient pour plausible, mais non pour certain, qu'il conduira à la détermination d'une solution satisfaisante du problème ». (Le Moigne, 1991). Selon Annick Weil-Barais (2011) le jugement se fait le plus souvent en situation d'incertitude, par utilisation des heuristiques de jugement, de représentativité, d'ancrage et de disponibilité. L'opérateur établit alors des présomptions à partir des données. Il associe les éléments en réalisant des connexions. Pour cela il s'appuie sur des éléments de vraisemblance en lien avec des familles de situation qui lui semble identique. De plus, assembler les données requiert de la part de l'opérateur la mobilisation d'opération intellectuelle. Pour Perrenoud « mobiliser, ce n'est pas seulement « utiliser » ou « appliquer », c'est aussi adapter, différencier, intégrer, généraliser ou spécifier, combiner, orchestrer, coordonner, bref conduire un ensemble d'opérations mentales complexes qui, en

⁴⁶ CRNTL consulté le 14 février 2019

les connectant aux situations, transforment les connaissances plutôt que les déplacent. (Perrenoud, 2002)

La théorie du double processus est une théorie issue de la psychologie cognitive. Elle est de plus en plus utilisée dans le cadre du monde de la santé et plus spécialement au niveau du raisonnement clinique. (Pelaccia, 2018, p.35). Historiquement, James et Freud (Osman, 2004), ont par le biais de leurs recherches mis en avant que le raisonnement reposait sur deux modes complémentaires de la pensée avec des processus intuitifs et des processus analytiques.

Les processus intuitifs appelé aussi processus non « analytiques » se caractérisent par la conceptualisation rapide d'hypothèses diagnostics dans le cadre médical, ou d'hypothèses en lien avec les caractéristiques d'un problème réel ou potentiel, dans le cadre de l'exercice infirmier. Le professionnel s'appuie sur son savoir expérientiel, mobilise ses cinq sens et développe son sens de l'observation et de l'écoute pour détecter des indices précieux lui permettant d'élaborer une première analyse. Ici la prise en compte des données s'enchaîne automatiquement, sans effort grâce à une combinaison des indicateurs liés à des connaissances expérientielles (Norman, 2005). Le professionnel fait des associations en fonction des signes et symptômes qu'ils repèrent en lien avec des cas antérieurs. « Le clinicien reconnaît une configuration caractéristique de signes « pattern recognition » ou d'une situation clinique qu'il a déjà vue » (Chapados, Audétat & Laurin, 2014, p.39). Au fil du temps et de la multitude des situations rencontrées, l'acteur va se constituer un socle de ressources qu'il pourra mobiliser dans des situations où les indices lui paraissent similaires.

Les processus analytiques obligent un « traitement actif des informations » (Elstein et al, 1990). C'est un processus conscient, exigeant qui demande de hiérarchiser les hypothèses dans le but d'analyser le problème. Nous sommes dans une démarche analytique s'apparentant à une démarche hypothético-déductive.

Les deux processus sont complémentaires et s'articulent en fonction des connaissances du professionnel et de la complexité du cas à analyser. Ils agissent ensemble mais sur des temporalités différentes. C'est pourquoi « la forme optimale de raisonnement clinique doit être vue comme un modèle mixte où, à la fois, des processus analytiques et non-analytiques sont mobilisés » (Eva, 2005, p.229).

Audétat et co (2017) le schématise de la manière suivante (**Figure 3**).

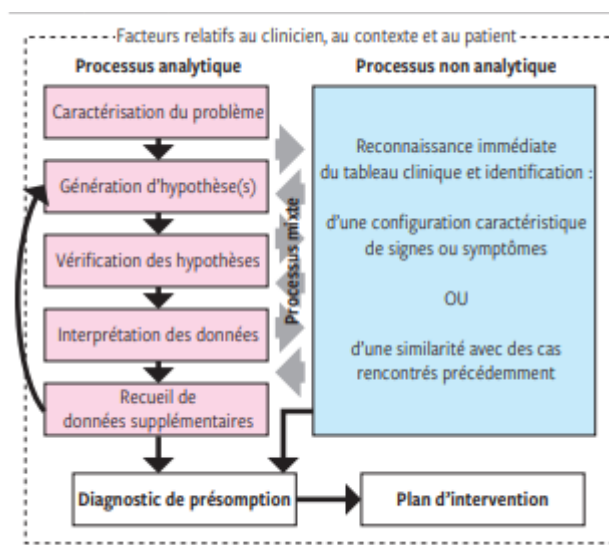


Figure 3 : Les deux processus de raisonnement clinique

Les deux systèmes s'autorégulent entre eux. D'un côté le mode intuitif permet une action rapide en s'appuyant sur les informations issues de l'expérience, tout en mobilisant le champ émotionnel de l'acteur. Dans le second cas, le traitement de l'information est plus cartésien et analytique, en lien avec l'abstraction des données collectées, en étant le plus souvent dénué d'affect.

2.4. Modes de raisonnement et compétences infirmières spécifiques

Le raisonnement clinique infirmier est un enchaînement logique de différentes opérations alliant un processus de pensée permettant l'adaptation du soin pour arriver ensuite à une prise de décision. A la différence du corps médical, l'exercice infirmier se centre sur une approche plutôt systémique et pas seulement sur une résolution de problème.

« L'infirmière cherche à identifier les interactions entre la maladie, les complications (réelles ou éventuelles) et les réactions humaines physiologiques et psychologiques de la personne soignée envisagée dans son humanité et son altérité. Cette démarche participe à l'élaboration du sens du soin et de l'activité infirmière. » (Belpaume, 2009, p.48).

L'enjeu ici est de repérer une attitude, un mot, un signe, voir un symptôme de la personne soignée pour identifier sa problématique de santé. Il est important de « structurer intelligemment le savoir infirmier afin que celui-ci soit utilisé de la meilleure manière possible au bénéfice du bien-être du patient ». (Mathieu, 2004, p.36)

M.G. Rubinfeld et B.K. Scheffer, infirmières cliniciennes et enseignantes au département de soins infirmiers de l'Eastern Michigan University⁴⁷ identifient dans leur ouvrage deux

⁴⁷ Infirmières titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières, enseignantes au sein du département de soins infirmiers de l'Eastern Michigan University, Ypsilanti, USA.

approches du raisonnement clinique. La première méthode est agencée autour des modalités de résolution de problèmes, mais de manière simplifiée. La seconde s'inspire de la définition de Richard Paul « un raisonnement critique, c'est l'art de penser votre pensée pendant que vous pensez, de façon à améliorer votre pensée, la rendre plus claire, plus précise ou plus défendable » (Rubinfeld, Scheffer, 1999) Elles associent ensuite 5 modes de raisonnement qui interagiraient dans l'exercice infirmier.

- **la remémoration complète** : c'est l'activation de sa mémoire permettant de se souvenir de faits importants, de connaissances et de la manière de les rechercher ;
- **les habitudes** : est en lien avec les raisonnements intégrés, « d'approches de raisonnements répétées qui deviennent une seconde nature ». Il est fait référence à des procédures spécifiques mises en œuvre dans certains services facilitant la mise en action immédiate des soignants comme en unité de réanimation, ou encore aux urgences ;
- **l'enquête** : elle enchaîne un processus de recueil (investigation) et d'analyse des informations (recherche l'hypothèse la plus plausible) ;
- **les nouvelles idées et la créativité** : ce mode de raisonnement fait appel à une approche créative et innovante ne relevant pas d'une démarche par habitude. Il dépasse les données théoriques, les transforme et les adapte à la situation. Ainsi, « le penseur créatif tire des leçons de ses erreurs et en reconnaît la valeur formative ». Ces nouvelles idées correspondent à la base de l'individualisation des soins ;
- **la connaissance des modes de raisonnement** : est une manière de mettre en lumière nos manières de raisonner pour les questionner et les ajuster. Ce processus fait référence à la métacognition.

Selon le Nursing Executive Center (Berkow et al., 2011, Chapados, Audétat, et Laurin, 2014), des compétences spécifiques devraient être maîtrisées par les infirmières pour réussir les différentes étapes de la prise de décision. (**Tableau 1**)

	Compétences identifiées	Caractéristiques
1	La reconnaissance du problème	Elle comprend l'anticipation et la reconnaissance des signes de détérioration.
2	La prise de décision clinique	Dont la formulation d'hypothèses, la prise en compte des impacts possibles de la décision et l'intégration des principes directeurs des protocoles.
3	La priorisation	Entre, notamment, l'urgence, la séquence des soins et le partage des tâches.
4	L'application clinique	Soit la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) ou d'un plan thérapeutique infirmier (PTI) scientifiquement rigoureux qui réponde aux besoins du client et de la communauté.
5	La réflexion	Qui prévoit la remise en question des pratiques, l'application des nouvelles connaissances, le retour sur les « erreurs » et le partage des expériences.

Tableau 1 : Les compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision

(Chapados, Audétat, et Laurin, 2014, p.38)

Les situations de soins sont de plus en plus complexes ce qui demande le développement de nouvelles approches pédagogiques permettant en situation de travail l'activation rapide de schéma de pensée. La réponse seulement technique devient insuffisante. Ainsi, l'articulation d'un raisonnement clinique rigoureux avec une démarche réflexive opérante devient une combinatoire incontournable pour dispenser des soins sécuritaires en toute qualité.

La démarche clinique associée au recueil de données, constituent des étapes du raisonnement clinique. Elles peuvent à ce titre s'apparenter à la méthodologie de l'approche clinique qui doit

« apprendre la bonne distance pour que ce soit un acte d'humanité, de reconnaissance de l'Autre comme sujet souffrant et non comme sujet de connaissances. Bonne distance veut dire expérience, richesse de la main, de l'œil, de l'ouïe, de l'attention, cela veut dire autant détachement qu'empathie ». (Hoernic, 2000, p.12).

C'est un processus qui demande du temps et qui nécessite un apprentissage.

Pour synthétiser nos propos nous avons réalisé un schéma reprenant différentes données explicitées précédemment. Pour l'enrichir nous nous sommes inspirés du « cycle de Boyd » appelé également « boucle OODA ». Cette démarche inventée par John Boyd, capitaine de l'aviation des Etats-Unis « permet d'analyser une situation, d'arriver rapidement à une décision et d'éviter, lorsque celle-ci est prise, de demeurer dans les conjectures et l'inaction. » (Phaneuf, 2008, 2013) Elle permet de convertir l'observation plus rapidement en action. Nous y avons ensuite associé les différentes étapes du processus inhérent au raisonnement clinique infirmier. (**Figure 4**).

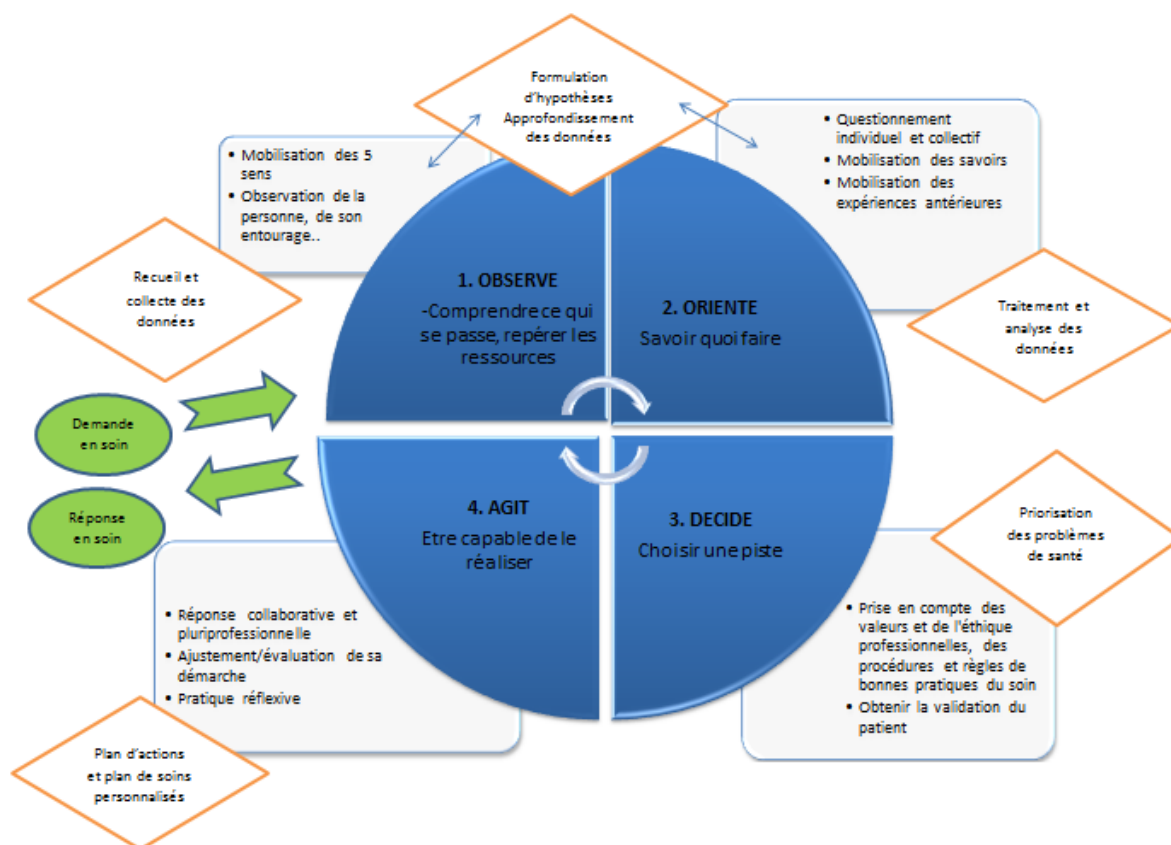


Figure 4 : Traitement des données cliniques pour comprendre et agir dans l'exercice infirmier

2.4.1. Une logique économique à ne pas écarter

Nous n'écartons pas de notre réflexion les démarches mises en place dès les années 2000 par la Haute Autorité de Santé (HAS) en lien avec l'efficacité des prises en charge des patients et les exigences économique de la santé. La structuration des chemins cliniques est une des réponses proposées. Elle a pour but de décrire « pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficace respectant les règles de bonnes pratiques » (HAS, 2017)⁴⁸. Ce dispositif participe pour les professionnels à :

- S'approprier les recommandations professionnelles ;
- Améliorer la délivrance et la continuité de soins de qualité aux patients ;
- Développer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge ;

⁴⁸ Haute Autorité de Santé. (2004, 2017). Chemin clinique. HAS, juin 2004. Anaes / Service évaluation des pratiques / Juin 2004 Chemin Clinique : une méthode d'amélioration de la qualité. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013...>

- Réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge, assurée par les différents acteurs ;
- Améliorer la rationalisation des soins et des ressources. » (HAS, 2004)

Indéniablement les deux modes de raisonnement vont venir se compléter et interagir dans les organisations de travail. En fonction de leur formation et de leur champ de compétences les professionnels se complètent pour assurer des soins de qualité tout en inscrivant leur réponse en soins dans un cadre budgétaire contraint.

2.5. Le dispositif national d'apprentissage

Le référentiel du diplôme d'Etat d'Infirmier(e) est structuré autour de dix compétences professionnelles à développer. L'apprentissage du raisonnement clinique se situe dans les compétences dites « cœur de métier ». Nous les retrouvons ainsi dans la compétence 1 et la compétence 2, sous les intitulés suivant ⁴⁹:

- Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.

Le référentiel de compétences décline ensuite les critères d'évaluation et les indicateurs ainsi que le contenu de cours se matérialise ensuite Le référentiel d'activité⁵⁰ donne une définition du métier en stipulant que l'infirmier doit :

« Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. »⁵¹

Puis les activités sont définies en 9 champs⁵² :

1. Observation et recueil de données cliniques ;
2. Soins de confort et de bien-être ;
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ;
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ;

⁴⁹ France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Annexe II référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.

⁵⁰ France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Annexe I référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf.

⁵¹ France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au Diplôme d'Etat infirmier*. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

⁵² BO Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports – Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009, page 258.

5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ;
6. Coordination et organisation des activités et des soins ;
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits ;
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires ;
9. Veille professionnelle et recherche.

Écrit de manière linéaire le référentiel pourrait laisser penser aux apprenants que ces différents items se développent au fil des semestres et s'apprennent de manière séquentielle sans lien entre eux. Mais cela n'est qu'une illusion d'optique car sur le terrain les connaissances vont devoir s'articuler entre elles pour structurer une réponse en soins. L'enjeu est de taille pour les cadres de santé formateurs et impact la construction au fil des semestres du dispositif pédagogique. Les unités d'intégration, permettant la validation théorique des compétences, constituent un dispositif privilégié pour mobiliser et articuler les savoirs théoriques et expérientiels développés dans la formation en alternance des étudiants. Pour agencer l'architecture pédagogique du dispositif et permettre le développement des compétences des apprenants une réflexion collective semble nécessaire. Mais est-ce la réalité du terrain dans les espaces de formation ? En quoi la cohésion d'équipe est-elle un facteur impactant l'articulation des savoirs ?

Par ailleurs, le raisonnement construit pas un professionnel en situation de travail n'est pas accessible à l'apprenant. Ce processus mental reste inintelligible. L'analyse des données aboutissant à la formulation d'hypothèses n'est pas lisible et les prises de décisions suscitent des interrogations chez les étudiants souvent formulées dans les instituts de formation. Alors comment rendre transparent voir saisissable les modes de raisonnement professionnel ? Comment identifier les stratégies des apprenants pour analyser une situation ? Comment accompagner l'apprentissage en favorisant l'articulation des savoirs et en éveillant au processus de questionnement ?

2.6. Quel accompagnement pédagogique de la part des CSF pour structurer la démarche de raisonnement ?

Différentes propositions de construction pédagogique peuvent être envisagées. L'étude de cas clinique, le modèle de rôle, l'analyse de dossier clinique, la conception de cartes conceptuelles voir la simulation peuvent être des réponses que l'ingénierie pédagogique peut envisager. L'objectif ici est que le formateur chemine avec l'apprenant pour identifier les ressources, les savoirs mobilisables pour comprendre la situation et les hypothèses à aller vérifier pour prendre une décision.

La confrontation à des situations réelles variées et multiples favorisent l'exercice de son raisonnement clinique (Kassirer, 2010). Les cas cliniques choisis par les cadres de santé

formateurs pour l'apprentissage ne devraient pas être laissé au hasard. Mais quand est-il réellement sur le terrain ?

Comme nous l'avons vu précédemment les modes de pensée intuitifs et analytiques demandent une supervision pour accompagner la structuration du raisonnement chez l'apprenant. L'utilisation de méthodes pédagogiques variées avec par exemple des études de cas prototypés, des analyses de situations favorise la mise en histoire des connaissances. C'est un moyen pour le futur jeune professionnel de se constituer une base de ressources qui pourra être mobilisée dans l'exercice soignant. A partir du moment où certains indices collectés correspondent à une famille de situation une corrélation de similitude peut s'opérer. La théorisation « des pratiques consiste à créer du savoir » (Donnay & Charlier, 2008, p.108) mais aussi à entrer dans une certaine forme de modélisation des situations intégrant différents paramètres favorisant l'analyse. Comme le précise Giordan « la modélisation est une activité qui implique des ajustements permanents entre des données issues de l'environnement et les savoirs que l'individu peut modéliser pour comprendre. » (Giordan, 1998). Progressivement le cadre de santé formateur va proposer dans son dispositif pédagogique « des théories de référence qui servent à structurer et à mettre en mots les logiques d'action et les savoirs issus des pratiques. » (Donnay & Charlier, 2008, p.120). Le but est d'accompagner l'apprenant dans la conscientisation de ses modes opératoires et dans le choix des connaissances qu'il sa sélectionner et mobiliser en corrélation avec le cas proposé. La complexité des situations de soins mais surtout la grande quantité de données à considérer et à analyser demande un assemblage que les formateurs doivent rendre lisible.

L'alternance proposée par le dispositif de formation infirmière offre à l'apprenant, différents espaces d'apprenance. Chaque équipe d'encadrants, qu'elle soit positionnée dans les instituts de formation ou dans les unités de soin contribue au développement des compétences en lien avec le raisonnement clinique. Ainsi

« L'enseignant clinicien doit savoir reconnaître que le contexte dans lequel un problème se situe joue un rôle majeur sur la justesse de la décision prise et sur l'équilibre optimal entre plusieurs « stratégies » cognitives potentielles. Le « contexte » comprend à la fois des facteurs situationnels (par exemple, le milieu clinique et les cas vus récemment) et des facteurs personnels (par exemple, le niveau d'expérience du clinicien et son état de pensée, son opinion du moment) ». (Eva, 2005, p.230).

Pour mettre en place un tel dispositif cela suppose de la part du cadre de santé formateur de s'interroger sur la réalité de l'exercice professionnel mais aussi comment apprendre à questionner les situations de travail.

La formation infirmière est une formation en alternance qu'il convient de mobiliser dans les apprentissages en alliant des différents lieux de développement des compétences. Dans cette logique, l'alternance devient un levier pour le développement des savoirs à prendre en compte dans le choix des méthodes et outils pédagogiques construits par les cadres de santé formateurs. Il y a ici un espace de création et d'innovation laissé à la main du pédagogue pour mieux tirer parti de l'observation des situations réelles de travail. Nous pouvons ici nous interroger sur la manière choisie par les enseignants pour avoir une lisibilité sur les situations professionnelles. Comment s'outillent-ils pour décrypter les situations de travail avec les étudiants en soins infirmiers ? Comment cheminent-ils avec les apprenants pour les amener à avoir une compréhension assez fine des activités professionnelles ?

« L'apprentissage est considéré comme un processus, processus d'acquisition, processus d'adaptation, processus de changement, il relève de l'activité du sujet et s'opère dans le cadre des interactions du sujet avec son environnement ». (Genthon, 1990, p.12) L'approche collaborative en formation a fait ses preuves et les différentes expériences relatées montrent l'apport indéniable de telles méthodes. Mais sont-elles mobilisées en formation infirmière ? Les maquettes pédagogiques prennent-elles en compte l'aspect collectif du travail des soignants ? Favorisent-elles le débat pour formuler ensuite une décision qui prend en compte des données éthiques, sociétales enclin avec des valeurs ?

Chaque apprenant a un socle de ressources qui lui est propre. Au fil des différents semestres de la formation il a développé divers savoirs académiques et expérientiels. Cette richesse est un élément à considérer dans la mobilisation collective au moment des activités pédagogiques proposées par l'enseignant. Mais quand est-il réellement dans l'animation d'une séquence pédagogique en classe ? Par ailleurs, la démarche de raisonnement des professionnels en salle de soins ou au lit du patient, est peu verbalisée à l'étudiant en soins infirmier. Les formateurs ont en quelque sorte la responsabilité aujourd'hui au vue des conditions de travail et du manque de temps dans la supervision des apprenants sur les lieux de stage, de

« Redonner du sens à l'activité. Or ce sens émane dans une large mesure de la cohérence que l'individu peut construire entre les données du contexte et ses propres motivations et valeurs. Il y a donc lieu de réaliser un travail à ce niveau-là si l'on souhaite qu'un engagement réellement mature et pérenne puisse voir le jour. » (Haberey-Knuessi, 2013).

Le référentiel inscrit le dispositif de formation dans une dynamique de développement des compétences où l'analyse des situations professionnelles et pratique réflexive se croisent. Mais qu'en est-il chez les cadres de santé formateurs ? Arrivent-ils à aiguïser leur regard sur les situations d'apprentissage en entrant dans une démarche réflexive de leur pratique ? Comment opèrent-ils la traduction didactique dans une formation construite autour de l'approche compétences ?

Conclusion du chapitre 4

Les soins infirmiers sont appréhendés ici comme une discipline de pratique. Discipline qui s'appuie sur un méta paradigme au centre duquel se trouvent la personne, l'environnement, le(s) soin(s) et la santé.

Pour prodiguer des soins exemplaires, les infirmières élaborent leur raisonnement clinique à partir notamment d'un cadre éthique. Elles questionnent leurs pratiques en les éclairant par des données probantes issues notamment de la recherche en sciences infirmières. Elles s'appuient sur ces résultats pour enrichir et développer leur activité quotidienne au service des usagers et de leur famille. Mais cela ne s'improvise pas car :

« la compétence de décision et donc l'autonomie professionnelle doivent être travaillées régulièrement dans le courant de la formation par différents moyens, notamment celui qui consiste à placer les étudiants devant de nombreuses situations différentes, dans des contextes eux-mêmes distincts, qui leur demandent d'exercer leur jugement professionnel. » (Coudray et Gay, 2009, p.9).

Alors comment appréhender l'activité de formation ? La conception d'un dispositif pédagogique ne va pas de soi et demande un éclairage conceptuel pour pouvoir approcher l'exercice des cadres de santé formateurs.

Chapitre 5 : De la traduction didactique à la transposition pédagogique

*« Tous les aménagements évoqués ici ne modifient pas l'organisation du travail et n'influent pas directement sur la production elle-même mais transforment l'environnement en fournissant des espaces et des ressources pour apprendre du travail, au travail »
(Mayen & Gagneur, 2017, p.76-77)*

Chapitre 5 : De la traduction didactique à la transposition pédagogique

1. Une approche du dispositif pédagogique

Concevoir un dispositif de formation ne relève pas seulement de l'application d'un référentiel de compétences et d'activités. C'est une démarche prévisionnelle qui suppose la prise en compte de différents paramètres. De plus, élaborer une ingénierie de formation en lien avec les réalités du métier, en lien avec les gestes professionnels à convoquer dans les situations complexes du soin demande de la part des cadres de santé formateurs des compétences spécifiques pour améliorer le potentiel d'apprentissage des apprenants. Ainsi l'enjeu de la formation et de l'acte de former « n'est pas seulement apprendre à faire le travail. C'est aussi apprendre à partir du faire, à en expliciter les raisonnements qui sous-tendent l'action ». (Ulmann, 2019).

Nous avons retenu plusieurs approches car toutes à des degrés différents viennent enrichir et interagir avec la conception et la mise en œuvre d'une ingénierie pédagogique, dans le cadre de la formation des futurs infirmiers. Elles contribuent toutes à leur manière à l'accompagnement dans les apprentissages et permettent de tendre vers la professionnalisation des différents acteurs.

1.1. Le dispositif pédagogique

D'un point de vue étymologique le mot dispositif vient du latin « dispositium » qui évoque d'un côté l'idée de disposer des éléments en vue d'une finalité avec la vision que c'est un artefact instrumental dans l'accomplissement d'une tâche et de l'autre d'agencer les arguments de façon à les rendre intelligibles. Le terme de dispositif est devenu courant vers les années 1980. « Il englobe les lieux, les méthodes et l'ensemble fonctionnel des acteurs et des moyens mobilisés en vue d'un objectif ». (Albero, 2010a, p.1). Michel Foucault désigne le dispositif comme

« un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures

administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments.» (Foucault, 1994, [1977], p.299).

Ainsi un dispositif selon lui a « une fonction stratégique dominante », le plus souvent pour répondre à une urgence. (Foucault, 1994, [1977], p.299). Nous avons souhaité compléter cette première approche en l'enrichissant par une deuxième vision celle de Marc Weisser pour qui

« un dispositif est une articulation d'éléments hétérogènes, matériels et symboliques (Charlier & Peter, 1999 ; Weisser, 2007), comme un ensemble de moyens mis en œuvre dans un but explicite, du moins dans l'esprit de son concepteur (Meunier, 1999, Weisser, 2007). C'est par lui que l'enseignant essaie de prévoir et de baliser le parcours de formation qu'il propose à ses apprenants, sous l'influence de ses choix didactiques ou pédagogiques » (Weisser, 2010, p.292).

Dans le contexte de la formation, la notion d'environnement est importante car « envisager l'environnement comme un paysage cognitif, tolérant à l'erreur, c'est mettre en évidence les ressources polyvalents, disponibles pour le sujet, mais qui deviennent significatives dans la mesure où elles se laissent marquer par une intentionnalité flottante et transversale.... » (Berten, 1998, p.43). Ainsi « Concevoir le dispositif comme médiation, c'est connecter des compétences spécifiques à un environnement disponible et donner ses chances à la créativité ». (Berten, 1998, p.43). Le dispositif est une sorte d'instrument qui n'a pas de fonction de production. Il est là pour mettre en relation différents composants humains et non humains afin qu'une alchimie se réalise. L'espace créé, est un lieu mis à la disposition des acteurs qui doivent s'en saisir. C'est un moyen proposé pour développer le processus d'apprentissage. Il est perçu comme un espace particulier « dans lequel quelque chose peut se produire » (Peeters & Charlier, 1999, p.19).

Par ailleurs le terme dispositif est souvent utilisé à des fins plutôt techniques avec la mise en œuvre de stratégie pour atteindre une finalité précise. Les opérateurs manœuvrent en mobilisant différentes tactiques pour apporter une réponse adaptée aux exigences de l'activité. Nous pouvons également l'appréhender comme un support servant à la construction d'une ingénierie. Dès lors que les formateurs le perçoivent comme un point d'appui, comme un ingrédient permettant la mise en mouvement d'une personne dans le développement de ses compétences, il prend l'allure d'un chaînon à proposer aux apprenants. Sa construction va demander la prise en compte de plusieurs paramètres dont une identification des différents besoins liés à la formation. L'enjeu est multiple pour les cadres de santé formateurs qui doivent penser un lieu assez ouvert pour favoriser les expressions individuelles et collectives, stimuler le débat et l'esprit critique, permettre l'épanouissement de chaque personne en développant l'appropriation des codes du métier d'infirmier. Nous percevons bien une évolution dans la terminologie avec une vision plus ouverte du terme dispositif qui devient alors un « concept mobilisateur ». (Barbier, 2000).

Ainsi, une « ouverture à l'activité effective des sujets et au sens qu'ils lui accordent, aux espaces de travail dans lesquels ils opèrent, à la diversité des projets et objectifs de formation (pratiques, fonctionnels, existentiels) » (Albero, 2010a) devient possible.

Peut-on dire pour autant que l'activité de conception d'un dispositif pédagogique de formation positionnent les cadres de santé formateurs comme des concepteurs, des artisans voir des bricoleurs dans le sens ou

« le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'entre elles, à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les « moyens du bord », c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec le résidu de constructions et de destructions antérieures.» (Levi Strauss, 1962, p.67).

Nous reviendrons certainement à cette vision de l'activité au moment de l'analyse des entretiens en fonction de ce que nous révélerons les verbatim des différents acteurs. En tout cas, notre expérience quotidienne nous permet de relever des activités en lien directes avec cette vision. Nous citerons ici l'appétence de certains cadres de santé formateurs à rechercher puis trouver une idée dans les différents matériaux pédagogiques qu'ils ont à leur disposition pour pouvoir captiver ou surprendre le groupe d'apprenants qu'ils ont en face d'eux. Mais aussi la manière dont certains formateurs ressortent de leur tiroir des trésors enfouis collectés au fil de lecture, de congrès, de maquette pédagogique antérieure oubliée avec le temps pour leur donner de nouvelles couleurs. Enfin, pour d'autres, c'est l'envie d'inventer en partant d'une idée émise par un étudiant qui ne demande qu'à être expérimentée et testée. Cela demande donc d'aller à la rencontre à la fois des acteurs mais aussi des différents espaces de formation. Parfois cela va supposer aussi de construire une connaissance d'une autre nature. Nous ne sommes pas ici dans une logique de transmission mais dans l'articulation de plusieurs approches qui ne demandent qu'à ce mettre en action.

1.2. Construire un dispositif pédagogique une responsabilité pour les CSF

Il relève de la responsabilité des cadres de santé formateurs de construire un dispositif pédagogique cohérent avec le système d'apprentissage envisagé. Plusieurs ingrédients vont donc s'imbriquer pour viser une finalité définie par différents paramètres comme les référentiels de formation ou les référentiels métiers mais également par les acteurs eux même dès lors qu'ils se trouvent en situation de travail. Généralement nous retrouvons un axe directeur qui identifie les orientations stratégiques et donne le cap à suivre. Ce point de

départ initial est souvent déterminé par les directions ou les logiques institutionnelles, économiques, politiques et sociétales sont matérialisées. Les référentiels, les règles, les normes qui participent à la structuration de l'activité vont venir d'une certaine manière, influencer voir prescrire dans certains cas le fonctionnement pratique du dispositif. Puis dans un second temps, les formateurs vont matérialiser cette vision en proposant une maquette pédagogique mettant en forme les axes stratégiques énoncés. Nous sommes ici dans la construction d'une ingénierie pédagogique. Ainsi,

« le concept d'ingénierie en formation fait systématiquement référence à une démarche d'organisation qui prépare méthodiquement les interactions entre des éléments d'un même champ d'intervention. Il partage avec celui de planification en éducation l'intention essentielle de structurer ces éléments dans un ensemble visant d'adéquation de l'action, au regard de ses finalités. Pour Jean-Marie Barbier, il désigne « un ensemble d'activités ayant pour objet et/ou pour résultat la conception et l'évaluation d'une intervention construite en rapport avec la spécificité d'une situation. » (Jouquan & Parent, 2015, p.25)

Quatre spécificités lui sont parfois associées. Les deux premières sont en lien avec la structure du dispositif et les suivantes en lien avec le fonctionnement. Nous retrouvons ainsi :

« - une *conception rationnelle finalisée*, orientée par un projet d'action et un ensemble cohérent de buts et d'objectifs ;
- une *combinaison adaptée de moyens* matériels et humains, hétérogènes mais cohérents ;
- une *capacité organisée d'adaptation* aux variations de circonstances, d'espace et de temps ;
- dans le cas de dispositifs très évolutifs, *une capacité d'auto-organisation* régulatrice par intégration de boucles récursives de feedback dans la conduite de l'action individuelle et collective. » (Albero, 2010a, p.49).

1.3. Un dispositif orienté autour de l'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu.

La cohérence d'un dispositif va se mesurer dans la durée et dans sa faculté à s'adapter et se transformer. Sa flexibilité et son ouverture sur l'extérieur va lui conférer un pouvoir pour faire face à la fois aux injonctions diverses, liés à la vie de tout système, mais aussi pour s'accommoder aux évolutions tant des acteurs que des structures.

Trois dimensions peuvent être prises en compte et vont venir interroger des pôles complémentaires pour analyser un dispositif de formation. Certes la vision développée par Brigitte Albero concerne le champ des sciences humaines et sociales et plus spécialement le secteur de l'autoformation avec un questionnement orientée autour de la formation et l'utilisation des objets techniques. Cependant son approche peut-être transposable dans d'autres secteurs dont celui de la formation des infirmières.

Selon elle, tout dispositif de formation qui implique des humains mobilisent trois aspects : l'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu (Albero, 2010a, 2010b).

Le dispositif idéal donne le cap. Il est « constitué par l'ensemble des idées, principes, modèles et valeurs qui structurent progressivement les actes et les discours au cours du développement et de la réalisation du projet.» C'est en quelque sorte l'axe stratégique du

dispositif. Il va ainsi aiguiller l'action des concepteurs. **Le dispositif fonctionnel de référence** représente l'opérationnalité du dispositif idéal. Il concrétise l'ossature de l'ingénierie en définissant les activités de chacun des acteurs en lien avec les objectifs fixés. Nous retrouvons ici le design pédagogique avec la définition des objectifs de cours, les besoins d'apprentissage, les contenus, les stratégies pédagogiques retenues, le mode d'évaluation... Dans cette phase plus opérationnelle est pris en compte les imprévus liés à des modifications structurelles (nombre de salle de cours, présence des formateurs, nombre d'apprenants...), des événements imprévisibles au moment de la conception, les réalités liés à l'humain et aux acteurs en situation de travail. C'est grâce à cette matérialisation des différents projets et outils que le dispositif pourra être évalué ; à la fois sous l'axe de la conformité aux objectifs annoncés mais aussi sous l'axe de la cohérence entre les objectifs pédagogiques donnés aux apprenants et l'évaluation sommative. Comme tout dispositif celui-ci vit grâce à ses acteurs. Il bouge, évolue au rythme des besoins, demandes, intérêts des participants. Il est identifié ici sous le terme de **dispositif vécu**. Les interprètes sont multiples et recouvrent aussi bien les décideurs, les étudiants, les formateurs, les professionnels, les intervenants... Chaque individu va se construire sa propre représentation du dispositif qui lui est proposé. Par l'analyse individuelle et collective des données il va venir interagir avec le dispositif idéal et le dispositif fonctionnel de référence. Ainsi

« dans la rencontre entre un sujet et un dispositif de formation, au travers d'un processus d'appropriation, s'élaborent conjointement une représentation du contexte et une autoconstruction en contexte. Les sujets en formation développent une activité mentale qui ne peut être résumée à ce que le dispositif est censé mobiliser chez eux, et des projets qui ne peuvent être restreints aux compétences ciblées par le programme. » (Zaouani-Denoux, 2011, p.65).

Il va témoigner des intérêts différents entraînant parfois un changement de direction, surtout si la structure est en mesure d'écouter et de prendre en compte les suggestions de ses usagers. Par ailleurs nous sommes dans une élaboration humaine où chacun en fonction de son histoire, de son vécu va proposer une réponse différente. La mixité des ressources et des richesses individuelles des personnes va venir donner une teinte spécifique à la mise en œuvre du scénario pédagogique. Une composante personnelle de chacun des acteurs est à prendre en considération et permet de donner du sens à l'activité de travail.

1.4. L'activité de conception : une double anticipation

Le formateur va donc se trouver face à des choix qui vont venir orienter son activité de création. Un ensemble de questions vont venir alimenter la réflexion des concepteurs, avec par exemple : quelles sont les activités les plus pertinentes à privilégier pour l'apprentissage de ce concept ? Qu'est-ce que je cherche à mesurer, à évaluer ? Comment dans l'exercice

soignant ce geste professionnel se réalise-t-il ? Y-a-t-il des particularités suivant les unités de soin ? Vers quel objectif d'apprentissage je me dirige ? Quel est le profil du groupe d'apprenants ? *Y-a-t-il une cohérence entre l'apprentissage visé et l'activité de formation proposée et en quoi permet-elle réellement l'apprentissage chez les apprenants ?*

Le questionnement mené à titre individuel mais aussi en mobilisant le collectif de travail va venir impacter la conception et la retranscription opérationnelle de l'axe directeur. Plusieurs facteurs vont venir intercéder dans l'imbrication des paramètres retenus. Des facteurs individuels liés au parcours professionnel des cadres de santé formateurs, à leur expérience dans la construction d'un dispositif de formation et des facteurs collectifs en lien avec la dynamique de groupe, le regard sur les apprenants, le profil du jeune professionnel soignant attendu, les valeurs individuelles et collectives. Tous ces facteurs vont venir indéniablement impacter les espaces de négociation soit en salle de cours avec les apprenants, soit dans la phase de conception ou d'évaluation avec le collectif de travail venant interférer dans les prises de décision.

Nous retrouvons ici une double approche. D'un côté une activité de conception « pour » la formation qui s'applique avant la phase d'activation du dispositif auprès des apprenants. A ce stade des stigmates des modèles théoriques, des modèles professionnelles, ainsi que des modèles de références devraient être mobilisés et des traces de la convocation de ces derniers devraient être visibles. De plus une certaine acculturation des pratiques entre les multiples partenaires de la formation des étudiants en soins infirmiers pourrait témoigner d'un métissage des savoirs en lien avec l'exercice professionnel futur. D'un autre côté, l'activité de conception « dans » la formation au moment de l'action suppose de s'enquérir des indices visibles déployés par les formateurs dans l'étape de mise en œuvre du dispositif pédagogique conçu. Relever ces traces exposées permettra de détecter si l'activité de conception pensée initialement peut réellement s'exercer dans le réel de l'activité. Mais aussi si d'autres paramètres se manifestent et comment ils sont pris en compte ou émis inconsciemment ou volontairement. Par ailleurs toute situation de travail demande un effort : un effort d'organisation, un effort d'anticipation dans les activités à prévoir comme le précise l'ergonomie cognitive avec Savoyant (Savoyant & Leplat, 1983 ; Savoyant, 2008). Les étapes vues précédemment sont nécessaires mais ne reflètent pas la réalité du travail dans l'agir d'une situation car chaque instant de formation a quelque chose d'inédit. L'homme apporte de la vie dans la tâche qu'il réalise, il se confronte à des choix et va proposer sa réponse. Nous sommes ici dans la logique de double anticipation décrite par Yves Schwartz et reprise par Louis Durrive (2009, 2013, 2015).

1.4.1. Un exemple de la pratique

Pour illustrer notre propos nous allons nous appuyer sur une activité menée il y a quelque mois avec l'ensemble de l'équipe de l'institut.

Tous les ans dans la fonction publique hospitalière est programmé des entretiens annuels d'évaluation associés à des entretiens de formation qui se déroulent généralement entre le mois de mai et le mois de juillet. Il est alors fait un bilan des compétences des agents et des objectifs annuels sont co-définis. Peu satisfaite de ce fonctionnement, j'ai souhaité ajouter un entretien supplémentaire pour échanger avec chaque personne dans une logique formative afin d'accompagner chacun dans son projet singulier. Le premier temps de rencontre est organisé autour d'une présentation de son activité sous forme de carte conceptuelle, le deuxième temps autour de la reprise des objectifs annuels et le dernier temps autour d'un échange libre. Je ne mobiliserais que le premier temps pour illustrer la logique de double anticipation dans l'activité.

La description singulière de l'activité de travail permet à chaque personne d'exprimer ses choix d'action. Certains s'appuient exclusivement dans un premier temps sur les aspects prescriptifs du dispositif de formation à mettre en œuvre en prenant appui sur les référentiels, sur le projet pédagogique, sur les fiches techniques ainsi que les procédures définies dans la démarche qualité. Ils élaborent, conçoivent les tâches qu'ils doivent effectuer d'une manière minutieuse en essayant de tout prévoir à l'avance afin de devancer tous les risques. Ils mettent en œuvre en situation de cours la programmation envisagée et évoque que parfois c'est compliquer de la suivre mais qu'ils essaient tout de même. Pour d'autres, ce n'est pas si simple. La présentation de leur carte conceptuelle les amène à interroger le côté prescriptif du travail. Il exprime le fait que face aux étudiants ils sont obligés d'adapter, de réinventer, parfois même de modifier la trame de leurs interventions. L'ambiance à l'arrivée en salle de cours ou même parfois déjà dans le couloir leur donne un signal qu'ils prennent en compte pour mettre en place une nouvelle stratégie. Pour eux l'activité de formation est une activité imprévisible qui demande une adaptation continue en fonction du public d'apprenants.

Dans les différents échanges la personne « parle de ses ressources, de ses difficultés mais aussi des stratégies qu'elle a été amenée à développer. » (Bayle, 2013c, p.164). Elle montre de la vie et du mouvement dans son agir situationnel en témoignant des choix qu'elle a dû faire dans l'action et en action.

1.4.2. Deux approches de la conceptualisation du travail

L'ergologie envisage cette dialectique autour du processus de « double anticipation ». Deux approches de la conceptualisation du travail sont ainsi mises en évidence. Une première qui s'appuie sur la description des différentes étapes pour réaliser une tâche. C'est en quelque

sorte « tout ce qui préexiste à l'activité.... Il vise à guider l'activité, l'orienter, voire quasiment la contraindre ». (Schwartz, 2003, p.81). La deuxième approche est centrée sur l'acteur qui réalise la tâche à effectuer. Il est ainsi amené à réaménager son espace de travail en prenant en compte la « resingularisation [et] la déneutralisation de ces normes.» (Schwartz, 2003, p.81). L'homme va « dialoguer avec son milieu » c'est-à-dire qu'il va « s'efforcer d'y exister, [en s'imposant] à lui, par un double mouvement d'assujettissement (accueillir de façon sélective les exigences posées par le milieu) et de subjectivation (les mettre en débat avec ses propres normes, afin de se les approprier).» (Durrive, 2015, p.29).

La première anticipation mobilise les savoirs expérientiels de la personne, son vécu, ses habilités et compétences construites au fil du temps pour pouvoir agir dans la situation. L'individu s'est constitué en quelque sorte une « trousse conceptuelle » lui permettant de généraliser et d'appréhender les différentes activités et tâches qu'il doit accomplir. Or chaque activité a sa part d'innovation et d'imprévu qui ne peuvent être devancés. L'acteur va donc devoir ajuster ses références et savoirs antérieurs pour à la fois répondre à la nouvelle situation qui se présente à lui, mais aussi se créer une nouvelle expérience. Cette dernière deviendra une ressource mobilisable dans une future activité s'apparentant à une famille de situation similaire. Pour que ce processus puisse se faire un « dialogue » et un « échange entre les points de vue » (Durrive, 2015) doit se matérialiser.

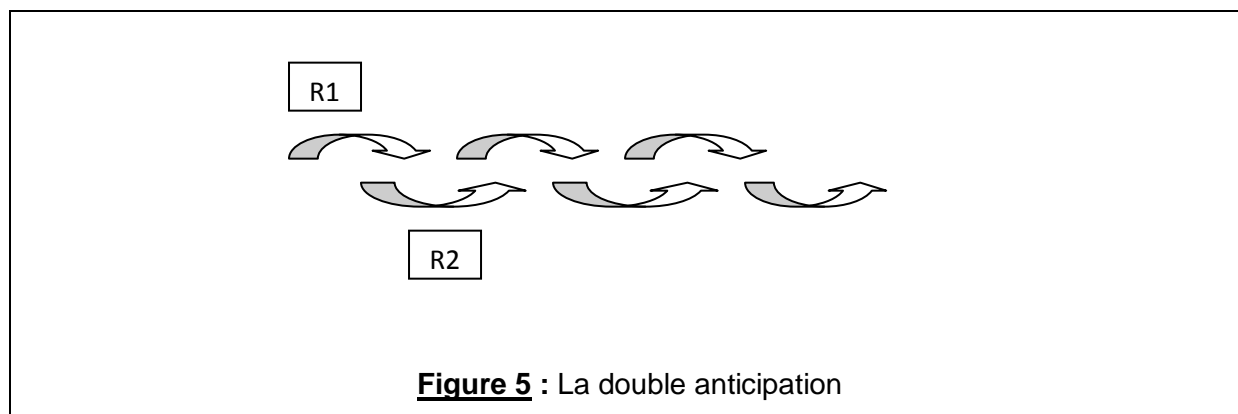
Nous avons ainsi un mouvement de bascule. L'élan du premier mouvement entraînant le second sur un rythme d'alternance. Ainsi

« les savoirs produits anticipent l'activité – et en même temps, l'activité anticipe des savoirs qui ne sont pas encore produits, qui devraient être produits. Et cette dialectique n'a pas de fin, d'une certaine manière. Parce que les savoirs qui seront produits, je dirais à partir de l'activité elle-même, serviront à réaménager, renouveler le stock de savoirs existants – qui lui-même va produire d'autres situations, etc. C'est une course-poursuite, je crois, qui n'a pas de fin. On peut appeler cela un processus de double anticipation. » (Schwartz & Durrive, 2003, p.85).

Nous pourrions représenter la double anticipation de la manière suivante en se disant que le premier mouvement provoque le second un peu comme le balancier d'un métronome ou d'une horloge. La manœuvre oscillatoire détermine le déplacement. Il s'enclenche ensuite suivant une certaine rythmicité une série de mouvements coordonnés. (**Figure 5**). Mais à la différence du balancier de l'horloge le geste suivant c'est enrichi d'une donnée supplémentaire.

Nous prenons ici l'exemple de la décomposition d'un tir de handballeur passé au ralenti pour en faire une analyse. En visionnant la succession d'images nous découvrons alors la présence d'un algorithme. La position acrobatique choisie par le joueur associée au positionnement de rotation de son poignet va venir imprimer une trajectoire différente à la balle. Le tir qui semblait s'apparenter à un tir en suspension se retransforme en « roucoulette », en « Kung-fu » en fonction de l'angle d'impulsion. Ce qui nous intéresse ici

c'est l'enchaînement du mouvement avec des gestes différents (à la différence du balancier) pour produire un résultat. L'enclenchement de la gestuelle relève d'un choix tactique individuel et/ou collectif. C'est ce que nous retrouvons dans le mouvement de la double anticipation.



Registre 1 (R1) : est le champ du conceptuel. C'est le siège de la pensée, de la réflexion, de la logique. Il s'articule ici les savoirs théoriques et expérimentiels antérieurs construits par le sujet dans une logique de modélisation.

Registre 2 (R2) : est le champ de l'activité. L'anticipation n'est pas prévisible. L'acteur est amené à faire des choix pour pouvoir agir.

L'enchaînement des deux anticipations nous permet de regarder différemment l'activité des cadres de santé formateurs dans la construction et la mise en œuvre de leur dispositif de formation. En effet, comme nous allons le voir toutes les ingénieries répondent à un ensemble de tâches à réaliser. Ces démarches font d'ailleurs l'objet d'un enseignement spécifique appréhender en institut de formation des cadres de santé et relayé sur le terrain par le collectif de travail. Et d'un autre côté c'est un homme qui va construire son architecture et qui va la teinter en fonction de sa personnalité, de ses valeurs, de son rapport aux normes, de sa vision singulière. C'est un peu comme si tous les acteurs avaient un minimum de ressources communes constituant une sorte de canevas de départ et que chacun créer son œuvre finale en choisissant à la fois les couleurs et les matériaux pour l'établir. Nous sommes ici dans un mouvement de vie qui associe et prend en compte les deux anticipations.

De nouvelles questions émergent alors : qu'est-ce qui fait norme ou règle dans les environnements de travail pour les cadres de santé formateurs ? Dans quels interstices les

espaces d'expression individuelle prennent-ils place ? Ou se situent les espaces de métacognition ? Peut-on repérer des zones d'écart ? Comment s'expriment les différences de conception, les divergences de point de vue, les désaccords ? L'horizon commun du métier d'infirmier est-il partagé par l'ensemble des acteurs de l'alternance ?

En outre l'activité de conception ne peut s'écarter dans notre étude de l'approche par compétences surtout dans le dispositif de formation par alternance du développement professionnel des futurs infirmiers. Cela suppose donc de questionner les fondements de l'approche par compétences en les reliant avec le paradigme de professionnalisation. Nous en arrivons ainsi à discuter la nécessité d'une cohérence entre le croisement avec les savoirs à enseigner, les apprentissages professionnels à acquérir en lien avec l'ingénierie des compétences et l'ingénierie pédagogique déployée.

2. Le programme de formation infirmière inscrit dans le cadre d'une approche par compétences

La rédaction du programme de formation des étudiants en soins infirmiers autour d'une approche par compétence a diverses incidences. En effet, les acteurs de l'ingénierie pédagogique vont devoir dessiner les contours de leur dispositif en tenant compte d'au moins trois indicateurs. (Parent & Jouquan, 2018)

Le premier va demander de s'enquérir du contexte actuel du monde professionnel soignant. Il devient alors nécessaire d'articuler « l'agir professionnel » du métier à enseigner avec les attendus identifiés dans le référentiel de compétences. Des choix devront ensuite être opérés par les équipes pédagogiques afin d'identifier les savoirs à enseigner et à développer. Dans ce cadre il semble essentiel de connaître les réalités de l'exercice professionnel. Dans notre recherche les cadres de santé formateurs ont tous exercé comme infirmiers avant d'occuper un poste d'enseignant. Est-ce pour autant suffisant pour être en adéquation avec le monde soignant actuel ?

Le deuxième indicateur concerne le référentiel de compétences lui-même qui mentionne les savoirs, les activités du métier, les capacités à maîtriser par les futurs professionnels infirmiers. Il détaille les différentes compétences, ici au nombre de 10,⁵³ en précisant les critères d'évaluation et les indicateurs. C'est l'aspect prescriptif qui donne les orientations et les points de convergence pour tous les organismes de formation devant construire et évaluer la formation infirmière.

⁵³ Référentiel de compétences. Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier.

Le troisième indicateur interroge l'opérationnalité de la mise en œuvre du dispositif pédagogique « pour favoriser l'outillage des étudiants en capacités qui leur permettront de savoir-agir adéquatement en situation professionnelle ». (Parent & Jouquan, 2016, p.109).

Concevoir un dispositif de formation implique donc une réflexion individuelle ou collective qui va prédéterminer des choix organisationnels, méthodologiques, des choix avec des formes pédagogiques et des modes d'apprentissage différents. Dans tous les cas certains aspects devront être envisagés notamment en lien avec la notion de temporalité, la prise en compte du cadre légal et/ou institutionnel voir parfois la notion de reproductibilité. L'agencement qui va structurer l'approche de l'apprentissage va prendre en compte les différents acteurs. Ainsi la démarche intègre dès le départ à la fois le développement des compétences et envisage des parcours de professionnalisation dès lors que chaque individu décide de s'en saisir. Nous sommes bien ici dans la conception d'un système ouvert qui certes identifie différentes étapes de conception mais reste pour une part à la main de l'acteur en formation. C'est dans un cadre pré-élaboré par des professionnels que l'individu en formation va grandir et accroître son potentiel. C'est pourquoi, envisager la construction d'un dispositif pédagogique autour d'une approche par compétences impose de structurer sa démarche autour à la fois d'une ingénierie de formation et une ingénierie pédagogique.

2.1. De l'ingénierie de formation à l'ingénierie pédagogique

Nous souhaitons débiter notre propos par un petit détour vers la définition du terme d'ingénierie avant de nous attarder aux approches d'ingénierie de formation et d'ingénierie pédagogique.

2.1.1. L'ingenium et l'engineering comme point d'ancrage

Le terme ingénierie a suivi différentes évolutions au fil du temps et trois origines lui sont associées. Tout d'abord une étymologie latine « *ingenium (in-genio, gigno)* ». Quand « *l'ingenium* » s'exerce pour un être humain, il renvoie aux notions d'intelligence, d'inventivité, de créativité, d'habileté pour dépasser et transformer l'existant.

« La vertu de l'ingenium est donc de « trouver », d'« inventer » : « Nova invenire unius ingenii virtus est. ». Il joue le premier rôle en poésie, dans les arts plastiques, dans l'action politique et dans l'art militaire, mais aussi dans les sciences et dans les arts mécaniques. » (Pons, 1984, p.3).

Cicéron écrit « il faut un *ingenium* puissant pour détacher son esprit des sens, et détacher sa pensée de l'habitude.⁵⁴ A ce moment-là le terme est surtout utilisé dans l'art de la rhétorique et de la poésie.

La deuxième origine est en lien avec une terminologie anglo-saxonne. «L'ingénierie provient du terme américain engineering qui signifie analyse, conduite, évaluation de projet dans quelque domaine que ce soit ». (Raynal & Rieunier, 2005, p.177). Nous sommes ici dans une vision de conception en lien avec le monde industriel. Plusieurs acteurs, avec des responsabilités différentes, associent leurs connaissances et savoir-faire pour réaliser un projet notamment dans les secteurs des travaux publics et du bâtiment.

Enfin, il faut attendre les années 1980 (numéro de la revue Education Permanente de décembre 1985), pour voir apparaître l'association des deux termes ingénierie et formation. L'ingénierie de formation se caractérise alors par une « dimension méthodologique, [des] instruments, [des] outils », elle prend en compte « la notion de système » et le « paradigme systémique ». Elle s'adosse aux ressources issues des champs disciplinaires du secteur scientifique, technique et des sciences de l'apprentissage. Elle recouvre différentes étapes allant « de l'amont, [avec] l'étude du contexte, des besoins et demandes, à l'aval, [avec] l'évaluation, en passant par la conception et la conduite de l'action ». La construction d'un tel dispositif demande la participation et l'association de différents acteurs qui œuvrent dans des secteurs différents et complémentaires. Nous retrouvons ici le champ du politique, du social, de la formation au niveau national et local avec une prolongation dans les institutions sur les statuts de directeur, de formateurs selon une approche plus organisationnelle. Progressivement dans les « méthodes décrites, on remarque une insistance sur la définition des objectifs et le choix des moyens visant à la fois l'optimisation et la rationalisation, donc sur un souci de maîtrise et d'efficacité très affirmé. » (Hebrard, 2011, p.112)

Les éléments apparents mentionnés font échos avec les caractéristiques de notre recherche et plus spécialement en lien avec l'activité de conception des cadres de santé formateurs inhérente avec le dispositif de formation. Ils deviennent ainsi les maîtres d'œuvre pour la conduite opérationnelle de l'agencement pédagogique.

L'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique sont deux processus distincts qui s'articulent entre eux. Ils ont chacun recours à une démarche spécifique qui les caractérisent. Par conséquent,

⁵⁴ robert.bvdep.com/public/vep/Pages_HTML/INGENIUM.HTM Cicéron, Tusculanes, I, 16,38.

« d'une manière générale, on peut définir l'ingénierie comme l'ensemble coordonnée des activités permettant de maîtriser et de synthétiser les informations nécessaires à la conception et à la réalisation d'un ouvrage... en vue : d'optimiser l'investissement qu'il contient ; et d'assurer les conditions de sa viabilité » (Le Boterf, 1990).

Ainsi, « dans tous les cas de figure, la démarche d'ingénierie se traduira dans la mise en œuvre systématique et explicite d'étapes, de méthodes et d'instruments pertinents par rapport au type de résultat attendu. » (Le Boterf, 1990). L'enjeu ici de la phase de conception ne se résout pas, nous semble-t-il, à appliquer et retranscrire seulement des savoirs et des connaissances. Mais plutôt d'allier transmission et développement des ressources des sujets, dans le but de résoudre des situations de plus en plus complexes.

2.1.2. *Regard sur l'ingénierie de formation*

L'ingénierie de formation est avant tout une activité de conception et ceci avant la création d'un dispositif pédagogique. Elle peut se définir comme « un ensemble coordonné des activités de conception d'un dispositif de formation [...] en vue d'optimiser l'investissement qu'il constitue et d'assurer les conditions de sa viabilité (Le Boterf, 1985, p.81). Elle peut être appréhendée aussi comme « un ensemble de démarches méthodologiques et instrumentales, se référant au paradigme systémique, et visant, dans une perspective prévisionnelle et concertée, à créer ou à modifier des systèmes d'action en vue d'une efficacité. » (Aubégny, 1989, p.33). D'autres auteurs ordonnent la démarche autour de l'identification des besoins de formation, de la construction du programme et de l'évaluation du dispositif. (Brunstein, Pelaccia, Pottecher & Tribby, 2016, p.90). Nous identifions ici l'analyse des besoins de formation qui émerge d'une décomposition fine des recueils d'informations élaborés en amont de la construction pédagogique en lien avec le contexte. Les indicateurs analysés et questionnés sont le plus souvent apparentés à des marqueurs issus des besoins des apprenants, des professionnels, envisagés sur le plan individuel et collectif; des besoins en lien avec l'organisation ou de l'institution et des besoins émanant d'un besoin social. Cette étape est primordiale car la demande est souvent complexe et nécessite la mobilisation de différentes ressources pour identifier le plus clairement possible la demande exacte de formation. Nous entendons la complexité dans le sens où « la méthode de la complexité nous demande de penser sans jamais clore les concepts, de briser les sphères closes de rétablir les articulations entre ce qui est disjoint, d'essayer de comprendre la multi dimensionnalité, de penser avec la singularité, avec la localité, avec la temporalité, de ne jamais oublier les totalités intégratrices. » (Morin, 1990). Pour exemple suivant le point de vue dans lequel le concepteur se place il va le plus souvent mesurer un écart entre les besoins ressentis, les besoins exprimés et, les besoins prescrits. C'est en croisant les données recueillis qu'il pourra se faire sa propre idée de l'attendu visé tout en acceptant qu'une marge d'erreur est possible. Petit à petit l'« architecte pédagogique » (dans

le sens du bricoleur énoncé précédemment) pourra déterminer l'axe pédagogique en interrogeant les savoirs que les apprenants devront avoir développés à l'issue de la formation et donc caractériser les connaissances à enseigner. L'ingénierie pédagogique s'agence tout doucement et permet la reconnaissance des prérequis nécessaire pour débiter l'apprentissage ainsi que l'identification des contenus et des compétences à enseigner durant cette formation. Il restera ensuite à choisir la place de l'enseignement dans le cursus en déterminant l'endroit et le moment le plus propice en corrélation avec le curriculum de formation. La démarche entreprise facilitera la déclinaison de l'offre de formation à proposer.

Néanmoins pour répondre aux mieux aux enjeux, la démarche d'ingénierie va intégrer dans sa réflexion des données issues des logiques économiques, financières, logistiques et pédagogiques pour tisser sa ligne stratégique. Trois niveaux explicités par Ardouin (2017, p.18) se matérialisent alors dans la mise en œuvre fonctionnelle.

- *L'ingénierie des politiques* : c'est le niveau stratégique et décisionnel ou les orientations politiques sont déterminées. Dans notre recherche cela s'apparente à la fois au référentiel de formation infirmière mais également à sa traduction dans le projet pédagogique de l'institut à une échelle macro. Généralement c'est le directeur des soins de l'institut de formation en soins infirmiers qui élabore et rédige ce document en s'associant avec des personnes expertes, dont des cadres de santé formateurs, dans le domaine de la formation en alternance.
- *L'ingénierie des systèmes de formation* : c'est le niveau organisationnel ou l'architecture de la construction pédagogique se formalise. Dans notre étude, c'est normalement à cette étape que nous devrions retrouver l'activité de conception, d'animation et d'évaluation. C'est notamment à cette étape que les formateurs vont réaliser des choix pédagogiques pour mettre en œuvre l'axe stratégique. *L'ingénierie des pratiques pédagogiques ou ingénierie pédagogique* : c'est le niveau opérationnel ou la formalisation des objectifs pédagogiques, des méthodes d'apprentissage, et des formes d'évaluation s'expriment dans les supports. Nous y reviendrons dans la partie suivante notamment avec **la figure 6.**

C'est par la prise en compte de tous ces paramètres que pourra être envisagé le développement des potentialités de chacun ainsi que le développement des compétences de tous les acteurs. Dès la phase de conception l'ingénierie pédagogique va donner le sens et du sens. Mais également elle va déterminer si le système est conçu dans une logique d'appropriation des savoirs centrée sur la connaissance et donc laissant peu d'autonomie aux apprenants, ou dans une logique de développement des compétences engendrant, chez toutes les personnes interagissant avec le dispositif, un espace potentiel de formation. Le but

dans le cadre d'un dispositif en alternance est de permettre aux apprenants de comprendre certes mais surtout d'agir le plus efficacement possible. Pour cela une alchimie entre les différents savoirs qu'ils soient théoriques ou expérientiels et les outils permettront à la fois de poursuivre le cheminement et la progression individuel de chaque étudiant tout en favorisant l'adaptation aux nouvelles technologies. Le processus vise ici à équiper l'étudiant en soins infirmier avec suffisamment de ressources afin qu'il puisse les mobiliser voir les transférer dans les situations professionnelles qui vont se présenter à lui lors de son exercice de soignant. Par cette dynamique nous atteignons la perspective du développement des compétences des acteurs.

Dans la phase de conception cette formalisation des attendus du métier est mise en avant. Cela devient au fil du temps un gage de réussite permettant une employabilité rapide des jeunes professionnels. La sollicitation de l'activité professionnelle et plus spécialement de la connaissance de l'activité professionnelle sont deux éléments essentiels pour envisager le mode et les formes d'apprentissage à mettre en œuvre en les orientant autour de situations d'apprentissage révélatrices du métier.

La dernière étape de ce processus est l'évaluation qui est transversale sur tous les éléments mobilisés. La démarche évaluative de l'ingénierie de formation facilite à la fois les réajustements durant les différentes phases de l'étude des besoins et de la construction du dispositif. Elle devient un atout majeur au niveau des enjeux politique, financier, économique et éducatif pour défendre les orientations d'un projet ou la nécessité de suspendre ou de développer une formation pour un intérêt sociétal afin de répondre aux attentes du monde du travail. Tout ce processus impose ensuite de s'enquérir de son opérationnalité. C'est souvent identifié sous le vocable ingénierie pédagogique.

Dans l'exercice professionnel de la gestion d'un institut de formation en soins infirmiers, l'ingénierie de formation se décline au travers de différents supports. Nous retrouvons notamment le dispositif mentionnant les orientations et finalités pour les 5 années à venir, matérialisé à la fois dans le dossier de la demande d'agrément et dans le projet de formation. Ces deux documents formalisent la prise en compte de l'étude des besoins en rendant explicite les évolutions du métier, les besoins à la fois des usagers et des utilisateurs, sans oublier les aspects législatifs, financiers, économiques, logistiques, et pédagogiques. Généralement, les valeurs de l'institut sont exprimées et donnent une teinte spécifique créant en quelque sorte l'identité de la structure. Une fois par an la procédure contradictoire sur la gestion budgétaire de l'établissement contribue à argumenter de nouveaux projets en s'engageant parfois dans une autre direction pour répondre aux nouveaux besoins qui se dégagent. Le rapport annuel d'activité rend compte des démarches

réalisées en dressant un bilan et une évaluation des actions menées tout en effectuant une projection pour l'année suivante.

2.1.3. Regard sur l'ingénierie pédagogique

L'ingénierie pédagogique fait suite à l'ingénierie de formation. C'est elle qui décrypte en quelque sorte et rend exploitable et efficient la trame envisagée. « L'ingénierie pédagogique est une méthode de conduite de projets pédagogiques, c'est-à-dire une démarche raisonnée permettant de parvenir à un but exprimé en termes pédagogiques, dans une logique d'efficacité. » (Carré & Jean-Montcler, 2004, p.426). Elle a pour « mission de créer ou d'améliorer un dispositif pédagogique en optimisant l'articulation des ressources humaines, techniques financières et logistiques disponibles en fonction des objectifs de formation, du public et des contraintes et des ressources du projet. » (Carré & Jean-Montcler, 2004, p.424). L'agencement d'une telle démarche demande de la rigueur ainsi qu'une construction pédagogique en lien avec une logique d'apprentissage. L'ensemble des acteurs impliqués dans le processus prend donc une place prépondérante dans les choix pédagogiques retenus. Cela suppose une articulation et une réflexion commune en équipe pour faire vivre et rendre efficient le projet. Ainsi « l'ingénierie d'un processus de conception et de réalisation d'un dispositif constitue l'ensemble des méthodes, règles et techniques pouvant et devant être utilisées à cet effet. L'ingénierie d'un dispositif de formation est un corpus de savoir et de savoir-faire sur lequel il existe un consensus minimum de la communauté professionnelle qui la pratique » (Le Boterf, 2003). Nous retrouvons ici des éléments évoqués dans le dispositif fonctionnel de référence présenté par Brigitte Albero. Un certain nombre d'étapes caractérisent la mise en œuvre du dispositif le plus souvent consigné en tâches à réaliser. L'art des cadres de santé formateurs va être de coordonner les différentes données collectées et d'échafauder une architecture pédagogique cohérente avec les attendues à la fois du métier, de la société et des usagers eux-mêmes. Il revient alors d'envisager collectivement la construction de la progression didactique en déclinant les orientations d'apprentissage puis les procédés et les outils à mobiliser pour y arriver. Le choix des méthodes pédagogiques va venir formaliser le cheminement projeté. L'innovation et la création pédagogique a ici toute sa place et sera parfois une clé pour inscrire les apprenants dans une dynamique d'apprentissage créant parfois volontairement un conflit sociocognitif. L'élaboration des scénarios d'enseignement des différentes séquences va inscrire l'acteur dans une phase de conceptualisation et une phase d'opérationnalisation comportant des étapes de planification, de suivi et d'évaluation. La communication interne et externe devient un axe stratégique pour donner du sens aux choix éducatifs retenus.

Pour rendre plus explicite notre propos, nous avons adapté la figure proposée par Carré et Jean-Montcler (2004, p.377) en mobilisant les indicateurs présents pour la formation des étudiants en soins infirmiers. Nous nous sommes appuyés à la fois sur notre pratique professionnelle mais aussi sur les indices collectées dans la revue de littérature réalisée dans le cadre de cette recherche. (**Figure 6**).

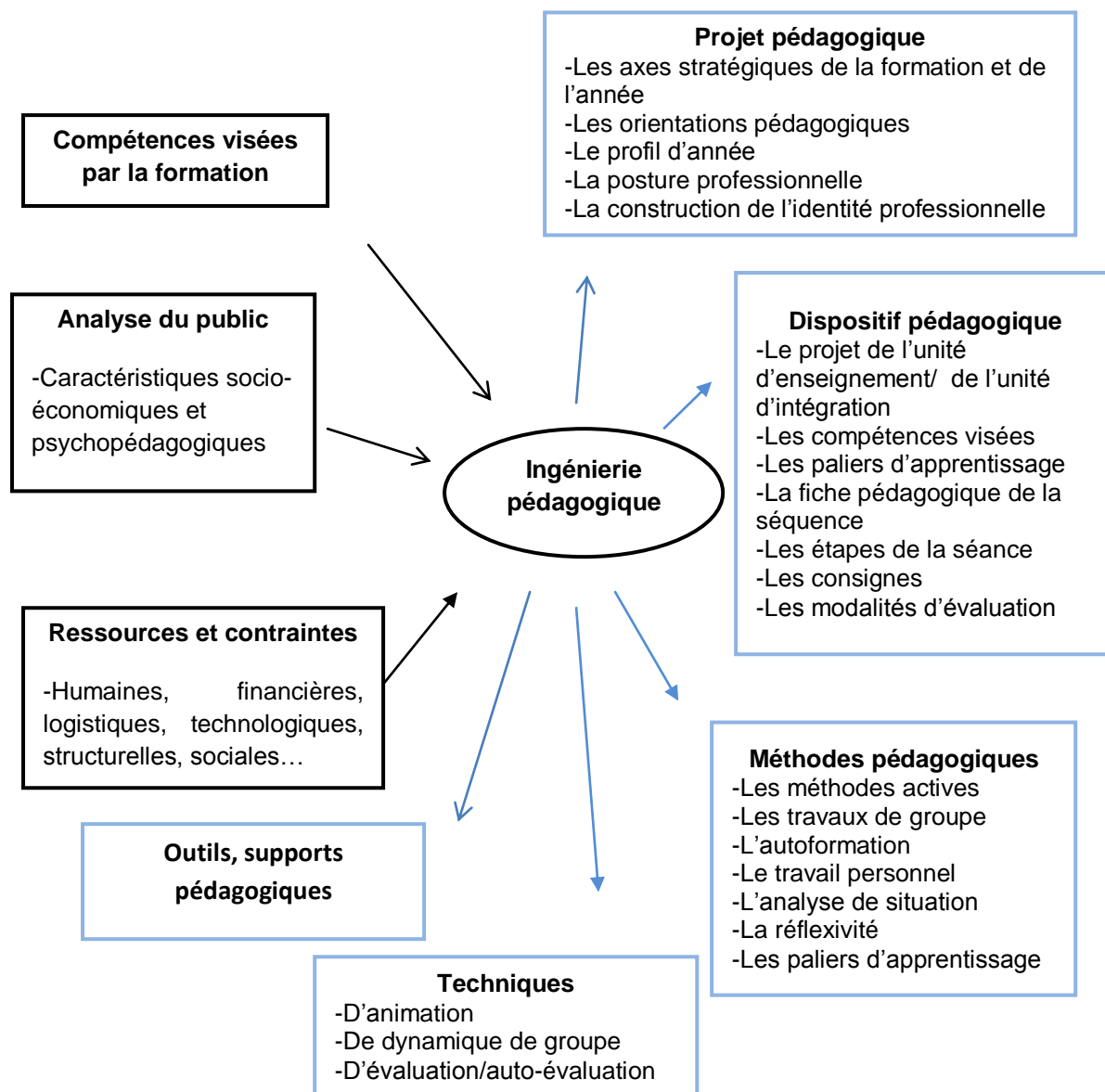


Figure 6 : Quelques indicateurs de l'ingénierie pédagogique en formation infirmière

Même si la conception d'une ingénierie pédagogique relève d'une articulation de différents outils et méthodes, les concepteurs ne doivent pas perdre de vue la finalité de la démarche. Les supports pédagogiques créés sont par moment que des artéfacts permettant d'atteindre le but fixé. Il est donc essentiel de définir les caractéristiques de l'objet d'apprentissage pour viser la construction du futur professionnel de demain. Ainsi, l'élaboration d'une ingénierie

commence par l'identification des compétences que les apprenants devront avoir développées durant leur cursus de formation de façon à « être capable de gérer des situations complexes et instables » (Le Boterf, 2005, p.43) du monde professionnel.

La richesse d'une formation en alternance est de croiser les compétences différentes de chacun des encadrants de l'apprenant pour élaborer un dispositif pédagogique intégratif et pas séquentielle. Les expériences de stage vécues par les étudiants en soins infirmiers doivent donc être intégrées au processus afin d'interroger leurs pratiques et développer leur professionnalisation. Ainsi l'ingénierie pédagogique n'est pas seulement l'affaire des cadres de santé formateurs mais relève également de la responsabilité de tous les professionnels que l'étudiant va rencontrer dans son parcours. La contribution de chaque acteur facilitera l'identification des ressources, des contraintes mais aussi inscrira l'apprenant dans une logique d'apprentissage en lien avec l'exercice d'un métier. Un tel dispositif demande de changer de paradigme en s'orientant vers une approche par apprentissage avec une logique de parcours et en laissant progressivement de côté l'approche par discipline ou par objectifs. Mais est-ce vraiment le cas dans la formation des étudiants en soins infirmiers ? *Suffit-il de décréter que le référentiel de formation s'appuie sur un référentiel de compétences pour que les pratiques pédagogiques évoluent ? Quelles modifications ou quels ajustements conceptuels cela demande-t-il ?*

2.1.4. De la construction de savoirs à la diversité de situations vécues

Le référentiel de la formation infirmière⁵⁵ oriente les finalités de la formation autour de différents axes qui vont venir guider la construction de l'ingénierie de formation et de l'ingénierie pédagogique. Le premier paramètre convoqué s'oriente autour de l'idée de « professionnaliser le parcours de l'étudiant ». Il est mis immédiatement en corrélation avec le point de vue suivant qui demande à l'étudiant de construire « progressivement les éléments de sa compétence ». La notion de « situation » est le deuxième élément qui apparaît. Ainsi, l'étudiant devient un « praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle ». Par ailleurs, l'étudiant doit « développer des ressources », apprendre « à reconnaître ses émotions », développer « une éthique professionnelle...pour prendre des décisions ». Former au « raisonnement clinique et à la réflexion critique », il sera « capable d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et ...s'adapter à des situations variées ». Le référentiel de formation est structuré par ses concepteurs « pour mettre en relation les

⁵⁵ Référentiel de formation. Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014

connaissances à acquérir et le développement des compétences requises ». La posture réflexive est attendue afin de permettre aux apprenants de « comprendre la liaison entre savoirs et actions ». Il est ensuite demandé que le formateur « développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique » qu'il « trouve les moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.... Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif ».

Plusieurs éléments retiennent ici notre attention. Tout d'abord, la compétence s'articule autour de composants normés en lien avec une tâche ou des actes à réaliser, de savoir-faire et des connaissances. Ici se sont les référentiels qui posent le contexte à aborder en lien avec une liste d'actes à réussir pour pouvoir les valider. D'un autre côté, la compétence s'exerce au contact d'un contexte spécifique en lien avec une situation qui demande une action. Ici c'est le traitement de la situation qui acte et témoigne de sa réussite. La compétence devient alors « un cheminement de l'action efficace qui ne s'accommode pas ou difficilement de sa normalisation préalable et extérieure à l'opérateur » (Jobert, 2002). Dans ce cas Jobert parle « d'intelligence pratique ».

L'écriture du référentiel, découpé ensuite en unités d'enseignement précisant les objectifs, les éléments de contenu, les recommandations pédagogiques et les modalités et critères d'évaluation conduit à appréhender la compétence comme « la capacité à résoudre un problème dans un contexte donné. » (Michel & Ledru, 1991). Le couple compétence-situation devient alors central dans l'apprentissage et dans le choix des activités pédagogiques déclinées par les formateurs et les encadrants. Nous pourrions ainsi dire que la compétence est perçue comme un processus dynamique en lien avec un agir. La compétence attribuée à une personne témoigne de sa capacité à réussir l'exécution d'une action dans une situation nouvelle. Cette dernière est vue comme une situation professionnelle pour Zarifian (1999). Les éléments alors mobilisés sont la prise d'initiative, l'engagement et la responsabilité des actes posés par l'acteur. *Alors comment accompagner l'apprenant dans la construction de sa réponse face à une situation nouvelle ? En quoi le choix opéré par les formateurs autour des situations représentatives du métier d'infirmier va venir déterminer l'apprentissage ? En d'autres termes, le « traitement pédagogique » de la situation managée par le formateur favorise-t-il la professionnalisation des pratiques de l'apprenant ?*

2.2. L'approche par compétences : une logique orientée vers la professionnalisation

2.2.1. De l'acte « apprendre » à l'activité d'apprentissage

Apprendre est un processus profondément humain dans le sens où « tout être humain apprend : s'il n'apprenait pas, il ne deviendrait pas humain. » De plus, « apprendre n'est pas équivalent à acquérir un savoir, entendu comme intellectuel. » (Charlot, 1997). Pour Giordan « Apprendre c'est simple.... Il suffit d'écouter, de mémoriser et de répéter.... » (Giordan, 1994). Dans ce cas, le dispositif pourrait se construire autour des savoirs disciplinaires. Chaque enseignant vient « donner » son cours sans se soucier de l'impact que ce dernier pourrait avoir sur les apprentissages de l'apprenant. Chaque activité de formation devient un élément d'un ensemble comme la pièce d'un puzzle. Il revient alors à l'étudiant d'assembler les différents morceaux pour cheminer dans sa formation. L'évaluation permet alors de relever des preuves que l'élève a « bien » mémorisé son cours et a su le retranscrire à un instant T. Dans la formation infirmière cela donnerait par exemple : de 8 h à 10 h un cours de biologie fondamentale, puis de 10h à 12h un cours sur la communication non verbale, un temps de repas, de 13h à 15h une intervention sur les soins infirmiers en traumatologie et pour finir de 15h à 17 h un atelier de simulation sur la toilette. Les blocs s'enchaînent sans forcément de lien entre eux et surtout sans mobilisation et articulation des expériences et savoirs antérieurs. Cette vision de l'apprentissage semble au regard des situations de plus en plus complexes que les professionnels rencontrent, ne plus répondre aux attendus du terrain. Tous les jours nous sommes confrontés à de nouvelles expériences, à de nouvelles découvertes, à de nouveaux apprentissages indispensables pour comprendre notre environnement et s'inscrire dans son évolution. Les solutions préexistantes ne suffisent parfois plus pour répondre aux besoins de santé de la population. Les problématiques éthiques, les problématiques de fin de vie, les problématiques de prise en soins à domicile par exemple ne peuvent être analysées seulement par un corps professionnel. La pluri professionnalité devient alors une force pour appréhender et questionner les différentes voies possibles pour apporter une réponse en soins adaptée à un patient donné.

Par ailleurs, il est démontré par plusieurs auteurs que

« l'essentiel de l'activité cognitive de l'élève n'est pas l'assimilation des différents savoirs que l'enseignant met en scène, d'une façon ou d'une autre, dans la vie de la classe. L'essentiel se situe plutôt dans la mise en ordre, par l'élève lui-même, des expériences qu'il a des situations dans lesquelles ses connaissances ont pu fonctionner jusqu'à ce jour. » (Jonnaert, 1996a, p.237).

Nous changeons de paradigme et de mode de penser. Cette vision plutôt constructiviste suggère que l'activité d'apprentissage demande un effort. Il s'agit donc de transformer le

savoir pour le faire sien et arriver à une certaine appropriation. Ainsi « le sujet apprend du simple fait qu'il agit. On ne peut pas agir sans se construire de l'expérience, donc sans apprendre. » (Pastré, 2005, p.31). C'est pourquoi « la démarche d'appropriation de connaissances par mémorisation de cours, exposés ou lectures, sans travail personnel de compréhension, ne conduit pas à des connaissances véritables, au sens constructiviste du terme, mais à l'enregistrement d'informations relativement superficielles et difficilement réinvesties dans l'activité cognitive générale de l'élève. » (Carbonneau & Legendre, 2002, p.16). Il revient alors aux équipes de formateurs de choisir les activités pédagogiques et les mettre en corrélation les unes avec les autres. Il y a ici une notion de continuité des apprentissages à envisager dès la conception. Nous ne sommes plus dans des blocks de connaissances juxtaposés les uns à côté des autres mais dans une articulation et une complémentarité. La structuration des savoirs à acquérir est indispensable. Ils sont perçus comme des ressources à mobiliser pour mener une réflexion et prendre des décisions éclairées dans l'action. Ces connaissances doivent donc être plurielles et s'appuyer sur des origines variées. En effet, c'est grâce à des provenances différentes que l'apprenant pourra développer sa pensée critique, avoir un point de vue contradictoire précieux pour l'analyse des situations multiples des patients. Ainsi le futur professionnel infirmier

« doit savoir « naviguer dans la complexité » en fonction de repères plutôt que d'exécuter un plan préconçu...Face aux imprévus et aux aléas, face à la complexité des systèmes et des logiques d'action, le professionnel doit savoir prendre des initiatives et des décisions, négocier et arbitrer, faire des choix, prendre des risques, réagir à des aléas, des pannes ou des avaries, innover au quotidien et prendre des responsabilités ». (Le Boterf, 2005, p.48).

Pour cela les formateurs vont devoir aménager le curriculum de formation autour d'une vision intégrative. Dans ce cas, la « situation d'apprentissage est à construire à partir de l'activité intellectuelle de l'apprenant, en s'interrogeant sur les conditions pour qu'un conflit sociocognitif puisse réellement avoir lieu...La question est de construire une formation professionnelle où, à chaque instant, les préoccupations disciplinaires et les préoccupations pédagogiques s'interpénètrent, où l'on ne parle pas de l'enfant en général [ici de l'étudiant] mais d'enfants [d'étudiants] concrets... » (Meirieu, 1993). Il est visé ici la construction d'une trajectoire de développement pour l'apprenant en lien avec les compétences à acquérir durant la durée de la formation. Le curriculum de formation va s'articuler autour de situations d'apprentissage en lien avec des études de cas, des situations problèmes, des créations de projets... qui obligent les étudiants à réfléchir « dans » l'action et « sur » l'action. L'apprenant va devoir au fil du temps témoigner de son apprentissage et du développement de ses compétences.

2.3. L'impact sur les pratiques des cadres de santé formateur

2.3.1. Quand la compétence entre en action

Dans la construction d'un dispositif orientée vers l'approche par compétence (APC) l'apprentissage est élaboré à partir de situations complexes qui vont venir « déstabiliser » les apprenants pour favoriser le conflit cognitif. Nous ne sommes plus dans un découpage des périodes de cours en lien avec des thématiques et des savoirs théoriques à mémoriser. Ce qui est visé c'est l'acquisition spécifique de capacités professionnelles à mobilisées dans l'activité quotidienne du futur exercice soignant, en lien avec l'exigence de tâches à accomplir. L'apprenant prend alors une nouvelle posture car c'est lui qui doit être le moteur du développement de ses compétences et ceci de manière durable. L'impact est alors immédiat sur les formateurs qui ne sont plus là pour dispenser un savoir mais pour choisir les situations professionnelles les plus significatives, déterminer les situations qui vont accroître le potentiel d'apprentissage et dégager les ressources permettant de mener un raisonnement professionnel.

La compétence est perçue ici comme « une capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas ». (Perrenoud, 1997, p.7). Cependant la notion de compétences peut être appréhendée comme

« des ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire de conduites types, de procédures standard, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle : elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche. » (Montmollin, 1986).

Dans le contexte mouvant du monde de la santé et de l'exercice professionnel des infirmiers, il ne suffit donc pas d'aiguiller les formations des futurs soignants seulement autour d'une logique de tâches à acquérir. Il faut orienter l'apprentissage vers

« le développement de l'intelligence, c'est-à-dire des capacités de penser et de penser un peu plus par soi-même, doit aussi se réaliser par la formation conçue à partir du travail et pour le travail. Faute de quoi, les connaissances scientifiques et techniques risquent de ne pas pouvoir être mobilisées au travail si leur apprentissage reste dissocié des situations et de l'action. » (Mayen, 2014, p.23)

Un tel dispositif demande la mise en œuvre de situations didactiques dans lesquelles l'apprenant est l'acteur voir l'auteur principal. Dans notre réflexion nous ne voyons pas l'étudiant au centre du dispositif d'apprentissage comme certains auteurs le suggèrent mais plutôt comme le pilote d'une chaîne d'activité qui va venir contribuer à sa professionnalisation. Le cadre de santé formateur est un facilitateur dans le sens où il organise les activités de formation, il accompagne, questionne voir soutient en stimulant la créativité. Nous nous inscrivons dans la vision de Ketele qui stipule qu'on « ne peut parler

de compétence qu'à partir du moment où il y a mobilisation des ressources pertinentes face à une situation comportant un problème à résoudre ou à une tâche complexe à effectuer. » (De Ketele, 2011). Dans notre étude, il sera intéressant de repérer quels types de ressources les CSF mobilisent pour effectuer leurs activités de formation auprès des apprenants.

C'est parce que l'être humain entre en contact avec une situation nouvelle qu'il va s'inscrire dans une dynamique d'action avec une perspective de mouvement. Ainsi

« l'agir est un mouvement [...], en décidant d'agir nous allons à la rencontre de l'inertie du monde [...] pour profiter alors de toutes les occasions de reprendre l'initiative, de prendre les devants, de contrôler ces contraintes [...] de telle façon qu'elles nous servent au lieu de nous obliger à les servir » (Durrive, 2015, p.61).

La compétence dans cette perspective devient quelque chose d'incarné, de construit, de situé. Dès lors que l'individu va intervenir dans un contexte précis, il va devoir mobiliser ses ressources pour appréhender la situation qui se déroule devant lui et avec lui. Ainsi, « l'activité demande de prendre un risque, de fournir un effort » (Mailliot & Durrive, 2009, p.114).

Dans cette vision, le travail de conception des cadres de santé formateurs prend une autre dimension. Le choix des « situations d'enseignement-apprentissage devient donc la base d'un processus de formation visant le développement des compétences. » (Habboub, Lenoir & Tardif, 2004, p.35). L'enjeu est de taille pour les formateurs et impact directement le mode de formation dans le choix des approches pédagogiques. En effet dans ce contexte, le cadre de santé formateur est certes un facilitateur pour mettre en relation un apprenant avec le savoir mais aussi un ambassadeur pour construire des situations révélatrices de l'activité professionnelle. Ce changement de paradigme amène à décentrer les savoirs et à bâtir une ossature pédagogique autour de situations mobilisatrices d'un agir professionnel que celui-ci soit en lien avec une gestuelle ou avec l'analyse d'une situation professionnelle issue de la pratique. Les différents matériaux que l'apprenant va solliciter pour recueillir des indices, se faire une idée de la situation, vont l'amener à prendre une décision. L'argumentation de ce processus ne peut être écartée de la mobilisation des savoirs qui viennent nourrir et expliciter le passage à l'action. Plusieurs éléments vont donc devoir coopérer : « l'activité et son analyse » et « la pratique et sa conceptualisation » pour entrer dans une démarche de professionnalisation des acteurs. (Habboub, Lenoir & Tardif, 2004, p.36).

L'activité des cadres de santé formateurs va donc se modifier car le but de l'apprentissage s'oriente autour de la construction d'une expérience permettant in fine la structuration de la compétence de l'acteur. L'activité constructive devient première par rapport à l'activité productive. Ce qui est visée ici c'est en quelque sorte l'enrichissement de l'apprenant en

l'amenant à questionner ses pratiques, à réfléchir à ses choix d'action, à ses modes opératoires dans la situation d'apprentissage à laquelle il a été confronté.

Pour illustrer la démarche proposée, je vais me référer à ma pratique professionnelle. Récemment un cadre de santé formateur m'a sollicité sur la conception d'un nouveau dispositif pédagogique en lien avec la santé publique. Dans un premier temps il a introduit son propos en me disant « j'en ai assez de tous ces cours théoriques qui ne servent à rien. Les étudiants n'en voient pas l'utilité et ne les remobilisent que rarement dans la construction de leur démarche de santé publique. Je voudrais leur montrer que la connaissance est indispensable pour mener une analyse et recueillir les besoins des usagers. J'ai pensé faire autrement. » Son architecture pédagogique se construit autour de la matérialisation concrète d'un projet de santé publique en situation réelle dans des établissements scolaires. Les proviseurs ainsi que les infirmières scolaires sont d'accord pour accompagner les étudiants infirmiers sur le terrain et les mettre en contact directe avec des collégiens. Dans la construction pédagogique des intervenants sont prévus mais ils répondront aux sollicitations des apprenants en fonction de leur besoin et en se déplaçant de groupe en groupe et non selon une intervention de type magistrale. Les savoirs seront donnés à ce moment-là mais de manière ciblée et en fonction de la demande des étudiants.

Ce petit détour témoigne bien d'une nouvelle manière d'élaborer le dispositif pédagogique. L'apprenant est positionné en situation réelle, face aux enjeux et à la complexité d'une situation. Ici pas d'artéfact mais une prise de conscience immédiate en groupe de l'impact de ses choix et de ses prises de décisions collégiales. Les professionnels sont là pour accompagner et « encadrer » la démarche en validant les propositions des apprenants. Les connaissances ne sont pas écartées bien au contraire elles sont encore plus présentes mais ne se matérialisent pas sous forme d'un contenu dispensé par un enseignant mais sous forme de recherche, voire de sollicitation d'un expert en cas de besoin pour comprendre, enrichir, valider la démarche construite. Les apprenants sont considérés comme des professionnels avec une marge d'autonomie tout en assumant leur responsabilité. Le rapport entre les étudiants et les formateurs se modifie et l'accompagnement se professionnalise. C'est la démarche ici qui est valorisée et pas son résultat. L'analyse des différentes étapes du processus deviennent donc source de développement pour chacun des partenaires. L'identification des ressources mobilisées, des savoirs assemblés, des stratégies combinées amènent à énoncer les différents enchaînements ayant permis la réalisation du projet. Mais surtout à repérer les opérations concourant à la légitimation des choix réalisés dans l'action.

2.3.2. Un « savoir agir » situationnel

En complément de ces définitions, la notion de « savoir agir » nous semble un élément essentiel à mobiliser. Cette notion permet de situer notre propos dans l'agir et l'action. La compétence devient donc « un savoir-agir complexe reposant sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations.» (Tardif, 2006). Pastré vient enrichir cette première approche en spécifiant que la compétence n'est pas dissociable de l'activité. C'est un tout. Il y a un lien très fort avec la personne qui agit. L'individu prend alors une place centrale au regard de son activité professionnelle. La didactique professionnelle va s'intéresser à la manière dont les compétences « se construisent et se développent *dans et par* le travail ». (Pastré, 1999, p.5). Le monde du travail devient un lieu d'apprentissage grâce à sa variabilité de situation. Ainsi « la situation constitue à la fois le support, le lieu d'émergence et ce qui donne sens au problème à traiter ». (Pastré, 1999, p.28). La compétence forme donc un couple inséparable de l'activité. Elle ne peut être appréhendée qu'au regard des situations par lesquelles elle s'exprime. De plus, la compétence est constituée d'un ensemble de composantes qui interagissent entre elles, au travers d'un processus dynamique. Elle va combiner des savoirs, des savoir-faire, de l'analyse, de l'évaluation... pour s'adapter au contexte. Nous arriverons donc à une sorte de valeur ajoutée à l'existant. De plus le « savoir agir » est à la fois complexe et singulier. Il s'exprime différemment selon les personnes faisant émerger la compétence dans un contexte de singularité. D'un côté l'acteur interagit avec ses valeurs, sa personnalité, son vécu, ses ressources et de l'autre la situation à ses propres contraintes. C'est l'alchimie entre les deux, conduit par le raisonnement de l'acteur, qui permettra de témoigner de sa manière d'agir avec compétence.

2.3.3. Une réponse singulière de l'acteur en activité

L'activité des formateurs ne se limite pas aux actions en amont de la formation au moment de la conception, elle se vit en situation et au quotidien. Ainsi l'activité de conception se poursuit dans l'action. La recherche donnera à voir si les formateurs pilotent leur dispositif autour d'un savoir à délivrer et à transmettre ou s'ils s'ajustent aux indications et pistes donner par les apprenants. Les choix et les manœuvres réalisés témoigneront du « dialogue intérieur du formateur avec son objet de formation. » (Ulmann, 2008, p.86).

Par ailleurs au moment de l'activité, il s'amorce un apprentissage mutuel entre les apprenants et les formateurs notamment lors de la résolution de problème commun. Le peu d'expérience des apprenants face à une situation problème par exemple, aide les formateurs à formuler des hypothèses à produire des connaissances grâce à la prise de conscience mutuelle de la gestion du problème à traiter. Il s'établit une sorte de synchronisation

cognitive et opératoire dès lors que les différents protagonistes se mettent au diapason. Les acteurs combinent interaction et coaction en vue de construire de la connaissance pour agir et traiter conjointement un problème. Ainsi, la conception de la formation se poursuit dans l'usage. Nous avons ainsi un double mouvement. D'un côté les cadres de santé formateurs élaborent une ingénierie pour le développement des compétences des futurs infirmiers et de l'autre ils développent leurs propres compétences de professionnels de la formation. Le management de cet environnement dynamique d'apprentissage les amènent à recomposer voir reconfigurer la trame pédagogique prévue. Face aux imprévus, aux aléas liés à une dynamique de groupe, ils devront faire preuve de créativité pour témoigner d'un agir compétent en activité de cours. *Mais pour autant au nom de quoi le sujet va-t-il s'autoriser à modifier et ajuster le synopsis ? Et comment ? Qu'est-ce qui va pousser l'être à agir ? Comment les cadres de santé formateurs vivent-ils le management de leur activité pédagogique auprès des apprenants ?*

Donner à voir de son agir compétent ce n'est pas seulement ce qui est visible et perceptible par les collègues de l'extérieur en réponse à une tâche à accomplir. C'est aussi la prise en compte de la partie invisible propre à chaque individu qui l'incite à agir grâce à une force intérieure qui le caractérise. Nous sommes ici dans un processus complexe qui convie l'acteur à articuler à la fois les données extérieures issues des composantes de l'environnement, les données issues du collectif de travail et celles issues de soi-même. Pour analyser une situation de travail, la démarche ergologique recommande la prudence. Pour le faire il est important de solliciter à la fois la partie connue, prévisible de l'activité tout en identifiant l'inédit, l'original qui est en train de se vivre. Cela suppose donc d'articuler dans le même temps le cas général et le cas spécifique qu'offre la réponse à une situation. Dans le réel de l'activité c'est souvent une démarche complexe car la connaissance et l'application des procédures ne permettent pas de répondre à toutes les situations de travail. Il y a un écart, un décalage avec la situation vécue, dans l'ici et maintenant, pour laquelle l'acteur devra prendre une décision et proposer des pistes de solution. C'est parce qu'il y a de la vie dans l'association activité/compétence que l'être humaine va apporter une réponse singulière. « L'activité comme usage de soi » (Durrive, 2015, p.98) devient donc un des points d'ancrage de notre recherche.

2.4. L'expression de la singularité de l'acteur par rapport aux dispositifs normés

Toute société se réfère à un système de normes pour fonctionner. Les normes sociales sont en lien avec le milieu de travail. Elles vont venir guider les pratiques des professionnelles. A la différence de la norme biologique, la norme sociale « n'est pas interne mais externe ; elle

n'est pas nécessaire mais arbitraire ; elle n'est pas harmonieuse mais polémique, car elle fonctionne à partir de normes dont l'antithèse est toujours possible.» (Durrive, 2015, p.46). La vision ergologique va nous conduire à regarder l'activité de l'acteur au travail avec une autre focale car l'homme est un « foyer d'expérience » et pas une machine programmable.

2.4.1. Une approche des normes

Etymologiquement la norme vient du latin « norma » qui signifie équerre, règle. C'est une loi, à laquelle chacun doit se conformer. Elle est envisagée comme « l'état habituel, régulier, conforme à la majorité des cas.»⁵⁶ Ainsi, elle est ni vraie ni fautive. Elle s'appuie sur la recherche d'un certain « consensus » permettant de réunir la majorité de personnes. Puis elle se matérialise et prend forme dans une prescription qui devient une référence pour une durée donnée. Par ailleurs pour que cette norme s'exprime et prenne vie dans une activité, il est nécessaire que celle-ci soit « reconnue par une normativité » sinon « la normalité qu'impose la norme reste une coquille vide.» (Durrive, 2015, p.38).

Dans l'approche ergologique pour qu'une norme puisse fonctionner elle doit s'articuler autour d'un double processus : un processus externe en lien avec le milieu et un processus interne propre à l'acteur.

Le premier processus est en interaction avec la variabilité du milieu professionnel. Les démarches de certification, les cellules qualité des entreprises du monde industriel et de la formation ont conduit progressivement à construire des cadres de référence définissant les règles de bonnes pratiques. Ces dispositifs sont essentiels pour inscrire les professionnels dans un axe commun avec des points de référence connus de tous. Les indicateurs identifiés permettent de mesurer et de contrôler les opérations réalisées avec l'idée de constituer des preuves pouvant être analysées dans un second temps. Mais le monde du travail est un secteur en évolution constante. Les directives validées un jour sont sans arrêt remises en question au regard des aléas de l'activité. Penser pour répondre à la plus grande majorité des situations, les instructions déployées sont toujours dépassées au moment de leur mise en action par une personne humaine. En effet, même bien élaborée, une norme ne peut prévoir toutes les situations envisageables. C'est d'autant plus valable dans le secteur de la santé où un humain construit un parcours de soin avec une personne singulière. Il en est de même dans le secteur de la formation où l'accompagnement du parcours de professionnalisation demande de s'attarder aux particularités d'une personne apprenante. Ainsi implicitement ce qui est demandé pour appliquer une instruction et « agir selon une norme, » c'est de gérer « l'appréciation des micro-transformations qui s'imposent dans

⁵⁶ CNRLT, consulté le 6 avril 2019

chaque situation concrète, car ce sont là autant d'exigences ponctuelles à prendre en compte pour rendre la norme effective ici et maintenant. » (Durrive, 2015, p.40). Le professionnel se trouve ainsi face à une double contrainte à la fois suivre « une consigne » (définie par les protocoles, les recommandations en amont de l'action de manière générale) et de répondre dans « l'instant » aux paramètres de la situation (situation imprévisible car inédite).

Le second processus est en lien avec l'individu et sa vision de la situation. Identifiée sous le terme de « labilité », il introduit une marge de manœuvre laissée à l'acteur en prise avec le réel. Ainsi, « la labilité des normes permet leur efficacité et elle autorise en même temps chacun à s'exprimer en tant qu'individualité émergente, libre et puissante » (Durrive, 2015, p.42). Après avoir réalisé l'analyse d'une situation l'individu va se positionner et exprimer « son point de vue ». Ce processus introduit de la vie dans l'activité humaine au travail. Ici est mis en lumière l'importance de prendre en compte la verbalisation du chemin intellectuel poursuivi par l'acteur pour comprendre son mode opératoire lui ayant permis de résoudre la problématique. S'attarder uniquement au résultat et à la perception extérieure conduirait à une impasse et à une non prise en compte du raisonnement du professionnel.

Approchons ce double processus en identifiant le dilemme dans lequel se trouve l'acteur.

2.4.2. Les exigences du milieu de travail

Chaque milieu de travail répond à des normes préétablies pour atteindre un but fixé. Les référentiels, les procédures, les recommandations permettent de guider les tâches à accomplir dans une logique de conformité et de sécurité pour l'ensemble des acteurs. Les règles définies, pour le plus grand nombre de travailleurs possible, constituent une sorte de système d'instruments relatifs au travail. Ces dispositifs alimentent des bases de données pour assurer l'évaluation et le contrôle des actions effectuées. Mais dans le même temps ils permettent aussi de mesurer l'impact de la réalisation de la production et d'analyser les difficultés ou les problèmes rencontrés.

Les règles de bonnes pratiques qui sont élaborées visent à devancer les différents types de problème qui peuvent se présenter. Une sorte de conduite générale, commune à tous les opérateurs va venir orienter la tâche à atteindre rendant le travail possible dans une visée de bien produire ensemble. Pour cela des agencements vont être pensés pour « espérer » faciliter la réalisation du travail. Des organisations, des planifications vont être privilégiées, des consignes pour réaliser une tâche vont être prescrites afin de donner des repères. Le cadre de référence va ainsi poser des jalons, une borne sur lequel chaque acteur pourra se baser pour prendre une décision conforme à ce qui semble être attendu.

Or, malgré l'usage d'élaborer puis d'ajuster des procédures, de prescrire le travail pour le sécuriser et répondre à des normes de qualité, la mouvance des milieux de travail échappe pour une partie aux prescripteurs. En effet il est impossible de tout prévoir, de tout aménager car le monde professionnel est un espace parfois capricieux, souvent incertain voir variable. Les évolutions technologiques et multi référentielles amènent à questionner régulièrement les pratiques existantes. Les procédures écrites à un instant T ne sont pas valables que pour un temps donné. Elles sont remises en jeu régulièrement au rythme des évolutions tant technologiques que des pratiques elles-mêmes.

De plus, lors de l'intégration dans une équipe d'un nouveau cadre de santé formateur d'autres paramètres viennent interférer la réalisation des tâches. L'application des procédures n'est pas suffisante pour appréhender le milieu de travail car il y a un existant, une histoire qui ont précédé l'activité. Ainsi « les normes antécédentes...préexiste avant qu'on entre soi-même dans un lieu de travail, indépendamment de soi, de la personne.... Il y a une série de normes antécédentes enchâssées, bien plus large qu'une simple énumération de procédures. » (Schwartz, 2009, p.24). Ces normes sont ainsi créées au rythme de l'activité générée par un collectif de travail en lien avec les expériences et les problématiques résolues. Elles sont généralement implicites mais essentielles pour que le groupe se reconnaisse et se comprenne en situation de travail. Nous sommes ici face à un des enjeux majeurs pour tous les nouveaux arrivants pour comprendre ce qui se joue et trouver une place, sa place dans la dynamique du groupe.

Par ailleurs, la tâche effectuée est codifiée et soumise à une directive. Or en situation de travail cette même tâche va être réalisée par une personne qui va y mettre une part d'elle-même. L'acteur va produire, innover, accommoder. Il va combiner les données analysées pour prendre une décision dans l'instant du moment de l'action. Les différentes propositions qu'il identifie deviennent des ressources à travers lesquelles il va devoir déterminer l'option qu'il va retenir. Ainsi, « les stratégies dépendent de la compétence des acteurs, mais également de leur expérience, si l'on admet qu'il existe souvent plusieurs itinéraires possibles pour arriver au but ». (Pastré, 2008, p.57) La décision prise va engendrer une réponse permettant un traitement possible de la situation. L'action va témoigner de l'agir de l'acteur. Cependant les choix opérés restent le plus souvent invisibles et demandent une explicitation pour pouvoir « grandir » en expérience. Nous percevons bien ici que le résultat seul ne suffit pas à dire qu'une personne est compétente ou pas. « Il y a donc un autre indicateur de la compétence que le résultat, c'est la stratégie mobilisée par le sujet. » (Pastré, 2004b, p.466).

Ce processus de réflexion peut parfois conduire l'individu à s'écarter de la norme. C'est grâce à ce pas de côté qu'il va témoigner de sa compétence et de son agir professionnel. En effet, « la compétence...consistera justement à savoir constamment déplacer les écarts nécessaires afin de répondre au mieux aux exigences de la norme qui est située, particularisée, interprétée.» (Durrive, 2015, p.57). L'opérateur va opérer un mouvement en lien avec le processus de double anticipation lui permettant de recomposer son espace de travail avec une vision anticipatrice. Ce qui peut être perçu de l'extérieur comme un écart à la norme devient un lieu d'expression de la singularité de l'acteur dans l'instant de l'action. En effet, chaque individu « agit et réagit selon ses propres motifs et buts, sa compréhension de la situation, son investissement, sa relation à son interlocuteur, au cadre et à l'objet de l'interaction ». (Mayen, 2017, p.53).

2.4.3. Résoudre une situation de travail : un questionnement pour l'acteur

Alors comment résoudre une situation de travail ? Comme nous l'avons vu précédemment le professionnel se trouve confronté à deux logiques. D'un côté la structure qui l'embauche lui a donné des consignes générales à appliquer pour des tâches précises à effectuer et d'un autre côté il doit gérer les modalités spécifiques de l'instant. Sa connaissance du milieu l'amène à envisager différentes stratégies pour appréhender la problématique. Il est nécessaire pour lui de faire des allers retours entre les éléments définis dans la procédure et ce qu'il perçoit des éléments de la situation pour y répondre avec efficacité. Pour cela il est de la responsabilité du cadre de santé formateur d'articuler à la fois l'exercice de son pouvoir normatif et l'autorisation qu'il va se donner de s'écarter de la norme pour rendre le travail possible. Mais dans l'action cela n'est pas simple car cela suppose de sortir des codes prescrits et d'assumer sa différence en sachant que sa prise de décision va venir orienter son action.

A ce stade de la réflexion, nous souhaitons reprendre la suite du chemin concernant « les normes antécédentes » car elles vont venir compléter l'approche. Elles émanent de l'activité et se transmettent dans l'implicite et de manière anonyme. Elles n'appartiennent à personne et font partie en quelque sorte du patrimoine d'un collectif. C'est grâce à elles que l'acteur va s'autoriser à inventer une solution nouvelle, à redéfinir le cadre de son exercice professionnel pour le rendre possible en lien avec ses valeurs. Pour répondre aux exigences du milieu, les professionnels « doivent tenter de reconfigurer le cadre normatif selon la situation rencontrée et décider » de la réponse qu'ils vont apporter en dialoguant à la fois avec leurs propres débats intérieurs et ce que le collectif exige d'eux. « Cette négociation de l'usage de soi prend ainsi la figure de débat de normes. » (Durrive, 2015, p.56). Ainsi « notre

agir ne se fait jamais au hasard, il suit des normes que nous nous donnons » (Schwartz, 2009, p.25)

Pour ce faire l'acteur a besoin de débattre pour agir. Ainsi toute expérience humaine « nous ramène inévitablement à une activité spécifique, une activité au sens fort qui est le dialogue avec un système de normes » (Durrive, 2015, p.53). Pour rendre le travail possible et efficient « il est indispensable qu'une intelligence humaine et un corps humain - donc un être d'évaluation – prennent le relais des normes instituées, en interprétant et en adaptant ces normes à leurs différents champs d'application.» (Durrive, 2015, p.45). Le professionnel va donc donner son « point de vue » et prendre position face à la norme proposée. Il éprouve souvent le besoin « de singulariser son rapport à la norme » pour la rendre viable dans l'application de son travail. D'un côté il s'est approprié ce qui est demandé et de l'autre il s'individualise en mettant sa marque personnelle. Nous sommes ici dans le paradigme de l'action avec son lot d'aléas, d'imprévus, d'interactions, de reconfigurations... qui amène le professionnel formateur à des ajustements, des arrangements, « des renormalisations » (Schwartz & Durrive, 2009). L'activité humaine en milieu de travail prend alors une autre dimension car « il n'y a pas d'activité sans débat de normes. » (Schwartz & Durrive 2009, p.23).

Pour rendre plus concret notre propos nous avons choisi un extrait d'un propos développé par un cadre de santé formateur durant la recherche (voir **encadré 1**). Le but ici est d'illustrer le cheminement de l'acteur en situation professionnelle et témoigner de son action consciente dans sa prise de décision.

Encadré 1 : L'activité d'un cadre de santé formateur dans une situation professionnelle d'animation d'une séquence pédagogique (Nathalie, G1F3 : retour simple sur l'activité)

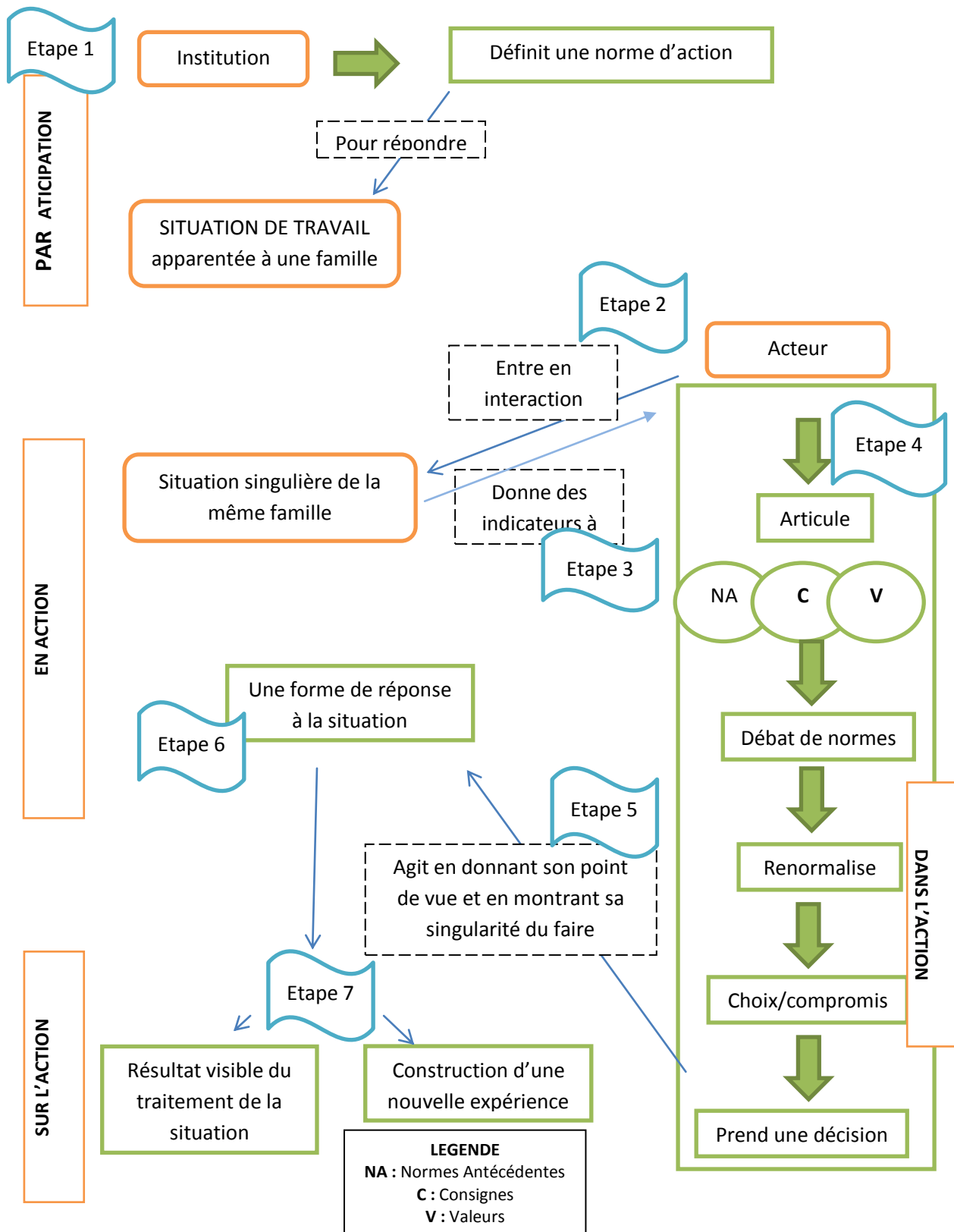
G1F3 : Alors par rapport aux objectifs et aux intentions que j'avais, j'étais pour ce premier T.D. me semble-t-il, dans l'objectif visé ... Mais avec quand même cette difficulté... Parce que je voulais quand même être un peu en retrait... Donc j'ai été quand même beaucoup dans la présence parce qu'ils m'ont beaucoup interpellée avec des : « madame »... Donc du coup, il n'y a pas eu autant d'échanges que j'aurais souhaités entre étudiants et de discussions entre étudiants. Donc ça voilà... Donc je dirais que ça c'est vraiment la grosse chose... Ceci dit, il me semble qu'ils ont tous participés ou ont été impliqué un moment ou un autre avec des concentrations un peu moindres ou de niveaux différents si je peux dire les choses comme ça... Mais, ils étaient tous dedans... Je dirais qu'ils n'ont pas forcément joué le jeu du groupe. Donc dans l'idée que j'en avais par rapport au déroulé, cela ne s'est pas passé comme je pensais et comment moi j'aurai aimé que cela se réalise. Mais d'un autre... Enfin je pourrais être gênée de ça... Mais d'un autre côté je me dis qu'ils ont quand même tous... Eh bien, ils ont quand même tous fait ce qu'il y avait à faire et ils ont quand même tous vu les liens au fur et à mesure... Donc voilà... Donc... Donc, je suis satisfaite de l'objectif parce que je pense qu'il est atteint mais ce n'est pas ce que j'aurais voulu moi, dans ma façon de percevoir et mon positionnement de formateur. J'aurais préféré avoir des étudiants qui participent un peu plus. [...] J'ai été très surprise par rapport à des étudiantes qui se sont focalisées par rapport à quelque

chose que je n'aurais jamais pensé qui était l'étiquetage avec l'étiquette et puis la date... Alors ça, ça m'a scotchée... Donc j'ai essayé de ne pas le montrer que j'étais surprise de ça parce que je ne pense pas qu'il faut se focaliser sur ça... Donc voilà... Mais ça m'a vraiment étonnée parce que j'avais quand même pleins d'infos et elles, elles étaient coincées sur une date... Donc ça m'a perturbée, voilà... Bon, ils ont remarqué que parfois il y avait quelques imprécisions voir quelques incohérences... Mais ça, ça ne m'a pas dérangée [...] Parce que c'est la vie professionnelle [...] C'est normal ces incohérences pour moi dans un dossier. Donc ça, ça me va au contraire... A la limite tant mieux parce que cela montre qu'ils sont attentifs à ça. Donc, je dirais que le seul truc peut-être c'est plutôt un dialogue groupe formateur que plutôt un dialogue entre étudiants, voilà. C'est plus ce côté-là que je relève. [...] Après je me suis servie du tableau, mais ça c'est ce que j'ai l'habitude de faire donc ça je n'ai pas fait autrement, c'est habituel chez moi... Je suis attentive... Enfin j'essaie d'être attentive à ce qu'ils aient une correction à la fin, même si ce n'est pas la correction en soi, mais qu'ils aient des éléments pour pouvoir figer leurs connaissances. Ils demandaient ça donc moi j'y réponds parce que c'est important pour eux. Je sais que j'ai beaucoup de mal avec ça parce que ce n'est pas ma manière d'être... Mais là j'y ai répondu et je suis très attentive à cela... Donc je dirais voilà... Mais je reste avec une question qui est : « est-ce qu'en tant que formateur, j'aurais eu avantage à m'effacer et à laisser un échange ou pas ? ». J'ai un doute parce que comme c'est un début et que c'est... En fait, je ne sais pas...

Les propos témoignent de la mise en œuvre d'une activité dans « l'ici et maintenant » de l'action pédagogique. Les intentions de la séance sont énoncées et font référence aux consignes institutionnelles du dispositif pédagogique. Les objectifs et le mode d'apprentissage choisi autour des interactions entre les apprenants sont énoncés par le formateur. Une recherche d'une certaine conformité à la commande essaie de se mettre en place en situation de cours. Mais l'analyse montre la complexité du système mis à l'épreuve de l'agir. Le formateur relate l'écart qu'il a identifié entre sa représentation de la séquence et sa réalisation dans l'action. Il mesure la perception de certains étudiants face à la situation à traiter et s'étonne de leur réaction et en même temps il essaie d'accéder à leur demande en proposant une réponse formalisée au tableau. La sollicitation des apprenants le place face à un double impératif. D'un côté il doit choisir en prenant le risque de leur apporter une réponse ou au contraire décider de les laisser cheminer en développant leur questionnement. Sa réflexion montre le dilemme dans lequel il se trouve. Il préfère en activité aller dans le sens de la demande des étudiants même si cela va à l'encontre de sa vision de l'accompagnement. En revanche il agit en toute conscience et à connaissance des options possibles. Il poursuit ses interrogations et laisse ouvert la réflexion lui permettant d'entrer dans une dynamique d'analyse de sa pratique professionnelle.

Pour compléter notre « vignette clinique pédagogique » nous avons réalisé une figure **(figure 7 et encadré 2)** décrivant les différentes étapes du cheminement de l'acteur dans son agir situationnel.

Figure 7 :
Une vision du cheminement de l'acteur en prise avec le réel de l'activité



Étape 1 : par anticipation, l'institution définit la procédure pour que la majorité des opérateurs répondent de manière identique à la situation qui se présente à eux. C'est une visée de généralisation.

Étape 2 : en action, l'acteur découvre la situation et collecte des indices pour la résoudre.

Étape 3 : en action, la situation révèle des indicateurs qui seront traités par l'acteur.

Étape 4 : dans l'action, l'acteur se questionne, à des débats internes pour prendre une décision.

Étape 5 : en action, l'acteur apporte une réponse en lien avec sa singularité. Il porte un point de vue sur la situation.

Étape 6 : en action, l'acteur agit et solutionne la situation.

Étape 7 : en dehors de l'action mais sur l'action, double processus une fois l'action finalisée. L'acteur matérialise les effets de son agir sur la situation en mesurant un résultat. L'acteur se construit une expérience nouvelle pour cette famille de situation.

Encadré 2 : Une vision du cheminement de l'acteur en prise avec le réel de l'activité

La même démarche peut être également envisagée pour un collectif de travail. L'acteur peut agir à titre individuel mais aussi après une réflexion collégiale.

Toute cette démarche conduit l'acteur à gagner en expérience. La situation de travail qui au départ peut paraître problématique devient une source de développement et permet à l'acteur de se professionnaliser.

Conclusion du chapitre 5

Les apports conceptuels de ce chapitre ont soulevé plusieurs questions qui viennent impacter l'analyse des entretiens de notre étude comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

L'activité de conception du dispositif pédagogique fait référence à un ensemble de normes prédéfinies notamment par les référentiels de formation, les référentiels de compétences et les référentiels métiers. Le savoir expérientiel des CSF est un paramètre qui va venir impacter les prises de décisions dans l'agir de l'action. La notion de double anticipation décrite par Yves Schwartz et repris par Louis Durrive positionne l'acteur au centre de ses choix dans un mouvement dynamique alliant le champ des savoirs, des concepts et le

champ de l'activité. L'ingénierie pédagogique va s'articuler autour du projet pédagogique de l'institut, du groupe d'apprenants à accompagner et déterminera les méthodes pédagogiques à privilégier en fonction d'une finalité à atteindre. La prise en compte du contexte et des savoirs du métier à développer seront des indices pour agencer le dispositif.

La logique compétence « définie comme une structure ouverte qui se caractériserait par la capacité du sujet à créer des solutions nouvelles dans des situations non reconnues » (Wagemann & Percier, 2004, p.53) amène le CSF à interroger son action pour la faire évoluer. De plus, les cadres de santé formateurs sont imprégnés du socle des valeurs, de la culture, des normes, des règles qui structurent la communauté professionnelle infirmière. Cette histoire soignante est une ressource qui fait partie intégrante de l'individu et va venir orienter les choix pédagogiques. Ainsi :

« ces ressources se trouvent inscrites dans son activité intellectuelle, tout ce qu'il a pu apprendre grâce à son expérience, ce qui a fait trace dans sa mémoire, ce qu'il en a compris, ainsi que dans sa façon personnelle et particulière d'appliquer ou d'exécuter un soin » (Lainé, 2012, p.13).

Comme nous l'avons dégagé précédemment le formateur devient un « passeur » au sens de Bonniol c'est-à-dire qu'il prend une posture de « facilitateur » pour accompagner l'apprenant sur son chemin de formation. Puis, comme le suggèrent Tardif, Borgès et Malo (2012) il change de paradigme en passant d'un modèle « enseignement » orienté vers les savoirs pour aller vers un modèle « apprentissage » axé sur l'étudiant. Ainsi

« Son rôle serait de susciter, de dynamiser et de contrôler la réflexivité sur les pratiques et les discours engagés. Du formateur, on attend donc qu'il incarne lui-même cette posture, dans le double registre de l'action professionnelle et de l'action de formation, tout en s'effaçant afin de devenir efficace » (Vial 1999, cité par Noël-Hureaux, 2005a, p. 197).

La réforme de 2009 enclenche ce mouvement comme en témoignent les publications aussi bien dans les revues professionnelles que dans les publications scientifiques. Le cadre de santé formateur construit son dispositif autour « d'une pédagogie des situations » (Pastré, 2011b, Mayen, 2017). Il prend alors la posture d'ingénieur pédagogique basant son architecture autour de l'apprentissage de situations apprenantes qu'il questionne et accompagne. Cette activité va venir impacter l'activité même des CSF les entraînant eux-mêmes dans une démarche de développement professionnel. Le dispositif conçu au départ pour les étudiants en soins infirmiers va venir enrichir leur propre action de travail.

Chapitre 6 : La situation de travail un levier pour le développement professionnel des cadres de santé formateurs

*« L'acteur, c'est celui qui fait l'expérience du monde réel, celui qui prend le risque d'agir en situation. »
(Durrive, 2019, p.25)*

Chapitre 6 : La situation de travail : un levier pour le développement professionnel des cadres de santé formateurs

L'activité des cadres de santé formateurs se construit et se développe en interaction avec autrui. Comme dans les métiers de l'intervention, l'action est dirigée « vers », « pour », et « avec » un apprenant ou un groupe d'apprenants. Ainsi dans les activités de conception, de réalisation et d'évaluation du dispositif pédagogique le professionnel ajuste en permanence et souvent de manière inconsciente. « Ces ajustements progressifs sans que l'acteur ne s'en aperçoive réellement, conduisent à produire « des routines » qui deviennent très attachées aux situations qui suscitent leurs recours ou leur développement. » (Wittorski, 2005, p.82). « Le pas de côté », comme nous l'avons vu précédemment, amène à envisager la situation sous un autre regard. L'accommodation qui se réalise à ce moment-là exprime le point de vue de l'acteur et en même temps témoigne de sa prise en compte de la singularité de la situation. Ce double mouvement l'amène à prendre position et à faire évoluer la situation de départ en la transformant mais en même temps la situation réfléchit sur lui en le transformant également et en le faisant gagner en expérience. Il développe de nouvelles compétences et édifie de nouveaux savoirs. La confrontation avec des situations variées et inédites de formation contribue au développement du potentiel des cadres de santé formateurs. Ainsi, « en enseignant, en formant ou en accompagnant le développement de compétences, l'enseignant, le formateur ou le coach se transforment comme se transforme l'élève, l'apprenant » (Barbier, 2001, p.311). Les interactions avec les apprenants, le collectif de travail, les professionnels du terrain constituent autant d'occasion d'apprentissage et de développement de son expérience.

Nous aborderons ici l'activité humaine comme un moteur pour le développement du sujet.

1. L'activité des professionnels une énergie pour se développer

1.1. L'activité humaine une dynamique en lien avec son écosystème de vie

L'activité humaine est engageante car elle exprime une dynamique de vie. Nous pourrions la définir comme l' « ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental), et les transformations de lui-même s'opérant à cette occasion » (Barbier, 2011, p.25) Ainsi, l'activité mobilise d'autres aspects de l'humain dans l'agir d'une situation. « Elle est un élan de vie et de santé sans borne prédéfinie qui synthétise, croise et noue tout ce qu'on se représente séparément : le corps et l'esprit ; l'individuel et le collectif ; le faire et les valeurs ; le privé et le professionnel ; l'impensé et le désiré, etc. » (Durrive, 2009, p.32). L'activité est donc un processus entraînant l'acteur « dans un dialogue personnel avec un système de normes » (Durrive, 2015, p.72). Pour nous, l'activité humaine s'inscrit dans un contexte en interaction avec l'environnement dans lequel les « débats de normes » sont intégrés.

L'application en situation de travail des cadres théoriques, des procédures, du projet pédagogique donne une première ligne directrice mais n'est pas suffisante pour contenter et apporter une réponse à la problématique que soulève la situation de formation. L'accommodation qui est nécessaire va emmener l'acteur dans une autre dimension, celle du développement de son expérience. Ainsi c'est dans et à partir de l'action que le professionnel va enrichir ses compétences.

L'agir du sujet dans une situation donnée l'amène à poser une ou plusieurs actions. Le couple « situation et action du sujet » deviennent donc un point essentiel et incontournable de notre étude. La situation est donc le point d'ancrage, l'élément moteur qui va déclencher l'action de l'individu. Ce principe nous amène à dire que l'analyse de l'action ne pourra être envisagée qu'à partir des paramètres de la situation qui a motivé l'agir de l'acteur. L'activité du professionnel se trouve donc indirectement liée à la situation qui se présente à lui. D'un côté, il va la façonner, la reconfigurer pour rendre son action possible en lien avec sa singularité et de l'autre il va s'instruire et compléter sa connaissance pour cette famille de situation.

Dans le cadre de notre recherche, la situation sera une situation de formation en lien avec les activités des cadres de santé formateurs. Elle concernera les différents champs d'exercice professionnel allant de la phase de conception à la phase de retour sur son action, en passant par la phase de réalisation en situation de cours.

1.2. L'activité du sujet : un moteur pour apprendre

Pour compléter notre propos de la partie précédente nous souhaitons rajouter : qu'agir dans une situation amène le sujet à développer son apprentissage car « l'apprentissage est un processus anthropologique qui accompagne toute activité et qui fonctionne de telle sorte qu'un humain ne peut pas agir sans qu'en même temps il ne produise des ressources pour gérer et orienter son action » (Pastré, 2008, p.54). Dans ce contexte en agissant le sujet se construit de l'expérience et donc apprend. (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.11).

Nous pouvons observer un double mouvement produit par l'action et impactant le développement de l'acteur. Ainsi, l'activité relève de deux aspects indissociable l'un de l'autre (Samurçay & Rabardel, 2004b, p.166-167). D'un côté **l'activité productive** permet au travailleur d'atteindre le but fixé en produisant un bien ou un service. C'est une opération finalisée grâce au traitement de la situation. De l'autre se trouve **l'activité constructive**. Elle entraîne l'acteur dans la « construction de [son] expérience et de [ses] compétences » (Pastré, 2008 p.54). Ici la temporalité est différente. L'activité constructive va se poursuivre dès lors que le sujet va revenir sur son action et mener une analyse réflexive pour interroger voir comprendre les choix d'action qu'il a opérés. Ainsi face à une situation de formation construite pour les apprenants, le cadre de santé formateur va mobiliser ses ressources pour répondre aux exigences de la tâche et parallèlement son activité humaine singulière va le conduire à enrichir son socle d'expérience et de compétence.

Il nous paraît intéressant de relever que dans le cas d'un apprentissage dit « sur le tas » que cela soit face à une situation inédite en cours pour le formateur ou un apprentissage par « reproduction d'un geste professionnel » pour un étudiant, le but à atteindre est l'activité productive, l'activité constructive n'est que secondaire et sera potentialisée si une analyse réflexive sur l'action est organisée. En revanche, si le dispositif pédagogique est pensé autour de l'analyse de situations professionnelles vécues par exemple, c'est l'activité constructive qui est visée et l'activité productive reste souvent inaperçue ou pas mise en valeur.

La rencontre avec une multitude de situations devient donc essentielle dans la formation. Ce principe raisonne dans notre étude et impacte deux axes. Le premier concerne la construction du dispositif pédagogique et les choix d'apprentissage que les cadres de santé formateurs vont exercer pour la construction des paliers d'apprentissage destinés aux apprenants. Ici, c'est l'activité constructive qui devient l'angle principal. L'activité productive est toujours présente mais vient nourrir la réflexion construite au moment de l'analyse réflexive des choix opératoires réalisés par l'étudiant. Ce qui est visé c'est le développement

de l'apprenant. La mise en lumière, grâce le plus souvent à la verbalisation, amène à une conscientisation de ses ressources mais aussi de ses manques et participe à la création de nouveaux besoins de formation. Les concepts mobilisés dans la situation deviennent plus opérationnels et leurs mises en pratique plus opérants. L'accompagnement proposé par le formateur, notamment si certaines situations se trouvent dans la zone proximale de développement (Vygotski) de l'étudiant favorisa l'enrichissement de ses compétences.

Le deuxième axe concerne les cadres de santé formateurs. Le même mouvement se met en place également pour eux. La variabilité des situations de formation qu'ils rencontrent dans leur quotidien va les amener aussi à se développer. Ce qui nous intéresse c'est l'activité exercée par les formateurs et ce qui détermine leur préférence pédagogique dans le cursus en alternance de la formation infirmière. La mise à l'épreuve de leur conception de la formation en interaction avec les apprenants mais aussi avec le collectif de travail va contribuer à leur développement. Mais prennent-ils le temps de revenir individuellement ou collectivement sur leur action ? La formation des cadres de santé les prépare-t-elle à l'exercice professionnel en formation initiale et/ou continue ? Le choix de la méthodologie de cette recherche n'est pas anodin et s'inscrit dans cette dynamique. En décidant d'aller échanger sur quatre temps distincts avec les formateurs et de les écouter expliciter leur choix d'action cela les conduits à matérialiser et conscientiser leurs modes opératoires et indirectement participe d'une certaine manière à leur professionnalisation.

1.2.1. Une activité organisée, structurée et reproductible

L'activité humaine n'est pas le fruit du hasard et relève d'une structuration et d'une organisation spécifique au regard d'une situation. Sur les traces de Piaget enrichi par l'approche développée par Vergnaud (1996) nous empruntons la notion de **schème** pour appréhender cette organisation de l'activité. Ainsi, le concept de schème est perçu « comme une totalité dynamique fonctionnelle, et une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations » (Vergnaud, 1996) et « permet de comprendre en quoi l'activité humaine est organisée, efficace, reproductible et analysable » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.12). Ainsi le schème par sa fonction dynamique est repérable durant l'activité du sujet. Le mouvement opéré par les éléments composants la situation et la perception que l'acteur en a entraînent une évolution permanente et des ajustements faisant évoluer les schèmes en cours d'action. De ce fait, ce n'est pas un processus figé mais un processus qui progresse au fil de l'action du sujet témoignant des capacités d'adaptation du schème. C'est donc les particularités de la situation qui vont le rendre opérant et en même temps qui vont permettre sa différenciation. Vergnaud y associe l'idée d'une organisation invariante en lien

avec une classe de situations. Pour lui, le schème se réfère à une « famille de situations » dès lors qu'il y a des composites identiques ou approchants. C'est ce qui donne un aspect universel au schème. Par ailleurs l'activité humaine est structurée autour de schèmes qui sont en interaction les uns avec les autres. Ils se combinent entre eux pour appréhender des activités de plus en plus complexes. La pluralité et la variabilité des expériences que l'acteur va se construire au fil du temps va favoriser le développement et l'enrichissement de ses schèmes.

De plus, « l'organisation de l'activité est une organisation souple, non stéréotypée » (Pastré, 2008 p.56) pour permettre quotidiennement le développement de la compétence grâce à un ajustement de l'opérateur en action. Cela ne peut se réaliser que parce qu'il y a une part d'invariance. Le concept **d'invariants opératoires** mis en lumière par Piaget témoigne « des instruments de la pensée qui servent aux humains à s'adapter dans le monde qui rendent celui-ci compréhensible pour eux. Ces invariants sont construits par le sujet dans sa confrontation avec le réel » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.12). Le repérage des invariants opératoires indiquent les propriétés de la situation et permettent de révéler les éléments qui ont permis d'orienter l'action. « Les invariants opératoires deviennent alors des concepts en acte et des théorèmes en acte » permettant « de guider l'action » en élaborant « un diagnostic précis de la situation » grâce aux indices collectés. Ils deviennent petit à petit « les concepts organisateurs de l'action. » (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.12). Ainsi en complétant l'approche d'un schème nous pourrions dire qu'il est composé d'un but, de sous-buts, pour repérer la finalité de l'action ; de règles d'action en lien avec une série d'opérations à effectuer pour que l'action se matérialise ; et d'invariants opératoires permettant décrire et catégoriser les informations pour pouvoir les traiter dans un contexte donné. Ainsi, en action, de manière inconsciente l'acteur va combiner, associer, recombinaison comme s'il créait un tableau en prenant sur sa palette des couleurs différentes. Cet espace d'innovation va l'amener à élaborer de nouvelles règles d'action, à construire de nouveaux invariants opératoires enrichissant son efficacité dans l'action et permettant le développement de son expérience.

1.2.2. Une activité humaine orchestrée autour de l'agir du sujet

La didactique professionnelle reprend le concept d'image opérative d'Ochanine (1981) pour identifier le **modèle cognitif** qui recense les différents savoirs dont dispose une personne pour comprendre le fonctionnement d'un objet et le **modèle opératif** qui est orientée par le but de l'action à accomplir. Dans ce cas, la finalité visée engendre la sélection « des concepts organisateurs » pour établir le diagnostic de la situation. Le modèle opératif amène à une collecte de données qui permet d'établir des similitudes avec une catégorie de

situations appartenant à la même famille. Le modèle opératif articule le but de l'action et les propriétés essentielles de la situation pour orchestrer l'agir du sujet. Il constitue ainsi « **la structure conceptuelle de la situation** ». (Pastré, 2008, p.57).

La didactique professionnelle dans la lignée de la psychologie ergonomique introduit une distinction entre **tâche et activité**. Ainsi la tâche se définit comme « un but donné dans des conditions déterminées » (Leontiev, 1972, p.71). Leplat et Hoc (1983) la décrivent avec trois composantes :

- **des états** : c'est-à-dire le but en lien avec les propriétés de la matière première auquel est associé de multiples variations intermédiaires. De fait, en indiquant à l'opérateur « ce qui doit être réalisé » (Leplat, 1992) cela va venir orienter les éléments qu'il va choisir pour réussir la tâche.
- **des opérations** : elles sont là pour matérialiser la réussite du passage d'un état à un autre
- **des procédures** : elles donnent le chemin à suivre en suivant un processus pour atteindre la finalité, le but définit.

Dans ce contexte, la tâche prescrite relève d'une « tâche conçue par celui qui commande l'exécution » (Leplat, 1992). Elle relève d'une consigne ou d'une procédure à suivre par l'opérateur qui va orienter son mode opératoire pour résoudre l'action. Le processus d'exécution décrit le plus précisément possible ce qui doit être entrepris pour que l'action réussisse. Généralement les « conditions implicites sont passées sous silence mais doivent être prises en considération » (Leplat, 1992, p.50) ce qui rend parfois complexe la réalisation. Par ailleurs, l'activité du sujet ne répond pas toujours pleinement aux exigences de la tâche comme nous l'avons vu avec la double anticipation. Nous parlons alors de tâche effective et d'autres ressources et indicateurs doivent être saisis. Cela conduit le technicien à redéfinir la tâche à accomplir. Les recherches menées par Leplat mettent en évidence que plus les tâches sont complexes, plus « l'espace des conditions prises en compte peut s'écarter beaucoup de celui qui est prescrit. » (Leplat, 1985, p.272).

La conduite de l'action amène l'acteur à mobiliser différentes ressources issues des champs cognitifs, expérientiels, procéduraux... Mais l'action en tant que telle est circonscrite dans un secteur avec un début et une fin. Elle entraîne le sujet à mobiliser les données de son environnement pour prendre une décision. Savoyant (1979) voit les actions comme « les composantes fondamentales des activités » ce qui leur donne un caractère spécial.

La notion d'activité traite de la manière dont une personne reconfigure en fonction de sa singularité ce qui lui est demandé de réaliser. Pour Leplat « l'activité c'est ce qui est mis en œuvre par le sujet pour exécuter la tâche » (Leplat, 2002, p.24) Ainsi une même tâche peut être effectuée de deux manières différentes pour un résultat identique. L'activité engage l'individu car « aucune activité humaine n'est pensable sans débats de normes ». (Schwartz, 2009, p.23). A partir de l'analyse du taylorisme, Schwartz énonce quatre caractéristiques de l'activité humaine :

- « elle se manifeste toujours dans l'écart,
- cet écart est toujours resingularisé,
- l'entité qui conduit et qui arbitre cet écart est une entité à la fois âme et corps, comme disait la philosophie,
- et l'arbitrage mobilise un complexe de valeurs : le travail est toujours rencontre de valeurs. » (Schwartz, 2003, p30).

Nous compléterons cette approche en reprenant les trois dimensions que détermine Léontiev (1975-1984, p.111) pour définir le concept d'activité. Pour lui la première dimension s'énonce à partir d'un *motif* en lien avec l'objet de l'activité qui va l'orienter. C'est en quelque sorte le moteur de l'acteur qui le pousse à agir. La deuxième dimension fait référence à *un but conscient qui exerce une fonction d'orientation et de direction de l'activité*. Il s'agit ici des actions mises en place par le sujet en lien avec le but à atteindre en situation réelle au moment d'agir. La troisième dimension mobilise la mise en place de moyens et de procédés en lien avec différentes *opérations* dans le contexte précis dans lequel se déroule l'action. C'est la phase opérationnelle de l'action. Les trois dimensions sont en interaction ensemble pour donner une dynamique et favoriser les transformations tout en donnant un sens à l'action de la personne. Ainsi « le sens est donc à l'interface entre l'ici et maintenant de l'activité, son versant objectif, qui se donne à voir en termes d'actions et d'opérations, évaluables du point de vue de leur efficacité et de leur efficacité, et son versant subjectif qui, lui, se dérobe non seulement au regard de l'observateur, mais bien souvent à la conscience même du sujet et renvoie à tout ce qui est constitutif de son rapport au monde, aux autres et à lui-même, aux processus subjectifs de genèse et de transformation de ce complexe de mobiles qu'est sa personnalité. » (Rocheix, 1997, p.47). Nous retrouvons ici le vécu singulier d'une personne donnant à l'activité une dimension humaine. Mais aussi la nécessité de prendre le temps de regarder et d'aller voir sur le terrain le travail réel. La mise en mot de l'activité par le sujet devient un enjeu majeur pour comprendre ce qui se joue dans l'agir situationnel.

Notons ici que la structure conceptuelle d'une situation professionnelle n'est pas directement accessible par l'analyse de la tâche. Il sera alors nécessaire d'analyser l'activité des opérateurs pour reconnaître les « éléments invariants qu'on retrouve mobilisés chez les sujets ayant une action efficace. » (Pastré, 1999a, p.20)

1.2.3. Une activité humaine mobilisant un sujet connaissant et un sujet agissant

Sur les fondements de la théorie de la conceptualisation dans l'action, la didactique professionnelle reprend la distinction que Vergnaud (1996) fait de la connaissance avec une **forme opératoire et une forme prédicative** qui s'emmêlent l'une dans l'autre. L'évolution et le cheminement des deux formes amènera à l'identification des traces du processus d'apprentissage. (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.16, Pastré, 2008, p.59). La forme prédicative permet la verbalisation des connaissances. Elle repère les spécificités des objets, les met en relation pour constituer un savoir. La forme opératoire oriente et guide l'action aboutissant à **une intelligence des situations**. D'un côté la forme prédicative de la connaissance élabore et transmet des savoirs et de l'autre la forme opératoire de la connaissance s'adapte aux situations dans un double mouvement d'assimilation et d'accommodation décrit par Piaget. En situation professionnelle, l'acteur va activer deux processus. Il va se demander « comment ça fonctionne ? » faisant référence au **registre épistémique** pour comprendre et « comment ça se conduit ? » faisant référence au **registre pragmatique** et mieux connaître pour réussir l'action. D'un côté l'opérateur souhaite connaître pour mieux comprendre en recherchant les spécificités des objets, leurs propriétés ainsi que les relations qui les relient entre eux et de l'autre il mobilise cette connaissance pour orienter sa collecte d'indices afin de connaître pour mieux agir. (Pastré, Mayen, Vergnaud, 2006, p.17).

Le registre épistémique se centre sur la compréhension et se questionne sur le fonctionnement des choses en essayant de relier ce qui les caractérise.

Le registre pragmatique se centre sur la réussite de l'action et se questionne sur les procédures, les consignes, les cahiers des charges les plus efficaces à mettre en œuvre pour être le plus efficace possible avec un minimum de risque. L'opérateur détermine alors les indicateurs qui lui semblent les plus pertinents pour évaluer la situation et poser un premier diagnostic. Ce processus lui permet de recueillir les différentes procédures d'actions, d'assembler certains invariants opératoires de l'action pour structurer la stratégie de sa réponse.

1.3. L'activité humaine une rencontre professionnalisante pour les deux partenaires de la formation

Nous trouvons à travers ces éléments plusieurs axes essentiels du cœur de métier des cadres de santé formateurs. Tout d'abord l'activité des formateurs est inséparable de celle des étudiants. En effet, nous sommes dans une dynamique humaine où la rencontre entre les deux partenaires est essentielle pour qu'un apprentissage se construise. La structuration du parcours professionnalisant de formation ne peut se faire que dans la création d'espace mobilisateur des protagonistes. Le développement des savoirs à acquérir devient alors possible grâce à une transformation des représentations initiales des étudiants. L'activité productive des apprenants est le plus souvent visible et des traces sont identifiables. En revanche leur activité constructive est plus difficilement repérable. Le professionnel va alors devoir mener une enquête pour appréhender les indices en faveur d'une certaine appropriation.

La structuration du dispositif pédagogique ainsi que sa mise en œuvre ne peut s'écarter de l'association du registre épistémique et du registre pragmatique, surtout dans une formation en alternance. Concevoir son enseignement à partir de situations apprenantes dont le but principal est de permettre à l'apprenant de comprendre son action pour mieux la réussir amène à un changement de paradigme que l'étude va essayer d'identifier. Le choix des situations d'apprentissage au plus près des pratiques professionnelles va nécessiter une certaine forme d'analyse du travail des infirmières, par les cadres de santé formateurs, au service du développement professionnel des formés. La réflexion co-construite lors d'analyse de pratique, de retour de stage, ou encore lors d'analyse de situation professionnelle engendre une sorte de dialectique de l'action au centre de laquelle la réflexion en - dans et sur l'action est mobilisée. Les savoirs d'action dans ces temps d'apprentissage ne sont pas nécessairement en lien avec des savoirs procéduraux ou théoriques. Les codes du métier transmis par les tuteurs de stage par exemple, sont souvent en lien avec un savoir pratique expérientiel issu du cœur de l'exercice du métier mais qui demande un décodage et une verbalisation pour être compréhensible par l'étudiant en soins infirmier.

Dans la même dynamique de réflexion le cadre de santé devra s'interroger sur la frontière qu'il accorde à la **zone proximale de développement** (Vygotski). Comment privilégie-t-il le choix des situations d'apprentissage et leurs degrés de complexité au regard du parcours de formation de l'apprenant ? Ainsi est-il plus judicieux d'inscrire sa séance pédagogique dans la zone de confort de l'apprenant ou pas ? Si la réponse est positive, alors dans ce cas,

l'étudiant va pouvoir remobiliser les ressources acquises pour résoudre de manière autonome à la problématique qui se présente à lui. Une des formes d'accompagnement consistera alors à faire expliciter les choix d'action et conscientiser le mode opératoire en valorisant les ressources mobilisées. Sinon est-il préférable d'inscrire l'étudiant dans un espace plus inconfortable nécessitant un réel accompagnement par un professionnel ou par le groupe de pairs mais l'amenant à développer son potentiel. Les apprentissages vont donc s'organiser et devenir le moteur du développement en quelque sorte. L'enseignant orchestre et dirige le dispositif en l'inscrivant dans une dynamique collective commune à l'équipe pédagogique et en cohérence avec le projet pédagogique. C'est une réflexion collective qui demande d'interroger ses pratiques professionnelles de formateur en lien avec la spécificité du groupe d'apprenants pour qui l'intervention est élaborée.

Par ailleurs, les interactions en situation de formation vont amener le cadre de santé formateur à des choix le plus souvent guidés par l'apprenant dès lors que l'enseignant donne une place à l'étudiant. Un événement avant ou pendant le cours, un regard interrogatif ou qui témoigne d'une incompréhension durant la séquence pédagogique va amener le professionnel à faire des ajustements qui conduisent parfois à une réorientation du projet initialement construit. L'identification de « la structure conceptuelle de la situation » (Pastré, 1999) associée à l'activité du sujet assujetti à ses débats de normes et de valeurs vont venir rendre compte des invariants et des savoirs mobilisés. Par ce double mouvement, le cadre de santé formateur va se professionnaliser et construire également son parcours de professionnalisation.

L'activité humaine va s'exprimer grâce au couple « activité-situation ». Mais peut-on réellement définir une situation de travail ? La notion de situation et de situation professionnelle semblent être les éléments déclencheurs de l'action et la mise en activité du sujet. Mais pour autant en quoi contribuent-elles au développement des compétences de l'acteur et à l'enrichissement de ses ressources ?

2. L'activité humaine une expression en-dans et sur une situation de travail

2.1. La situation une balise de l'activité du sujet

En abordant la notion de situation nous nous intéressons à la dynamique qui permet d'approcher le travail avec l'intention de comprendre et de créer du savoir. Mais également de contextualiser l'activité du sujet en prenant en compte son environnement, les paramètres qui le pousse à agir pour donner du sens à l'activité humaine. En privilégiant les choix

individuels des cadres de santé formateurs en situation de travail, il devient difficile de standardiser une situation. En effet, « une situation de travail est toujours pour l'activité ce qu'on a pu appeler « une rencontre de rencontres », une rencontre de singularités, de variabilités à gérer ». (Schwartz, 2003, p.202). Chaque acteur va témoigner de sa vision de la situation et va lui donner un sens personnel lui permettant ensuite d'agir avec singularité en action.

La situation est également appréhendée comme « l'ensemble des circonstances dans lesquelles se trouve une personne » (Masciotra & Medzo, 2009, p.63). Ainsi la réponse que l'individu va apporter va tenir compte de sa perception, de sa vision, de son interprétation du contexte et de l'environnement. Le sujet va prendre en compte ce qui est possible et viable pour lui en fonction des ressources dont il dispose. Pour illustrer notre propos nous avons adapté l'exemple proposé par Masciotra & Medzo concernant un skieur devant descendre une piste abrupte sur une neige verglacée. Il s'agit ici d'un cadre de santé formateur qui réalise un temps d'analyse de pratique professionnelle sur le terrain de stage avec un étudiant et une infirmière de l'unité de soins. L'apprenant présente une situation vécue dans le service. Le formateur et l'infirmière l'accompagne dans la construction de son appropriation des codes du métier. Dans quel type de situation se trouve le cadre de santé formateur ?

1. Une situation impossible pour lui car il ne perçoit pas et n'articule pas tous les paramètres issus : de la situation présentée, des dires de l'étudiant, du contexte de l'unité de soins, des interventions du professionnel... Ici la focale de la situation est restreinte, voir empêchée.
2. Une situation difficile mais possible grâce à la présence d'un collègue qui réalise son tutorat. Nous sommes dans une phase intermédiaire ou l'apprentissage par les paires est essentiel. Ici la focale de la situation s'élargie grâce aux regards croisés des acteurs.
3. Une situation enrichissante pour les différents acteurs grâce à l'expression et la prise en compte de leurs différents points de vue. Ici la focale de la situation intègre les différents paramètres et permet une co-construction du savoir professionnel.

Volontairement, nous n'associons pas les notions de formateur débutant ou de formateur expert à chacune de ces trois situations. En effet, l'acteur pour des raisons qui lui appartiennent peut se trouver à tout moment dans l'une ou l'autre des possibilités. Néanmoins les ressources internes et externes développées au fil de son expérience vont le conduire à ajuster son accompagnement et surtout à aiguiser son regard sur le contexte de la séance pédagogique. Par exemple, ses connaissances sur les pratiques spécifiques de

l'unité de soins ; sur l'animation d'une séquence d'analyse de pratique ; sur l'impact que peut avoir le déroulement du stage dans ce temps de rencontre avec l'infirmier qui participe à l'analyse ; sur le niveau d'apprentissage de l'apprenant... vont venir interférer avec le déroulement de la situation. La perception évolue et amène le sujet à construire une autre signification des indices collectés. La mobilisation des ressources, des savoirs et la réponse apportée témoigne alors de son agir compétent. Nous sommes ici dans un moment singulier de vie d'un cadre de santé formateur exerçant son activité professionnelle en lien avec la réalité du travail.

Cependant, une situation possède un certain nombre d'éléments qui la caractérisent et qui parfois dépasse la vision seulement locale. Le contexte à prendre en compte, pour affiner l'analyse, est parfois plus large et s'inscrit dans un système plus complexe que seulement la perception immédiate qui se montre à l'acteur. Approcher la situation à partir d'un ensemble systémique amène à intégrer de nouveaux composants qui éclairent l'analyse. Les particularités d'une situation lui donnent ainsi toujours un aspect original et singulier. Son interprétation, sa mise en musique ne se reproduit donc jamais à l'identique. Ainsi nous pourrions dire que l'acteur s'ajuste en quelque sorte à la spécificité de la situation. C'est grâce à cet ajustement que l'individu va « construire une réponse originale aux contraintes de la situation » (Durrive, 2015, p.3). La situation mais plus encore l'activité du sujet deviennent des occasions d'apprentissage s'exprimant dans l'agir situationnel. L'individu « produit en même temps des ressources qui vont lui servir à guider et orienter son action » (Pastré, 2006, p.110). Si nous croisons ces éléments avec ceux développés dans le chapitre sur la notion de compétence, nous retrouvons l'idée que la compétence n'est visible qu'en situation de travail mais également qu'elle s'apparente à une forme « d'agir en compétence comme le suggère Yves Schwartz (2000, 2003).

2.2. L'activité humaine au cœur des situations

Croiser situation-activité humaine et compétences nous semble essentiel ici. Parce que « les constituants des situations ne sont pas des données prêts à porter, que les sujets n'auraient qu'à endosser. Dans l'activité même qui vise à se les approprier, ils participent à leur définition et à leur évolution et ce processus de définition et d'appropriation doit être analysé. » (Mayen, 2004, p.31) De plus c'est dans l'agir situationnel que l'acteur mobilise et transforme les indices collectés pour les rendre acceptable de son point de vue pour répondre à la situation qui se présente à lui.

Dans la lignée développée par la démarche ergologique, nous inscrivons la logique compétence sur deux plans qui interagissent l'un avec l'autre. Le premier s'appuie sur des données et des paramètres prescrits, normés en lien avec les concepts et les savoirs. Nous retrouvons ici le champ des protocoles, des procédures, des consignes. Le second s'inscrit dans une dynamique de vie en lien avec une personne dans un contexte donné. Nous y retrouvons les notions de la vie, de l'histoire singulière d'un sujet, de son expérience en construction. Chaque individu qui entre en contact avec une situation va devoir gérer l'inattendu et l'imprévisible générés à la fois par la situation elle-même et la singularité de l'acteur. Pour rendre compte de ce processus Yves Schwartz (1997, 2009) a décliné six ingrédients qui vont venir interagir spécifiquement et individuellement pour chaque sujet. L'alchimie entre les ingrédients va donner la saveur au met « agir en compétence » décliné par l'acteur. Toutes les substances jouent un rôle particulier et apportent une saveur qui caractérise le plat. Le découpage qui va suivre, n'est pas opérationnel en soi, car il ne suffit pas de rassembler les six ingrédients pour dire que la personne est compétente. Mais il complète les visions précédente et permet d'aborder l'agir en compétence sous un autre regard.

Nous alimenterons l'approche conceptuelle par un exemple concret de l'activité d'un cadre de santé formateur. Nous suivrons ainsi Nathalie (G1F3) à travers la mobilisation des différents ingrédients de son « agir en compétence ». Nous mobiliserons ici une partie les verbatim de l'encadré 1.

Le premier ingrédient concerne l'appropriation des connaissances. Nous sommes ici dans un apprentissage plutôt conceptuel et disciplinaire en lien avec des savoirs qu'ils soient procéduraux, techniques, sociologiques, économiques, législatifs, pédagogiques... Ces différents apports scientifiques sont multiples et abordent différents domaines d'expertises. Les connaissances générales acquises peuvent être ensuite transposées dans différentes situations de travail. Nous retrouvons ici toutes les normes antécédentes construites par le sujet ainsi que tous les savoirs communs et constants à la réalisation d'une tâche.

Nathalie s'intéresse particulièrement à la dynamique de groupe. Elle a assimilé différents savoirs concernant les interactions humaines, l'importance de l'émergence des normes et des règles de conduites propre à une entité, l'identification des relations formelles et informelles, la construction identitaire d'un individu, l'impact de l'efficacité collective et l'esprit d'équipe, les notions d'appartenance à un groupe... Elle a réalisé plusieurs formations et anime des ateliers dans le cadre de la formation continue sur cette thématique.

Lors de la construction d'un dispositif pédagogique elle est toujours vigilante au choix des outils en faveur des interactions humaines entre apprenants. Elle sait l'expliquer simplement à ses collègues en énonçant les savoirs qui sont en lien avec le référentiel de formation ou la fiche pédagogique à appliquer. Elle démontre une certaine habilité à manipuler les connaissances relatives à la situation de travail et témoigne d'une certaine maîtrise des règles.

Le deuxième ingrédient met en jeu la singularité d'une situation en s'attardant sur les dimensions d'aléas, de variabilité, d'inattendu émergeant du contexte. L'acteur va prendre en compte les éléments spécifiques et inhabituels pour les traiter. Il fait appel ici à son vécu acquis lors d'une expérience antérieure. Il remobilise les éléments capitalisés dans une situation similaire qu'il a mis en histoire. Les interactions humaines associées à la sollicitation du champ sensoriel facilitent la mémorisation des paramètres de l'action et incite l'acteur à mettre en patrimoine l'historicité de la situation. De ce fait, le « corps-soi » devient ici un élément important. La verbalisation et la mise en mots par l'individu sont ici essentielles. Ce processus s'inscrit dans une temporalité qui est variable d'une personne à l'autre et d'une situation à l'autre. C'est parfois une dynamique qui demande du temps. La mobilisation des composants amassés au fil des activités professionnelles amène l'individu à devancer et anticiper un certain nombre d'aléas dépisté et traité lors d'une expérience antérieure

Nathalie propose aux étudiants de se mettre en sous-groupe pour étudier le cas patient comme le stipule la fiche pédagogique qu'elle a travaillée avec ses collègues (qui réalisent le même TD qu'elle avec une autre partie de la promotion, dans une autre salle). Mais rien ne se passe, personne ne bouge. Tous les apprenants lisent individuellement l'histoire du patient, ce qui déroute Nathalie. Elle recherche alors des indices pour comprendre. Elle fait parler les messages que son corps perçoit grâce à ses cinq sens, ce qu'elle observe, ce qu'elle entend. Elle essaie de se remémorer des situations similaires pour guider son action et ajuster l'animation de la séquence.

Le troisième ingrédient favorise l'alchimie entre le premier et le second ingrédient. C'est une sorte de liant favorisant l'interaction entre les paramètres. Le sujet va relier les normes, les procédures et les connaissances qu'il connaît avec l'expérience qu'il a déjà acquise pour répondre à la situation qui se présente à lui. En quelque sorte la personne mobilise l'aspect codifié du travail et l'aspect vécu et mis en histoire de la situation. Les choix qu'elle va opérer

viendront solutionner une certaine facette de l'action. L'acteur va agir en donnant ce qui lui semble la bonne réponse au bon moment.

Nathalie croise les indices collectés avec son expérience afin d'identifier l'écart entre le dispositif pédagogique prévisionnel et la réalité de la situation de l'instant. Elle cherche alors à comprendre pourquoi les apprenants choisissent ce mode de fonctionnement. Elle repense à ce qu'ils avaient avant sur leur planning (une évaluation), puis les regardent et les trouvent fatigués avec peu de vitalité (mais ils sont tous en train de lire le dossier du patient qu'elle vient de distribuer). Elle sait que parallèlement ses collègues ont mis les étudiants en groupe pour exploiter les données du cas patient mais son groupe à elle refuse de le faire. Elle sait qu'elle ne pourra certainement pas atteindre l'objectif principal de la séance. Alors, elle combine les données, prend en compte les paramètres pour affiner son raisonnement et orienter sa décision. Elle comprend alors leur envie de ne pas bouger et le respecte. Elle repense à une situation similaire qu'elle a vécue récemment dans le cadre de la formation continue ce qui lui permet d'anticiper certains aspects du contexte actuel. Elle agence ses ressources issues à la fois des composants des ingrédients du champ 1 et 2. Elle décide ensuite de changer son animation du TD en se déplaçant de zone en zone. Elle répond individuellement aux sollicitations en essayant de faire participer les « voisins proches ». Le dialogue qu'elle exerce alors entre elle et ce que lui renvoie le milieu prend toute son importance. Elle s'autorise à modifier le protocole en prenant en compte les caractéristiques de la situation avec son caractère inédit.

Le quatrième ingrédient de la compétence d'une personne va prendre en compte les paramètres du milieu de travail dans lequel l'individu travaille. Le lieu de l'exercice professionnel n'est pas neutre et demande à être apprivoisé. Le professionnel va en quelque sorte essayer de « dompter » les caractéristiques de son environnement pour que son activité s'inscrive dans le cadre de sa dynamique de vie. Une corrélation entre les paramètres du milieu de travail et les valeurs de l'individu s'exerce pour rendre l'activité possible. Le sujet va donc se trouver devant un arbitrage permanent entre « l'usage de soi par soi-même et l'usage de soi par les autres » (Schwartz, 2003, p..209). D'un côté il va tenter de satisfaire aux exigences définies par le milieu de travail tant dans le respect des protocoles et l'application des normes définies par l'institution mais aussi par le collectif de travail, et en même temps il essaie de trouver un sens et du sens dans les actions qu'il doit entreprendre. Il se trouve face à un nœud ou il va devoir détricoter les différentes mailles pour faire vivre à la fois ses valeurs et celles du milieu. Il se trouve interrompu et dérangé

dans la réalisation de sa tâche. Ici les débats de normes s'exercent en prenant en compte la question centrale des valeurs de l'individu.

Nathalie est persuadée que la dynamique de groupe et les interactions entre les apprenants est un élément incontournable pour la réussite de l'apprentissage. Ayant exercé comme infirmière en service d'urgence elle a pu mesurer au combien la cohésion d'une équipe contribue souvent à la réussite de la prise en soins d'un patient. Par ailleurs dans sa vie personnelle elle est capitaine d'une équipe de volley. Pour elle ce poste est capital car il permet de cultiver une dynamique collective commune pour atteindre un but. L'équipe pour elle n'est pas une juxtaposition d'individualité. Elle la perçoit plutôt comme l'association, pour une période donnée, d'un ensemble de personnes complémentaires qui œuvrent pour une cause commune en mettant au service des autres leurs compétences. Au moment de la construction de la maquette pédagogique, ses collègues ont entendu son souhait de modifier le synopsis antérieur. Ensemble ils ont élaboré un nouveau dispositif mettant en avant l'importance de la richesse d'un collectif de travail pour prendre une décision sur la situation d'un patient. Nathalie a proposé des actions concrètes pour revisiter le projet de l'unité d'enseignement. Elle s'est accordée avec les contraintes du monde du travail et s'est autorisée à les remodeler pour que son activité soit en accord avec ses valeurs et ses normes de vie.

Le cinquième ingrédient prend en compte le potentiel individuel et les ressources propres de la personne. L'efficacité au travail de l'acteur témoigne des différentes compétences développées en fonction de l'analyse du contexte et la mise en jeu des quatre premiers ingrédients. Le sujet est alors capable de détecter un incident, de proposer son aide voir de participer à la résolution de la problématique. Ici le lien entre activité-savoirs et valeurs est essentiel. Il y a ici une articulation entre les valeurs personnelles, les connaissances acquises et les expériences antérieures.

En amont de l'activité pédagogique, Nathalie a élaboré la fiche pédagogique servant de guide pour la conduite du T.D en prenant appui sur le référentiel de formation et le projet de l'unité d'enseignement (ingrédient 1). En situation elle se trouve face à une énigme pour laquelle elle doit trouver une réponse. Elle va dans l'activité mobiliser ses ressources issues du champ des connaissances (ingrédient 1) et ses ressources mises en patrimoine en lien avec l'historicité d'une situation similaire (ingrédient 2) pour déchiffrer puis innover. En considérant les données collectées, en les assemblant, en les confrontant avec le milieu de travail elle propose la solution qui lui semble le plus acceptable sur le moment en accord

avec sa norme de vie. L'installation mouvementée au début du cours, les sorties incessantes à l'arrivée en salle, les têtes baissées des étudiants en train de lire le dossier, deviennent autant d'indices à prendre en considération pour s'autoriser à faire évoluer la fiche pédagogique. Par ailleurs, Nathalie garde à l'esprit qu'elle modifie la forme prévue ce qui va différencier son groupe des autres. Mais elle réfère s'adapter à la demande des apprenants en expliquant dans un second temps à ses collègues les éléments qui ont conduit à ce choix.

Le sixième ingrédient interpelle la dimension collective du travail. Il fait appel aux « entités collectives relativement pertinentes. » (Schwartz, 2003, p.215). Une personne ne produit jamais seule. Il y a toujours un collectif de travail qui vient interagir de manière formelle ou informelle. Savoir reconnaître les potentialités de ses collègues et les relier à une histoire singulière est incontournable pour travailler ensemble. Chacun assume ses responsabilités en fonction de son champ de compétence. Une idée de complémentarité et non de rivalité permet d'avoir une certaine productivité qui favorise le bien « vivre ensemble. ». Une « construction synergique » (Schwartz, 2003, p.215) entre tous les éléments va s'exercer en milieu de travail.

Nathalie occupe une place dans le collectif de travail de l'institut de formation en soins infirmiers. Elle propose et défend ses idées pour faire évoluer les dispositifs existants. Elle communique systématiquement avec ses collègues notamment lors d'activité pédagogique conjointe. Avec une autre collègue elles ont institué des temps de rencontre entre formateurs pour échanger sur leurs vécus des mêmes T.D. Il est important pour elle de s'inscrire et de créer une dynamique d'équipe avec ses confrères car c'est aussi un gage de réussite et d'épanouissement pour elle au quotidien. En sortant de ce cours, Nathalie sait qu'elle ira débriefier auprès de ses coéquipiers qui ont animé les autres groupes.

Cette approche autour des 6 ingrédients de la compétence ouvre des pistes pour l'analyse de l'activité singulière des cadres de santé formateurs. Mais surtout elle met en évidence la nécessité de saisir les interactions et les liens qui s'opèrent entre chaque ingrédient. C'est la dynamique qui s'exerce qui nous semble ici intéressante dans une logique de structuration du cheminement de « l'agir en compétence » de l'acteur.

3. L'activité du sujet : une expérience au service du développement professionnel

Peut-on dire que toute activité humaine amène le sujet à se construire de l'expérience ? La confrontation avec des situations inédites favorise-t-elle le développement professionnel des cadres de santé ? Pour Yves Schwartz (2009) « c'est parce qu'il faut trancher des « débats

de normes » que le travail est un moment fondamental de l'expérience ». Ainsi, en quelque sorte l'expérience naît des arbitrages que l'acteur réalise en « renormalisant ». Le sujet fait des expérimentations dans le cadre de situations inédites. Il se crée donc sa propre expérience lui donnant un caractère singulier empreint avec une histoire spécifique. (Mayen, 2010). Le professionnel développe donc son expérience en rencontrant des situations variées pour lesquelles il doit apporter une réponse.

Dans notre recherche le but n'est pas de rendre compte de l'expérience en général des cadres de santé formateurs, mais plutôt de repérer et établir une visibilité sur les processus en jeu pour que l'expérience se développe ou au contraire soit empêchée. Comme nous l'avons abordé précédemment l'activité humaine amène l'acteur à répertorier, à analyser et à traiter les indices collectés pour apporter une réponse dans l'instant. Les débats de normes et de valeurs qui s'exercent à ce moment-là le conduisent à reconfigurer le milieu et à s'enrichir individuellement en gagnant en expérience. L'étude va donc s'intéresser au chemin à travers lequel l'expérience se constitue dans le cours de l'activité. Pour cela il est nécessaire de faire parler cette activité réalisée par le sujet pour identifier son « chemin de pensée » car « ces connaissances opérationnelles ne se construisent pas aussi spontanément qu'on pourrait le penser » (Mayen, 2005, p.81). De plus certaines formes d'invariances peuvent s'identifier au moment de l'analyse de l'activité mettant en lumière « un ensemble [de] construction de sens que les sujets opèrent à partir, sur et pour leur propre activité, qu'ils reconnaissent ou qui sont reconnus comme leurs, en lien avec des attributions identitaires. Ces constructions sont considérées par les sujets et leur environnement comme des ressources pour la poursuite de leur activité » (Barbier, 2011, p.69) Ainsi l'analyse de l'expérience va demander de distinguer les démarches coordonnées par l'acteur en et dans la situation de travail.

3.1. Les situations de travail : un allié pour le développement professionnel du sujet

La didactique professionnelle comme l'ergologie accordent une place importante à l'agir du sujet en situation de travail. Dans les deux démarches le travail est appréhendé comme un espace ayant une potentialité permettant, moyennant certaines conditions, le développement de l'acteur. L'analyse du travail dynamise donc à la fois les espaces de formation et les milieux professionnels.

Dans notre recherche nous retrouvons ce double mouvement. D'un côté les cadres de santé formateurs repèrent puis élaborent les situations professionnelles avec un fort potentiel d'apprentissage pour favoriser la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. D'un autre côté, presque simultanément, leur propre activité de conception et d'animation des séances pédagogiques, les positionnent comme un acteur à part entière du dispositif. La situation de travail singulière qui se présente à eux, les amènent à faire des choix, à agir. Cette dernière les conduit à des transformations et devient pour eux une situation avec un potentiel de développement.

3.1.1. Un regard sur la notion de situation

Nous retenons de l'approche développée par la didactique professionnelle que la notion de situation professionnelle se définit comme « fin, origine et moyen » (Mayen, 2012, p.62, 2014, p.23) Tout d'abord les situations professionnelles relèvent de quatre caractéristiques. Elles sont : « ce à quoi des professionnels ou futurs professionnels ont affaire » (Mayen, 2012, p.62) mettant l'activité du sujet au cœur d'une action concrète en lien avec le réel du travail ; « ce avec quoi ils ont à faire... au sens où ils doivent s'en accommoder et s'y accommoder » prenant ainsi en compte le contexte singulier de la situation et les ressources personnelles du sujet ; « ce avec quoi ils ont à faire, au sens de ce avec quoi ils ont, en quelque sorte, à combiner leurs efforts, à coopérer...et co-agir avec la situation » mobilisant les indices collectés par l'acteur pour prendre une décision ; enfin, « ils ont à agir sur la situation, dans deux objectifs : pour la transformer dans le sens des buts attendus, mais aussi pour la redéfinir, la modifier, l'ajuster afin de créer ou d'ajuster les conditions pour pouvoir tout simplement réaliser les tâches attendues, bref pour pouvoir réussir à travailler ». (Mayen, 2012, p.62 et 2014, p.23)

La notion de situation est déclinée ensuite comme origine dans le sens où elle sert à construire et concevoir une formation grâce au potentiel d'apprentissage qu'elle suggère et son adéquation avec le milieu de travail. Nous sommes ici dans un essai de compréhension du travail pour l'adapter voir le transposer dans le cadre d'une formation.

La notion de situation devient une ressource pour élaborer des trames pédagogiques issues du travail réel des acteurs du monde professionnel.

La situation de travail en didactique professionnelle « est le plus souvent considérée comme environnement, objectif, matériel, social et culturel » (Mayen, 2014, p. 30) incorporant les différentes dimensions du monde du travail. Elle est étayée ainsi de différentes

caractéristiques qui vont venir interagir avec le sujet engendrant une réponse sous forme d'action. « Chez Goffman, la notion de situation nomme une forme typique et stabilisée d'environnement organisant a priori l'action qui doit, à un moment donné ou un autre, venir s'y dérouler » (Mayen, 2014, p.30). Pour prendre sa décision avant d'agir, l'acteur va s'appuyer sur plusieurs indicateurs qui viennent interférer avec la situation et ceci de manière directe ou indirecte. Nous avons retenu cinq composantes d'une situation : l'organisation du travail, l'objet et la nature du travail, les conditions dans lesquelles le travail s'organise, les outils et le collectif de travail. (Mayen, 2014, p.31-42)

En premier lieu, nous retrouvons *l'organisation du travail*. Elle est la résultante d'une certaine forme de prescription du travail pour répondre à un besoin. Elle vise l'atteinte d'objectifs déterminés en répartissant les tâches à accomplir en fonction des ressources humaines disponibles et le niveau de qualification des agents. Elle prend en compte les ressources matérielles, le coût financier avec un souci permanent de gains de productivité. L'organisation du travail est mise au service de la coordination du travail. Il s'agit de définir qui fait quoi et comment. Le travail est divisé et coordonné autour de démarche qualité permettant son évaluation. Il y a ici une idée de production avec un résultat escompté. Parallèlement les missions et les rôles donnés aux individus, matérialisés dans les fiches de poste vont leur attribuer une place dans l'unité ou l'institution. Il s'établit un lien social qui va avoir des incidences dans les décisions de chacun au travail. Pour répondre à la demande et à l'objectif visé, le travailleur doit s'être imprégné d'un ensemble d'indicateurs qu'il aura retranscrit en fonction de ses ressources et ses valeurs individuelles. Nous vous proposons de suivre Marion (**Encadré 3**)

Encadré 3 : Une approche de l'organisation de travail

Marion, cadre de santé formateur anime une séance pédagogique autour de l'analyse de la situation clinique de monsieur Louis, insuffisant cardiaque. Les étudiants en soins infirmiers interrogent le formateur par rapport aux pratiques qu'ils ont vu ou fait dans des unités accueillant le même type de patient que celui de la situation. Ils relatent les propos suivants : « c'est difficile à repérer l'organisation d'un service car sur trois jours j'ai été encadré par trois infirmières différentes et personne n'a procédé de la même manière. Le quatrième jour de stage quand ma tutrice m'a dit maintenant je te suis car tu as repéré la manière dont on fonctionne... Je n'ai pas su comment faire. Je pense qu'elle n'a pas compris pourquoi. » ou encore « Je n'avais jamais fait de pansement de ce type-là donc j'ai demandé à observer. Cela n'a pas posé de problème. Dans la chambre suivante, l'infirmière m'a laissé faire en m'apportant des précisions au moment où je réalisais l'acte. Vraiment c'était super. Le lendemain il y avait une autre infirmière qui a lu sur ma fiche de suivi que sa collègue m'avait validé le soin. Elle m'a donc autorisé à le faire. Une fois installé dans la chambre elle est arrivée pour me regarder et m'a dit que je devais tout reprendre car je ne suivais pas le protocole de l'unité, pourtant j'ai fait exactement comme la veille. Je me suis dit que maintenant tant que je n'avais pas travaillé avec le soignant du jour, je lui dirais que je ne sais pas faire, comme ça je vois comment il s'y prend et je peux faire comme lui pour valider ». (Propos recueillis lors du travail de recherche en master 2)

Nous voyons bien ici le rôle essentiel du CSF à la fois dans la création d'un espace de parole (ici un lieu neutre l'institut de formation), et à la fois dans la reprise des éléments professionnels relatés par les étudiants. Nous pouvons faire ici un lien avec le registre 1 et le registre 2 développés précédemment en adéquation avec le travail prescrit et le travail réel de l'acteur. Ces aspects ne sont pas accessibles en première lecture à l'apprenant et demande un décodage, une interprétation que le CSF doit assurer.

En second lieu, il est parfois difficile de déterminer *l'objet et la nature du travail*. L'action immédiate produit un résultat le plus souvent visible rapidement alors que les répercussions secondaires n'arrivent que plus tardivement et peuvent avoir des conséquences qui demandent à être envisagées dès l'action initiale. La réponse de l'acteur engendre une dynamique qui suppose de prendre en compte les incidences de son action et donc de construire un schéma de pensée avec une vision anticipatrice.

Encadré 4 : Une approche de l'objet et de la nature du travail

Restons avec Marion qui en tant que référente de stage rend visite dans un EHPAD à Mathilde étudiante de 1^{ère} année. Elle l'accompagne avec un soignant pour la réalisation d'un soin d'hygiène. Arrivée dans la chambre du résident, celui-ci se plaint de douleurs rhumatismales et dit avoir eu froid toute la nuit. Il signale que le mois de décembre et un mois maudit pour lui. L'étudiante ne se rend pas compte que la fenêtre est ouverte. Le formateur lui demande de se déplacer pour se mettre en face des fenêtres afin de mettre en relation des dires de la personne âgée et l'état des fenêtres. Puis progressivement durant l'activité de soin, Marion amène Mathilde à réfléchir sur le « petit plus » qu'elle pourrait envisager pour améliorer le confort de l'usager. Il est alors suggéré de déposer sur le radiateur le maillot de corps et le sweat pour gagner en chaleur. A la fin du soin, au moment de l'analyse de la situation Mathilde dit ne pas avoir compris les raisons qui ont amené les professionnels à lui proposer de mettre les habits sur le radiateur. Un parallèle est alors fait entre le sens du soin, les propos de la personne et les ressources des professionnels pour répondre au mieux aux besoins des usagers. Quelques mois plus tard, en juin, Marion retourne dans cette unité pour encadrer Valentin, étudiant de 2^{ème} année. A son arrivée dans la chambre, elle constate que tous les habits de la personne âgée sont déposés sur le radiateur. Elle interpelle alors l'étudiant sur le sens de sa démarche et lui fait remarquer qu'il fait 25 degrés dehors et que le radiateur est éteint. Celui-ci relate alors les propos de Mathilde en spécifiant qu'il est important de préserver le confort de la patiente. De retour à l'institut de formation lors d'un temps d'analyse de pratique Marion expose cette situation en s'interrogeant sur l'impact des remarques qu'un formateur peut faire et ses répercussions sur l'apprentissage d'un étudiant. Mais également, comment donner un sens aux actes effectués qui ne sont pas toujours mesurable dans l'action immédiate et peuvent avoir un impact dans le futur.

Dans cette situation (**encadré 4**) nous pouvons constater que la première action de Marion relève de son expérience de professionnel infirmier et de sa pratique de soignante. Elle prend en compte le contexte du soin avec les habitudes de vie du résident, le mois de l'année les dires de la personne âgée.... Pour amener l'apprenant à se questionner et ajuster son activité de soin. Après le temps d'analyse, Marion fait le présumé que Mathilde a compris le sens de la démarche. L'adaptation de l'environnement de soin de Valentin répond à ce qui a été perçu comme des exigences du formateur et non comme un

soin personnalisé à ce moment précis de l'activité. Nous pouvons parler ici de décalage entre l'objectif visé de formation et l'objectif de répondre aux besoins de confort et de bien-être exprimés par le résident. Ainsi « pour agir avec et sur ces phénomènes et objets, pour anticiper et envisager causes et conséquences, il faut construire, en pensée, des modèles de ces objets et phénomènes, des évolutions et des états, des relations entre conditions et effets » (Mayen, 2014, p.37).

L'analyse des pratiques professionnelles, la mise en place de temps de réflexivité en équipe de CSF sont des propositions à envisager pour permettre la construction de ces modèles de pensée propre aux pratiques pédagogiques dans une formation en alternance.

Cet exemple témoigne assez bien du dilemme dans lequel les CSF se trouvent. En effet, allier expérience professionnelle d'infirmier et accompagnement dans l'apprentissage des spécificités de l'exercice infirmier auprès d'un étudiant relève d'une posture pédagogique. Il convient de clarifier l'objectif premier du sens de l'action. Est-ce d'accompagner la construction et le questionnement professionnel de l'apprenant ? Est-ce de partager « ses petites astuces » de soignant ? Est-ce d'articuler les deux dans une logique de professionnalisation ?

En troisième lieu nous retrouvons *les conditions* dans lesquelles s'exerce l'activité qui vont venir impacter la situation de travail. Ces conditions sont autant de paramètres à détecter et à analyser pour prendre une décision dans l'action. Gardons également à l'esprit qu'il y a un présent et un futur et que tout ne se mesure pas nécessairement dans l'instant.

Encadré 5 : Une approche des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité

Pour illustrer nous reprenons les propos de Patricia

« J'ai commencé par un problème de salle... Bon c'est des choses qui arrivent de temps en temps... C'est toujours problématique... [12-13] Je pars toujours avant en cours. Je n'aime pas être en retard. Donc je suis en avance de quelques minutes pour pouvoir m'installer tranquillement et parfois échanger avec les étudiants quand certains d'entre eux sont déjà là. J'apprécie beaucoup ce moment-là. C'est important pour moi... Je me mets un peu tout doucement dans le cours et son organisation. Les choses se mettent en place dans ma tête avant de commencer. Sur ce temps-là ils étaient tous dans le couloir à attendre et ça je n'aime vraiment pas... Je me demande toujours ce qu'il se passe... et surtout qu'est-ce que je vais devoir gérer car je ne connais vraiment pas encore tout... Je ne suis pas encore assez expérimentée donc cela me stresse en me disant que je ne pourrais peut-être pas gérer la situation toute seule... c'est toujours embêtant de devoir aller chercher quelqu'un d'autres mais des fois je n'ai pas le choix. Mais là c'était un problème de salle... Donc je sais [21-32]... Tout d'abord j'ai écouté les étudiants pour comprendre de quoi il s'agissait, puis je suis allée au planning des salles dans le couloir car c'est là que tout est centralisé. Effectivement il y avait deux groupes, enfin deux promotions sur le même créneau... Mais j'ai vu tout de suite qu'une grande salle était libre en bas. Nous sommes donc allés au sous-sol dans ce qu'on appelle le petit amphi. Je n'aime pas trop cette salle pour un retour de groupe mais on a fait avec. Le cours a pu après commencer... [34-40]

Sa disposition. On est loin les uns des autres et on ne se voit pas tous. Moi je ne peux pas balayer mon regard dans tous les coins pour voir les réactions des étudiants. Je me mets souvent debout car quand ils sont assis pour restituer en groupe je n'arrive pas tous à les voir... C'est pareil pour les autres qui sont dans la salle. (E1-Patricia-L.42-46).

Dans cet exemple, (**encadré 5**) le fait que la salle réservée soit déjà occupée est un problème qui se solutionne rapidement par la disponibilité d'une autre salle. En revanche la construction du CSF dans son approche de la séance, comme dans la dynamique qu'il souhaite instaurer avec les étudiants se trouvent mis en danger. Il est obligé pendant la séance d'adapter son attitude en se mettant debout, en cherchant du regard les élèves. Il dira plus tard en regardant le film que cela l'a énormément dérangé.

En répondant immédiatement à la problématique soulevée par les étudiants sur l'absence de salle et en étant soulagé d'avoir un espace possible pour la restitution du TD, le CSF n'a pas mesuré les enjeux que cela allait engendrer au moment de son animation pédagogique.

Le quatrième aspect concerne *les outils et leurs manipulations*. Nous retrouvons ici à la fois les outils techniques comme un tableau, un ordinateur, un mannequin... Mais aussi des outils pédagogiques construits par la main du formateur comme une fiche pédagogique, un jeu didactique en pharmacologie... Cela recouvre aussi le référentiel de formation, le projet pédagogique, les procédures qualité, la planification des cours... Dans la notion d'outil est présent également le langage du corps, l'expression verbale et non verbale... Tous ces éléments composent et sont opérants dans toutes les situations. A ce titre ils ne doivent pas seulement être perçus comme de simple outil servant à la réalisation d'une action mais comme des supports le plus souvent ajusté par l'opérateur pour agir.

De plus, comme le montre les recherches de Pierre Rabardel (2004, 2005) tout objet relève d'une phase d'appropriation (découverte des fonctionnalités de l'objet, de son utilisation...) avant d'entrer dans une phase de transformation (adaptation de l'objet à sa main, reconfiguration de son espace de travail pour faciliter l'utilisation de l'objet...).

Encadré 6 : Une approche des outils

Nous reprenons ici les verbatim de Karine, au moment de la description du dispositif pédagogique. Jusqu'alors les cours sur la thématique de la fin de vie étaient dispensés de manière magistrale. Puis le CSF a pris le risque de construire une nouvelle démarche pour mettre les étudiants en action. « Alors, c'est un peu particulier comme cela a été construit. Parce qu'en fait c'est une méthode pédagogique qui a donné un intérêt de construction. On n'est pas partie du thème en disant on a un thème et ce thème là il faut qu'on le travail. Mais on est parti d'un groupe de travail...J'allais dire européen parce qu'il y a des Belges et des Luxembourgeois qui composent ce groupe et qui sont dedans. C'est un groupe de travail qui concerne justement les méthodes d'ECOS. Les stations d'ECOS donc évaluation clinique d'objectivation structurée dans lequel on bâti ce que nous appelons des stations. Ce sont des cas cliniques un peu. La différence avec des cas cliniques je vais dire plus classique c'est que...Bon pour moi, la réponse classique dans un cas clinique c'est que l'on peut souvent amener plusieurs réponses. Il y a des fois ou tu as une réponse attendue et c'est ça que tu

attends et rien d'autre.... Enfin là c'est un cas clinique où la réponse est attendue, la réponse qui est attendue se trouve dans le milieu relationnel... Je trouvais que dans les soins relationnels les élèves avaient moins le choix des outils... Moi j'ai travaillé l'année dernière, enfin toute l'année avec ce groupe-là en Belgique sur le refus de soin dans un contexte de soins palliatifs. Donc je ne m'occupe pas du tout des soins palliatifs, je suis plus axée soins relationnels et je trouvais que cette situation, si tu veux par rapport aux soins relationnels était intéressante parce qu'il y avait cette fameuse réponse attendue... Une espèce de synthèse claire du contexte qu'on pouvait dire cette réponse là c'est effectivement dans ce cas précis la réponse la plus adaptée. Donc ce n'est pas la réponse mais une réponse possible, enfin une réponse qui est des plus adaptées. (E1-Karine-L.117-155).

Ce qui nous paraît intéressant dans cette situation (**encadré 6**) c'est qu'après avoir expérimenté pendant plusieurs années un mode de fonctionnement en cours magistral, le formateur décide de changer. L'élément déclencheur est un groupe de travail européen qui incite à tester une autre manière d'approcher la thématique. Des nouveaux outils sont alors créés et l'approche pédagogique évolue vers un mode plus participatif avec des étudiants qui jouent des scénarios préétablis. Le formateur élabore une nouvelle fiche pédagogique et fait évoluer les outils existants pour enrichir sa pratique pédagogique et s'appuyant sur une situation issue de l'exercice professionnelle.

Le dernier élément à prendre en compte concerne *le collectif de travail et les partenaires* interagissant de manière directe ou indirecte avec la situation. Les cadres de santé formateurs forment une équipe où chacun a une place à prendre avec des marges de manœuvre à investir pour rendre le travail possible. Des points de vue peuvent se confronter conduisant à une complémentarité dans les regards pluriels qui se croisent. Cette richesse amène à ouvrir des espaces possibles d'échanges voire d'expérimentation propice à l'innovation. Pour cela il faut identifier et créer des buts communs dans un premier temps afin de pouvoir s'en dissocier pour élaborer sa propre vision de la situation et revenir enrichir le groupe. Les stratégies individuelles mises en œuvre poussent le collectif à réfléchir sur ses pratiques, à les remettre en questions pour les faire évoluer.

Dans un dispositif de formation en alternance plusieurs acteurs concourent à l'organisation de l'action. Des partenaires comme les soignants, les patients sont omni-présents alors qu'en réalité ils ne sont pas dans les locaux où se déroule l'activité. Il en va de même des entités institutionnelles avec le directeur par exemple. Néanmoins dans l'activité des temps de coordination et de coopération sont organisés pour construire et animer le dispositif pédagogique.

Encadré 7 : Une approche du collectif de travail et des partenaires

Au cours du temps de repérage Karine, poursuit : « Je trouvais que c'était un matériel pédagogique super intéressant que je ne pouvais pas laisser dormir dans un placard, enfin dans mon dossier. Donc je suis allée voir mes collègues qui travaillaient sur l'U.E. des soins relationnels mais cela ne pouvaient pas coller au niveau organisation, T.D... Et puis en discutant, comme on travail en équipe... Donc je suis allée voir les gens des soins palliatifs en leur disant voilà il y a ça qui est fait, j'y aie travaillé une année est-ce que cela vous intéresse ? Ils m'ont dit bon cela semble intéressant... Nous avons 2 h à te proposer. Et donc à partir de là j'ai monté le T.D. avec les compétences que cela allait mobiliser... (E1-Karine-L.168-184).

Béatrice poursuit : « Je l'ai présenté à la directrice et à une collègue qui va co-animer avec moi l'unité d'intégration et tout le monde vois cette proposition d'un bon œil... Maintenant je vais le vivre, voilà. (E1-Béatrice-L.292-295).

Ou encore « C'est intéressant de travailler avec de nouvelles personnes car comme c'est une unité cœur de métier suivant le service ou les services ou nous avons travaillé comme infirmière on a vue des outils, des méthodologies différentes et c'est complémentaire. (E1-Fabienne-L.447-450).

Ces différents propos (**encadré 7**) témoignent de l'importance de coordonner ses ressources pour que la conception puis l'action se matérialisent. Nous voyons bien que même si composants d'une situation sont présentés de manière morcelée pour faciliter la présentation dans le réel de l'activité ils sont tous imbriqués. L'analyse ne peut donc s'envisager quand croisant les différentes données.

3.1.2. Les caractéristiques de la situation de travail du cadre de santé formateur

Dans notre étude il est question de la conception et de l'animation d'une séquence pédagogique auprès d'étudiants en soins infirmiers. Nous tentons donc de comprendre le travail des CSF pour identifier le potentiel d'apprentissage des situations professionnelles qu'ils rencontrent. Ainsi le potentiel d'apprentissage d'une situation est appréhendé comme « sa propension à induire, favoriser ou inhiber des activités constructives générant un développement » (Mayen, Gagneur, 2017, p.73). L'activité déployée par les CSF en situations réelles, soit dans la phase de conception du dispositif de formation, soit dans la phase de matérialisation au contact de l'apprenant dans l'environnement de la salle de cours, devient l'objet de notre recherche. Nous pouvons faire un lien ici avec les éléments développés dans la **figure 7** (une vision du cheminement de l'acteur en prise avec le réel de l'activité » mettant en lumière l'interrelation qui s'établit avec une situation singulière et originale et la mobilisation de l'expérience et des ressources individuelles de l'acteur pour y répondre. Ce dernier va agencer son action en tenant compte de la fluctuation de son environnement de travail. Ainsi la « prise en charge des opérations d'orientation, d'ajustement et d'évaluation de l'action sont donc une source de variation du potentiel d'apprentissage d'une situation » (Mayen, Gagneur, 2017, p.74).

L'environnement de travail va venir impacter l'agir du CSF mais également l'enrichissement de sa pratique. En effet suivant les instituts de formation en soins infirmiers, les procédures

qualité mises en place, le partenariat développé avec les unités de soin, le poids du collectif de travail va permettre ou non l'action de l'acteur. Dans certains cas la démarche relèvera de son champ de responsabilité. Il pourra donc agir en repérant des indices précieux pour construire son raisonnement et prendre une décision. Dans d'autres cas il devra s'en remettre à un tiers limitant voir n'autorisant pas l'action. L'individu se trouve donc privé de l'expérimentation de nouvelles découvertes et d'un enrichissement de son expérience. Le milieu de travail et le contexte dans lequel il s'exerce va donc favoriser à des degrés divers le développement ou non du sujet.

Par ailleurs la notion de variabilité est assujettie aux milieux de travail dans le sens où toutes les tâches à accomplir ne relèvent pas du même degré de complexité. Par exemple, la réalisation d'une opération peut être caractérisée comme simple, ou énigmatique ; l'organisation de la répartition des tâches peut se définir en fonction des actions à entreprendre, en morcelant le travail entre les agents ou en autorisant la prise d'initiative de l'acteur dans sa prise de décision ; les interactions avec des sujets différents amènent à adapter et à interroger ses pratiques afin d'articuler et coordonner les actes de chacun.

Encadré 8 : Le degré de variabilité d'une situation

Marion, se déplace dans un centre de soins pour faire une visite de stage auprès d'un étudiant en soins infirmiers de 2^{ème} année. Ce matin-là ensemble ils se rendent chez Madame Laurianne qui vit dans une maison éloignée de la ville sans eau courante pour faire sa toilette. Un puits se trouve au fond du jardin. Puis ils vont chez Monsieur Pierre pour l'aider à prendre ses médicaments. Ce dernier atteint de troubles psychiatriques n'a pas vidé ses ordures depuis trois mois. La tournée s'achève par Madame Suzette diabétique qui attend pour la réfection de son pansement. Une brioche et un café fumant attendent les soignants sur la table à leur arriver.

Dans le même temps, un autre CSF réalise également une visite de stage auprès d'un étudiant de 2^{ème} année, dans un service de pneumologie. Ils vont ensemble dans la chambre de Monsieur Ali, insuffisant respiratoire pour faire sa toilette et l'aider à la prise de son petit déjeuner.

En début d'après-midi les deux formateurs reviennent à l'institut de formation et transmettent le vécu de leur matinée à leurs collègues. Les propos se centrent sur l'accompagnement de l'étudiant, sur les conditions de travail de l'exercice infirmier et sur leurs actions pédagogiques avec une analyse de leur propre pratique.

A travers ces deux situations (**encadré 8**) émanant de la même activité pédagogique *visite de stage* nous constatons que le degré de variabilité est très différent. Les ajustements à entrevoir sont déterminés en fonction du lieu de vie du demandeur : appartement du client ou chambre du patient. Mais également de l'environnement et des conditions matériel où se déroule l'acte de soin : logement sans eau avec un puits au fond du jardin, appartement avec des poubelles ou chambre d'une unité de soins avec les commodités d'un centre hospitalier. Le niveau d'adaptation de l'apprenant, ses capacités relationnelles, sa connaissance de la personne soignée vont venir impacter la réalisation de l'acte professionnel. La vigilance ainsi

que la veille professionnelle à la fois du CSF et du soignant qui accompagnent l'étudiant vont permettre d'anticiper les incidents potentiels que relèvent ces différentes situations d'apprentissage. L'expérience de l'exercice infirmier ainsi que l'expérience pédagogique sont des atouts pour le CSF qu'il va pouvoir combiner à ses ressources pour accompagner l'apprenant dans sa réflexion et dans ses prises de décisions.

Chaque situation professionnelle appréhendée se trouve dans un contexte diversifié et mouvant nécessitant la mobilisation de l'expérience et des ressources du CSF pour mener une analyse adaptée à l'environnement et adéquate au développement professionnel du stagiaire. Le niveau de responsabilité des formateurs, dans le pilotage du parcours de formation en alternance des étudiants, est grand et nécessite un questionnement permanent. La multitude des situations abordées lors de l'activité *visite de stage* va devenir un levier d'apprentissage pour le CSF grâce à la variation des situations rencontrées mais également grâce à la richesse d'échange avec les professionnels du terrain et les étudiants. Pour faire un lien avec la notion de compétences nous pouvons dire que dans ce contexte, le CSF compétent est celui qui pourra s'accommoder avec les différentes variations du milieu.

3.2. Les facteurs favorisant les transformations et le potentiel d'apprentissage du sujet

Le potentiel d'apprentissage qui se déploie au travers des situations professionnelles gérées par les CSF amène à trois types de transformations. (Mayen & Olry, 2012) Tout d'abord « *une transformation des relations qu'une personne entretient avec son environnement* ». Dans notre étude le lien entre le monde de la formation et le monde de l'exercice professionnel est très présent. Pour autant les CSF vont devoir changer de paradigme en mobilisant l'expérience professionnelle et la richesse du terrain pour être à la fois des passeurs des codes soignants et des accompagnateurs du parcours de formation des étudiants. Ils enrichissent et développent un nouveau rapport avec leur activité en adéquation avec leur espace de travail. Les relations avec les différents partenaires de la formation tendent à se modifier pour répondre aux nouveaux enjeux d'accompagnement des étudiants. Le deuxième type de transformation concerne « *le développement des relations avec l'environnement.* » Du fait de leur mission de formation, les CSF évoluent et changent de posture dans leur manière d'agir. Par exemple lorsqu'ils échangent avec d'anciens collègues des unités de soin, ou lorsqu'ils se rendent dans un service pour rencontrer les professionnels et/ou un étudiant, les discours se modifient au service de l'accompagnement de l'apprentissage. La mise en œuvre du projet de formation, l'appropriation des finalités

pédagogiques, la rédaction du profil de l'apprenant conduit les CSF à développer de nouveaux modes de pensée, à raisonner avec une posture plus distanciée par rapport à l'exercice soignant et donc à tisser d'autres modes relationnels avec les professionnels du terrain. Enfin, « *l'évolution d'une certaine manière de se percevoir et de se percevoir de manière satisfaisante* » amène à l'identification de l'appartenance à un nouveau groupe de pairs avec une position sociale différente qui demande à être assumée. Entre alors en jeu de nouveaux modes de raisonnement et d'action, un nouvel intérêt pour enrichir ses ressources, ainsi que le développement de nouveaux gestes professionnels identifiables notamment en situation de cours.

Plusieurs facteurs vont venir interférer pour que ces transformations s'établissent et se construisent. Nous nous appuyons ici sur les six axes développés dans les recherches de Patrick Mayen et Charles-Antoine Gagneur. (Mayen & Gagneur, 2017).

La première notion demande de « *faire l'expérience de la diversité et de la variabilité* » des situations pour qu'un apprentissage puisse se réaliser. Le pari ici est d'amener la personne à développer des capacités à identifier, voir détecter les indices propres à une situation pour répondre à ses caractéristiques grâce à la structuration d'une série d'actions. La finalité est de mettre en évidence les invariants et les aléas rencontrés pour entrer dans une approche de généralisation et de conceptualisation. De nouvelles ressources se créent et pourront être transférables dans des situations similaires. L'acteur gagne en expérience et développe son pouvoir d'agir. Nous abordons ici la deuxième notion autour de « *la comparaison et l'identification des ressemblances et des différences entre situations* ».

La troisième notion aborde « *les processus relatifs aux changements de point de vue* ». C'est un peu comme si nous regardions un paysage à partir de différents lieux, différents objets, différents points géographiques. Nous nous approchons par exemple d'une cité médiévale en voiture, en montgolfière, en footing en passant par la forêt environnante ou encore en l'observant à partir de jumelles, en réalisant un géocaching en équipe, en suivant un reportage à la télévision, en visionnant des photos en 3D sur un site internet, ou en se déplaçant avec un avatar dans un jeu vidéo... Les accès vont être différents et donner un autre regard sur le site avec une perception qui entraîne à changer de point de vue sur l'environnement. Le fait de se décentrer, concept développé notamment par Piaget, suscite un nouveau questionnement sur les éléments aperçus ou non, et amène à considérer les informations collectées pour tisser une stratégie d'action. L'approche autour du concept de vicariance appréhendée par Alain Berthoz (Berthoz 2013) permet de mesurer l'impact de nos sens sur l'analyse d'une situation mais également met en évidence les stratégies que nous mobilisons pour atteindre le but fixé. L'acteur prend alors une place centrale ou sa capacité à

créer et inventer des solutions nouvelles devient primordiale pour s'adapter notamment aux mouvances des différents contextes. Ainsi l'acteur déplace son regard et le (ré) oriente vers de nouvelles pistes à imaginer et à explorer en formulant de nouvelles hypothèses. Là encore les informations collectées vont guider le raisonnement de l'acteur pour lui permettre de prendre une décision éclairée grâce aux paramètres identifiés. Par « *la répétition et l'entraînement* » l'acteur va se construire de l'expérience en intériorisant ses gestes, ses postures, en développant son raisonnement à travers la multiplicité des situations rencontrées. Nous pouvons associer à cette notion celle de « *progressivité* ». Nous retrouvons ici l'idée développée précédemment autour de la zone proximale de développement de Wittorski. Ainsi le choix et la complexité des situations abordées permettront à l'acteur d'apprendre en développant ses compétences. Enfin la notion de « *réflexivité et [d'] analyse de l'activité : penser et parler comme facteurs fondamentaux de l'apprentissage* » relèvent d'un enjeu voir d'une condition indispensable pour accompagner l'apprentissage. La démarche réflexive et d'analyse de l'activité sont des atouts pour penser avant, pendant et après l'action qui va être entreprise. (Dewey, 1933 ; Schön, 1983 ; Donnay & Charlier, 2001 ; Pastré, 2009) Le rôle à la fois de la verbalisation et des interactions avec les autres permet de conscientiser les ressources et les modes opératoires mobilisés en reconfigurant généralement les liens entre expérience et savoirs. Le but est le mettre le travail et l'action en mots voir en images pour le rendre intelligible. Ainsi la verbalisation de l'expérience va convoquer le sensible dans la formation et va engager l'acteur dans un voyage au cœur de son activité. En analysant et en essayant de comprendre les événements singuliers et caractéristiques de l'action grâce à des traces objectives le sujet va développer son apprentissage (Pastré, 1999, 2009) La capacité à analyser son expérience met en lumière les savoirs en jeu dans l'activité. Elle met également à l'épreuve les savoirs ancrés dans les pratiques en demandant parfois de changer de point de vue. (Loquais & Tribby, 2017)

L'ensemble de ces différentes notions amène l'acteur à penser, à raisonner, à anticiper et à agir, dans les différentes situations de travail qui vont se présenter à lui. Il va construire progressivement une intelligence de l'action et se développer en cheminant dans son champ de compétences.

Nous souhaitons associer à notre réflexion deux autres auteurs dont les travaux viendront certainement influencer notre analyse voir notre discussion. Tout d'abord Raymond Bourdoncle (1991, 2000) qui détermine différents objets de sens du mot professionnalisation avec

- La professionnalisation de l'activité
- La professionnalisation du groupe exerçant l'activité
- La professionnalisation des savoirs
- La professionnalisation des personnes exerçant l'activité
- La professionnalisation de la formation (Bourdoncle, 1991, p.84)

Il identifie des espaces qui impactent le processus de professionnalisation à savoir l'espace social, l'espace pédagogique et l'espace des acteurs. Il y associe trois éléments l'individu, le processus dans lequel un métier évolue en profession et enfin la construction des savoirs et compétences propre à l'exercice d'une profession. (Bourdoncle, 2000, p.120).

Nous avons eu également une attention particulière pour les recherches de Richard Wittorski (2005, 2007, 2008, 2009) qui ont mis en lumière une approche du développement professionnel en dégagant six voies possible pour la professionnalisation :

- La voie de professionnalisation appelée « logique de l'action »
- La voie de professionnalisation nommée « logique de la réflexion et de l'action »
- La voie de professionnalisation appelée « logique de la réflexion sur l'action »
- La voie de professionnalisation appelée « logique de la réflexion pour l'action »
- La voie de professionnalisation nommée « logique de traduction culturelle par rapport à l'action »
- La voie de professionnalisation appelée « logique de l'intégration assimilation ».

Ces différentes voies de professionnalisation viennent apporter une lecture sur « les cultures de travail », « les cultures de formation » ainsi que les « cultures de recherche ». Puis trois axes sont privilégiés à savoir la professionnalisation des acteurs, la professionnalisation des activités et enfin la professionnalisation des organisations. Certaines approches viennent croiser avec des notions identifiées précédemment permettant de les renforcer.

Conclusion du chapitre 6.

Dans ce chapitre nous avons tenté de montrer en quoi la situation de travail est un véritable levier pour le développement professionnel des cadres de santé formateurs. L'activité humaine déployée pour répondre aux exigences du milieu amène les acteurs à gagner en expérience. L'identification de ses nouveaux modes opératoires notamment par le biais de la démarche de réflexivité et d'analyse de son activité conduit à développer son raisonnement et son questionnement pour prendre une décision.

Une situation avec un potentiel de développement (SPD) pourrait ainsi s'appréhender comme une équation où la situation issue du champ de l'activité professionnelle des CSF

serait égale à la somme dégagée par les apports liés au processus d'apprentissage et ceux concernant le processus de développement.

SPD = une situation = [processus d'apprentissage + processus de développement]

SPD = S = [Processus d'apprentissage + processus de développement]

Toutes les situations professionnelles ont un caractère unique et singulier. Elles ne se répètent jamais à l'identique et s'exprime dans un contexte mouvant. Elles sont toujours diversifiées, relèvent d'une variabilité et sont extensives. Elles permettent d'atteindre un ou des buts dans un espace donné. Elles répondent à des règles, des principes qu'il est nécessaire de respecter pour accomplir les tâches attendues.

Dans notre étude, la même situation professionnelle va concerner deux publics différents d'un côté les CSF et de l'autre les étudiants en soins infirmiers.

- Pour les CSF la situation va mettre en exergue leur agir professionnel en lien avec leur expérience et les ressources qu'ils vont mobiliser. La prise de décision dans l'action va témoigner d'un résultat en lien avec le dispositif pédagogique construit et mis en œuvre pour répondre à une certaine finalité du métier de formateur. L'expression d'un travail pour soi où savoirs expérientiels, connaissances, recherche et formation continue tout au long de la vie va venir impacter les choix réalisés en action. Il en va de même du travail effectué pour les autres ou le collectif de travail va venir interférer dans les décisions pour garantir une certaine pérennité dans les dispositifs pédagogiques élaborés. Les notions de posture, de rôle, de gestes professionnels en situation de cours se trouvent donc interrogés.
- Pour les étudiants en soins infirmiers dans notre étude, les CSF pensent la situation professionnelle pour les apprenants. Elle devient ainsi pour eux un espace permettant la matérialisation de leur agir professionnel mobilisant leur expérience et leur ressource en dégageant leur besoin de formation en lien avec l'exercice de leur futur métier d'infirmier. Ici le travail est plutôt construit pour et avec les autres avec l'idée que le collectif de pairs, le patient et les professionnels infirmiers ont un rôle à jouer dans l'apprentissage des codes du métier ainsi que dans la construction de l'identité professionnelle.

Dans les deux cas la situation professionnelle deviendra une situation potentielle de développement dès lors qu'elle permettra la professionnalisation de l'acteur par la transformation de ses relations avec son environnement, la place qu'il occupera dans et par rapport à son environnement ainsi que son évolution dans sa manière de se percevoir.

Le CSF va faire l'expérience de différentes situations professionnelles ou il va se confronter à la diversité, à la variabilité, au changement de point de vue pour adapter – innover – faire preuve d'initiative – analyser son action le conduisant à définir de nouvelles pratiques produisant des savoirs spécifiques pour l'action à entreprendre.

Conclusion de la partie 2 et reformulation de notre objet de recherche

A travers cette deuxième partie, nous avons cherché à mettre en évidence les fondements de la discipline infirmière en dégagant les quatre concepts de la discipline et le raisonnement clinique infirmier. Puis dans un second temps nous avons tenu à mobiliser l'approche situationnelle dans la construction d'une formation par compétences. Le dernier chapitre s'attarde plus spécialement sur l'exercice professionnel des cadres de santé formateurs qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent au quotidien les étudiants en soins infirmiers et participent activement à leur professionnalisation. Nous nous sommes enrichis d'une littérature variée et multiple dans laquelle nous avons puisé nos ressources.

Nous partageons l'idée que l'activité de l'acteur dans une situation de travail est une source inépuisable pour repérer les apprentissages et le développement professionnel. Ainsi « le fait que l'activité occasionne sans cesse des apprentissages et produise des savoirs nouveaux est une donnée majeure pour ceux qui travaillent dans la perspective de la formation et de la professionnalisation des acteurs. » (Champy-Remoussenard, 2005, p.37).

Nous avons jalonné notre développement d'un ensemble de questions que nous reprenons ici afin de structurer notre objet de recherche.

Notre étude apportera un éclairage sur les choix, voire les dilemmes, auxquels les cadres de santé sont confrontés au moment de la construction d'un dispositif pédagogique et sa mise en œuvre. De ce fait « l'analyse des apprentissages ne peut pas être séparée de l'analyse de l'activité des acteurs ». (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006).

L'entrée par l'analyse de l'activité des acteurs mettant en lumière leurs compétences spécifiques, mais également, permettant de décrypter le dispositif de formation, nous semble une des premières étapes de la recherche. L'approche situationnelle ainsi que l'analyse des situations de travail (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006) en formation sont des champs largement investis par la didactique professionnelle. L'activité des acteurs n'est pas une marque laissée au hasard et les concepts organisateurs de celle-ci peuvent être identifiés pour comprendre l'activité des professionnels. Ainsi l'activité va être orientée par les savoirs d'action et les savoirs académiques. Mais nous ne pouvons pas en rester là et laisser de côté le sujet lui-même, acteur principal du dispositif. L'ergologie permet de positionner l'acteur comme l'interlocuteur privilégié dans l'analyse de ses situations de travail. Cette deuxième vision révélera peut-être une partie cachée de l'activité de l'humain en dialogue

avec ses valeurs, ses dilemmes, ses choix en action de travail, tous le conduisant vers des étapes de gains en expérience. (Schwartz, Durrive). L'homme au travail est amené à redéfinir les impératifs de sa tâche au regard d'imprévus. Il doit faire rapidement des choix et parfois en assumer les conséquences. Il se trouve ainsi face à des « arbitrages » (Schwartz, Y. 1997). « L'activité humaine » va ainsi se composer d'une part d'humain et une part de soi en action.

De plus, l'ergologie appréhende le travail autour de trois pôles : l'homme, le marché, la cité. Elle met en dialectique le champ conceptuel, siège de la pensée, de la réflexion et de la logique avec le champ de l'activité. La didactique professionnelle, elle, articule le modèle cognitif et opératoire convoqué par le sujet pour appréhender l'agir professionnel. Il nous semble que là aussi, le maillage de ces deux approches pourra apporter un nouveau regard sur la lecture des données collectées.

1. La notion de situation

Savoir et situation sont deux éléments qui interagissent l'un avec l'autre et se complètent dans le même mouvement. En effet, « le savoir comme puissance se manifeste toujours en situation ». (Sensevy & Mercier, 2007, p. 190). Cela va impliquer deux choses. Tout d'abord, que les cadres de santé formateurs anticipent leur ingénierie de formation afin de choisir une situation apprenante révélatrice des savoirs professionnels. Dans un second temps, être conscient qu'en situation de travail les formateurs se développent et se forment eux-mêmes à travers l'activité d'apprentissage qu'ils proposent aux apprenants. Nous sommes dans un mouvement de va et vient continu.

La notion de situation est utilisée ici dans deux axes différents :

- Comme instrument pour mettre en action et pour analyser l'activité des cadres de santé formateurs,
- Comme principe organisateur de l'apprentissage des cadres de santé formateurs et des étudiants en soins infirmiers.

Nous arrivons ainsi à une double entité associant l'analyse de l'activité et l'analyse d'une situation dans des contextes complémentaires.

1.1. La situation comme instrument support de l'analyse de l'activité du cadre de santé formateur

La mise en activité des cadres de santé formateurs dans leur exercice quotidien renvoie au couplage situation-activité. En effet, agir « ne peut s'entendre que dans une relation entre

l'homme et le milieu » (Durrive, 2011, p. 239). Notre recherche se centre sur la construction du sens qui accompagne l'activité du sujet. Entre adhérence et désadhérence, entre débat de valeurs et choix d'action, la place du sujet agissant et se construisant devient prépondérante.

1.2. La situation comme principe organisateur de l'apprentissage

La situation va intervenir sur deux plans plus opérationnels. En effet, elle va être à la fois le support de la séquence pédagogique conçue, animée par le cadre de santé formateur, et le support servant de base à l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers permettant de faire ressortir le questionnement et le lien avec l'exercice professionnel. Mais servant aussi d'instrument de formation pour le cadre de santé formateur.

L'idée d'utiliser la situation comme moyen d'apprentissage « implique l'idée de pouvoir utiliser dans l'avenir ce qu'on a appris » (Rey, 2011, p. 36) et ceci est applicable aussi bien pour les cadres de santé formateurs que pour les étudiants en soins infirmiers. Pour cela « l'apprentissage ainsi conçu ne débouche pas sur la capacité de l'individu à repérer ou reproduire le discours du savoir, mais sur sa capacité à affronter des situations nouvelles » (Rey, 2011, p. 36) développant ainsi ses ressources et ses compétences. Dans ce contexte nous pouvons dire que chaque situation comporte un caractère unique. De ce fait « une multiplicité d'interprétations » (Rey, 2011, p. 41) peut être possible car c'est un acteur singulier qui agit. Ce dernier va être le pilote et va organiser la structure de la situation afin d'arriver à ses fins. Il va devoir orchestrer les normes antécédentes (Schwartz, Durrive, 2009) pour les rendre viables dans son agir de l'instant. Ainsi chaque acteur va avoir un rapport différent vis-à-vis de la situation, ce qui en fait toute sa richesse et sa complexité.

1.3. Une co-construction de l'activité soignante avec une co-production de sens ente le cadre de santé formateur et le groupe d'apprenant

Ce double mouvement sur des axes différents va amener le cadre de santé formateur et le groupe d'étudiants en soins infirmiers à vivre l'altérité avec un principe de réciprocité. Ensemble, grâce à leurs ressources et leurs visions multiples, ils vont co-construire une nouvelle lecture de la situation d'apprentissage. Leur expertise partagée va les conduire vers un diagnostic coopératif créant un nouveau savoir situationnel.

Le centre de formation a l'avantage de mettre à distance les situations rencontrées dans le réel du travail. Cela permet plus facilement de mener une réflexion éthique, de discuter sur les valeurs, de mettre un débat de normes dans une situation professionnelle. Certaines

questions ne pourront d'ailleurs être interrogées que dans le cadre de la formation, loin de la frénésie du faire. Un décalage par rapport à la situation réelle sera peut-être nécessaire pour pouvoir aborder certaines notions et mettre en évidence certains concepts.

Nous posons donc l'hypothèse suivante :

H 1 : C'est parce que le formateur appréhende les situations apprenantes autour des normes et des valeurs des sciences infirmières qu'il permet à l'étudiant en soins infirmiers d'identifier les spécificités du cœur du métier.

2. Quand l'activité sert de moteur à l'apprentissage

Le duo activité et apprentissage est étroitement lié dans l'exercice professionnel. Le travail en lui-même est un levier pour apprendre. Les situations qui se présentent à l'acteur sont sources de développement et de conceptualisation. Ainsi « le couple schème-situation est fondateur d'un processus d'apprentissage par adaptation active » (Pastré, 2002, p. 12). De plus, « la théorie des champs conceptuels marque une évolution en donnant une place importante aux situations dans lesquelles les schèmes se forment et évoluent » (Pastré, 2002, p. 12). La didactique professionnelle permet d'analyser les différentes situations qui se proposent à l'acteur grâce notamment à la conceptualisation dans l'action (Vergnaud). Mais ce dispositif n'est pas suffisant pour identifier le champ d'activité car « ce n'est pas l'activité mais l'analyse de l'activité qui exerce une influence déterminante dans le développement cognitif » (Mayen, 1999, p. 24). Nous pourrions alors nous demander, comme le propose la didactique professionnelle, *quels vont être les éléments de la situation qui vont guider l'action du cadre de santé formateur ? De même, dans le quotidien du travail quels vont être les principes organisateurs de l'action ?* Mais pour arriver à l'analyse de l'activité la verbalisation des choix d'action devient indispensable afin d'avoir l'approche de l'acteur lui-même. Le professionnel va « choisir et utiliser les mots du langage du travail » (Mayen, 1999, p. 28) pour exprimer sa manière de concevoir la tâche réalisée. Il va donner un sens à la réalisation de son action, rendant ainsi lisible ses choix. La mise en dialogue de l'activité notamment avec la phase de repérage et d'ancrage issue de l'ergologie donnera une lecture au plus proche des dilemmes, mais aussi de l'expérience mobilisée par l'acteur en situation. Nous sommes ici dans une sorte de mise en débat des différentes solutions possibles qui se proposent à l'acteur et investiguées par ce dernier. L'identification de ce dialogue entre « l'unité de sens de la situation et l'unité de sens de l'activité » (Maubant, 2003) caractériserait « le projet d'agir pensé, exprimé, explicité par le sujet ». (Roger, Jorro, & Maubant, 2013). Par ailleurs, la mise en mots de son activité renvoie à une activité langagière qui ne pourra pas être écartée dans cette recherche.

Au cours de leur activité professionnelle, les cadres de santé formateurs rencontrent en permanence des situations singulières pour lesquelles ils doivent construire des réponses adaptées qui ne correspondent pas entièrement à un travail prescrit. Parler de la compétence demande de mettre en dialogue la connaissance avec l'expérience. Ainsi, pour trouver une posture professionnelle adéquate il est important d'entrer dans une démarche réflexive afin d'analyser sa pratique au regard de concept clé. Le cadre de santé formateur va ainsi dialoguer avec les normes, les mettre en débat, pour essayer de leur donner de la vie et du sens. Il va réaménager, repenser la norme qui se propose à lui. Regarder le travail sous l'angle de l'activité humaine permet à l'homme en activité de verbaliser ses choix d'action. Face au travail décrit, l'individu parle de ses ressources, de ses difficultés mais aussi des stratégies qu'il a été amené à développer. Il met directement en dialogue l'aspect protocolaire du travail de formateur avec les dimensions faisant référence à la vie, et aux notions d'arbitrages (Schwartz, Durrive). Il expose ainsi son point de vue de son activité en réaménageant le côté prescrit du travail pour le rendre possible dans l'activité. L'individu met ainsi de la vie en décrivant ses manières d'agir. Il campe une histoire dans la singularité du moment. Souvent la verbalisation de l'expérience met en évidence la complexité du réel et l'énoncé de certains compromis liés au travail. Se pencher sur l'activité des cadres de santé formateurs revient à interroger les interactions de l'acteur avec son environnement et à interpellier le couple action-situation. Nous arriverons peut-être à repérer une ou des situations caractéristiques en lien avec l'activité du cadre de santé formateur.

Chacun au fil de son parcours de vie, de son histoire, de son parcours professionnel se construit son « modèle opératif » en fonction de ses expériences mais aussi de « ses buts et du sens de son activité » (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p. 183). Le sujet s'enrichit en développant consciemment ou inconsciemment son processus d'apprentissage grâce aux allers-retours entre assimilation et accommodation, comme développé par Piaget et largement complété par Vergnaud. Progressivement le cadre de santé formateur va témoigner d'une intelligence de l'action révélant ses compétences professionnelles. L'acteur va mobiliser ses ressources pour comprendre les éléments qu'il a convoqué dans cette situation et donc entrer dans une lecture de son activité grâce à l'activation de ses processus cognitifs voir métacognitifs.

Nous pouvons formuler la deuxième hypothèse de ce travail :

H 2 : En combinant conceptualisation dans l'action et mise en débat des choix d'action le CSF témoigne de son « intelligence situationnelle » dans la construction et l'animation de son dispositif pédagogique.

3. Du travail prescrit au travail réel : quelle marque du travail dans l'activité des cadres de santé formateurs ?

3.1. La place du travail dans l'activité du cadre de santé formateur

Un des objectifs de notre travail vise dans un premier temps à identifier les interactions entre les notions de travail, d'apprentissage et de développement des compétences chez les cadres de santé formateurs et dans un deuxième temps de repérer l'articulation du trio activité-situation-expérience. Ces axes de questionnement et d'analyse permettront de mettre en lumière l'activité des cadres de santé formateurs et donneront un sens aux choix opérés pour orienter et guider la démarche d'apprentissage des étudiants en soins infirmiers.

3.2. Le savoir expérientiel : une trace du métier d'infirmier

Les cadres de santé formateurs sont tous d'anciens professionnels issus du monde de la santé et généralement du secteur du soin. Ils ont ainsi exercé, pendant plusieurs années, la profession d'infirmière. Les traces du métier sont donc lisibles tant dans l'orientation de leur choix d'action que dans leur activité langagière. Le choix des mots a ici toute son importance et témoigne de l'inscription dans les spécificités du métier de cadre, mais aussi montre l'appartenance au corps infirmier. De plus, ils ont développé des savoirs d'expérience qu'ils vont pouvoir mobiliser dans la construction des séquences pédagogiques qui seront proposées aux apprenants. C'est une trace du métier qui sera recherchée dans l'analyse des verbatim.

La formation infirmière est une formation en alternance. Les cadres de santé formateurs comme les étudiants devraient faire référence à des situations de soins issues du monde du travail, permettant à chacun de s'imprégner puis de s'approprier les codes du métier autour des concepts de personne, d'environnement, du soin et de la santé.

Pour exercer comme cadre de santé en institut de formation plusieurs voies d'accès sont possibles. Soit intégrer la formation directement après l'obtention du diplôme de cadre, soit après avoir exercé comme cadre dans une unité de soins. Cette différence de parcours a-t-elle un impact sur la construction et l'animation de la situation d'apprentissage. *Comment les marques du métier s'expriment-elles ? Ont-elles une influence dans les choix d'action de l'opérateur en action de cours ?*

Les cadres de santé formateurs devraient se trouver face à une double entité. D'un côté ils pourraient s'appuyer sur leurs expériences professionnelles, leur vécu, leur histoire, leur valeurs... et de l'autre ils pourraient questionner la pertinence des nouvelles approches soignantes en lien avec le contexte actuel et ceci pour construire un dispositif pédagogique

cohérent avec les exigences futures. Les points d'ancrage du passé aidant à avoir une vision anticipatrice en lien avec le soin de demain, les CSF s'inscriraient alors dans la triade passé-présent-futur mais aussi dans la mobilisation du savoir expérientiel. L'étude permettra d'appréhender cette approche et mesurer les enjeux des différentes postures.

3.3. Une dialectique entre deux registres : de la tâche à l'activité

De plus, les formateurs vont mettre en dialogue la relation entre agir dans une situation et apprendre de cette situation (Pastré). En didactique professionnelle « on n'analyse pas la pratique de l'enseignant, mais son activité, celle qui s'articule en situation réelle de travail. » (Vinatier, 2013, p. 29). C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix de réaliser notre recherche sur le lieu d'exercice des cadres de santé formateurs c'est-à-dire les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Par ailleurs, l'homme va aménager son poste de travail en fonction de son histoire, de ses valeurs en lien avec une certaine temporalité. C'est ce qui se déroule aujourd'hui, à ce moment précis. L'être humain met de la vie dans son travail en agissant dessus. « En faisant usage des techniques, on cherche à déneutraliser son milieu, à y mettre son empreinte de vivant qui ne se contente pas de subir ». (Schwartz, 2003, p. 85).

Nous voyons apparaître une distinction entre le travail prescrit, le travail réel et le travail réalisé. Une différence s'opère donc entre la tâche et l'activité. Ces deux notions sont souvent associées, mais elles regroupent des aspects différents. La tâche est du côté du référentiel, de la procédure, du travail prescrit. « La tâche est communément définie comme un but à atteindre dans des conditions déterminées » (Leplat, 1997, p. 17). En revanche, l'activité est du côté de l'action, de l'humain, du travail réel. L'activité est en quelque sorte singulière parce que chaque homme va l'adapter en fonction de son histoire, de son vécu. Chacun va donc interpréter le travail de manière différente en fonction de ses ressources et de ses représentations. Mais dans les faits, cela n'est pas si simple, tâche et activité vont interagir. « Comme la tâche est modifiée éventuellement par l'agent qui la réalise, cet agent est façonné, en retour, par la tâche prescrite qui le provoque de diverses manières. » (Leplat, 1997, p. 33). Conjointement ces deux paramètres vont s'autoréguler et s'enrichir mutuellement. Par ailleurs, « le travail est formateur... Il permet l'apprentissage des modes d'exécution de l'action orientés par la reconnaissance de configurations préétablies, mais aussi formateur de systèmes de concepts ». (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p. 192) Cette première vision va être complétée par le développement de l'acteur lui-même.

Nous pouvons faire l'hypothèse au vu de ces différents paramètres, que les traces relevant du monde du travail soignant seront lisibles et ceci dans l'activité des cadres de santé

formateurs. Ainsi, nous allons pouvoir identifier et préciser les interactions entre les notions de travail, d'apprentissage et de développement de compétences dans une formation professionnelle en alternance. Nous posons comme troisième hypothèse :

H3 : En quoi l'expérience professionnelle du cadre de santé formateur va venir impacter ses choix dans l'agir d'une situation, révélant ainsi sa « signature pédagogique »

De plus, le collectif va jouer un rôle dans la formulation des choix des différents acteurs.

« Chacun, en interaction avec les autres, va mesurer les enjeux du service à rendre, dans l'adhérence. Chacun va prendre sur soi et en même temps compter sur les synergies avec le collectif informel, au fil de l'activité, à partir de valeurs partagées. » (Durrive, 2011, p. 241).

Nous sommes ici dans « une action conjointe ». « L'action du professeur ne pouvant être traitée indépendamment de celle des élèves ni de l'enjeu du savoir » (Schubauer-Leoni, Leutenegger, Ligozat, Flückiger, 2007, p. 52). Les enjeux du collectif auront une influence sur les choix des différents acteurs en présence. Par ailleurs, c'est un groupe, composé d'étudiants et d'un formateur, qui vont agir et réagir ensemble. Les prises de parole individuelles vont nécessairement orienter les apprentissages collectifs mais également les réflexions et les questionnements individuels. A ce niveau, il ne faut pas écarter les expériences de chacun, notamment en lien avec les différents parcours de stage. Les vécus et les représentations de l'exercice professionnel devront être explicités afin d'apporter une lecture et d'ancrer dans une certaine réalité du monde soignant. Le débriefing réalisé à l'issue des séances pédagogiques permettra certainement de mettre en lumière le cheminement réalisé par les différents membres présents lors de la séance. Il offrira également la possibilité de mettre des mots sur des situations professionnelles observées ou expérimentées en stage mais non explicitées avec les équipes soignantes. Cela permettra de lever certains malentendus liés au monde du travail. Mais également de transmettre, par le biais de l'apprentissage, les codes et les clés de la profession d'infirmière. Nous sommes ici dans une articulation des différents savoirs collectés et construits sur des espaces de formation différents demandant à être fédérés pour la construction professionnelle.

Nous posons comme dernière hypothèse de travail :

H 4 : En changeant de point de vue sur la situation, le CSF exerce son raisonnement clinique pédagogique propice à son développement professionnel.

Nous avons ensuite formulé des objectifs au regard de chaque hypothèse formulée afin d'explicitier les axes de notre analyse. Puis nous avons matérialisé sous forme d'une figure

(figure 8) complétée par un encadré **(encadré 9)** l'ensemble des paramètres à prendre en compte dans l'étude.

Encadré 9 : La formulation des hypothèses

H1 : C'est parce que le formateur appréhende les situations apprenantes autour des normes et des valeurs des sciences infirmières qu'il permet à l'étudiant en soins infirmiers d'identifier les spécificités du cœur du métier.

Objectif 1 : Identifier les situations représentatives du métier d'infirmier privilégiées par les CSF

Objectif 2 : Saisir les axes retenus pour développer le raisonnement clinique de l'apprenant en lien avec l'exercice professionnel

Objectif 3 : Distinguer l'expression des marques du métier d'infirmier

Objectif 4 : Repérer le « traitement pédagogique » de la situation managée par le CSF

H2 : En combinant conceptualisation dans l'action et mise en débat des choix d'action le CSF témoigne de son « intelligence situationnelle » dans la construction et l'animation de son dispositif pédagogique.

Objectif 5 : Discerner les éléments pris en compte pour construire le dispositif pédagogique

Objectif 6 : Révéler les facteurs déclenchant une modification du synopsis pédagogique

Objectif 7 : Extraire les motifs poussant à un ajustement

Objectif 8 : Découvrir les raisons qui poussent le sujet à agir

Objectif 9 : Percevoir s'il existe une cohérence entre l'apprentissage visé et l'activité de formation proposée

H3 : En quoi l'expérience professionnelle du cadre de santé formateur va venir impacter ses choix dans l'agir d'une situation révélant ainsi sa « signature pédagogique »

Objectif 10 : Mettre en relation le centre d'intérêt principal du CSF avec sa perception de son rôle comme un indicateur impactant les choix pédagogiques

Objectif 11 : Déceler la manière dont les cadres de santé formateurs vivent le management de leur activité pédagogique auprès des apprenants

Objectif 12 : Repérer ce qui fait norme ou règle dans les environnements de travail des cadres de santé formateurs

Objectif 13 : Déterminer les interstices voire les espaces d'expression individuelle pour que la signature pédagogique individuelle s'exprime

Objectif 14 : Localiser les lieux d'expression des différentes conceptions, des divergences de point de vue, des désaccords.

Objectif 15 : Apprécier si l'horizon commun du métier d'infirmier est partagé par l'ensemble des acteurs.

H4 : En changeant de point de vue sur la situation le CSF exerce son raisonnement clinique pédagogique propice à son développement professionnel.

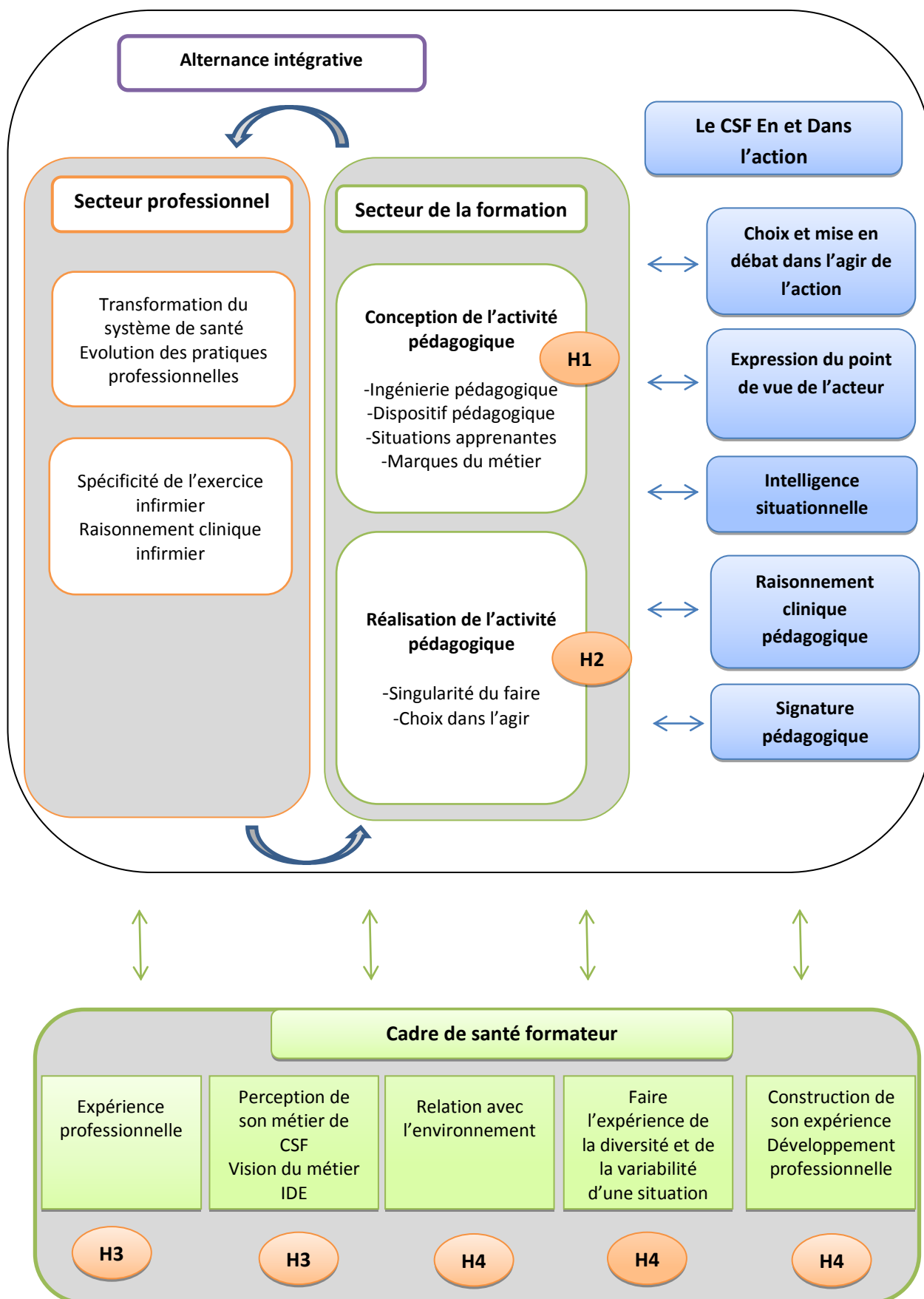
Objectif 16 : Dégager les éléments qui orientent les choix des CSF et structurent leur raisonnement pédagogique

Objectif 17 : Repérer leurs influences dans les choix d'action du sujet

Objectif 18 : Faire ressortir la ou les spécificités qui pourraient caractériser leurs activités singulières

Objectif 19 : Distinguer les espaces utilisés par les CSF pour analyser leur pratique et développer leurs compétences professionnelles

Figure 8 : Le cadre de l'étude



PARTIE 3 :

Quand les acteurs parlent de leur activité

Chapitre 7 : De la question de recherche à l'enquête de terrain

Introduction de la partie 3 :

Dans cette partie nous présenterons le dispositif de recherche dans lequel nous nous inscrivons. Nous évoquerons et argumenterons nos choix méthodologiques tant dans les outils utilisés que dans les méthodes d'analyse retenues. Nous présenterons également les caractéristiques du public enquêté.

Chaque être humain est une personne unique qui agit en fonction de son système de normes mais aussi en fonction de ses valeurs et de ses croyances. L'individu va chercher ses propres gestes et les confronter au travail prescrit. Il va donc construire son propre point-de-vue de l'activité. Ainsi le travail quotidien des cadres de santé formateurs permet de mettre en histoire les questions de choix professionnels au regard d'une situation donnée. Pour identifier ces dilemmes, une immersion dans le monde professionnel en étant à l'écoute de la vie et de la rencontre avec le travail nous a semblé indispensable.

Rendre intelligibles les pratiques des acteurs est une lourde responsabilité mais également source de motivation au regard du contexte actuel. Cela demande au chercheur d'être à l'écoute de ce qui se joue en situation.

Dans le **chapitre 7** nous argumenterons en détail les choix méthodologiques qui ont guidé la collecte des données. Nous nous appuyons sur un descriptif singulier allant de la phase de repérage à la phase d'ancrage. Dans un second temps nous appréhenderons et identifierons les outils mobilisés pour réaliser le traitement du matériel recueilli (entretiens semi-directifs, observations directes, représentations graphiques, et entretiens par autoconfrontation).

Chapitre 7 : De la question de recherche à l'enquête de terrain

« Le réel contemplé, comme les mots des acteurs, ne sont pas immédiatement compréhensibles et ne s'inscrivent jamais totalement dans des cadres théoriques définis a priori. Les insuffisances de l'observation s'ajouteront toujours aux ambiguïtés et au désordre du réel. La polysémie est intrinsèque aux situations humaines. » (Frédéric Wacheux, 2005, p.10)

Chapitre 7 : De la question de recherche à l'enquête de terrain

Notre recherche s'inscrit dans le champ des travaux qui visent à analyser l'activité des cadres de santé formateurs afin de mieux l'appréhender. Ainsi, nous repérerons les organisateurs de la pratique en lien avec une activité quotidienne de l'exercice professionnel. Puis, l'identification des invariants de la situation de sa phase de construction à sa mise en œuvre permettra de dégager ce qui caractérise d'une certaine manière l'expertise professionnelle. La clarification, lors d'entretiens, des stratégies didactiques retenues va guider le chercheur dans le décodage à la fois des modèles opératifs et des structures conceptuelles des situations de formation.

Ecouter les acteurs parler de leur activité a été essentiel pour nous afin de respecter la vision de chaque personne et donner une place particulière aux mots choisis. Comme le précise Kerbrat-Orecchioni « les paroles sont aussi des actions : dire, c'est sans doute transmettre à autrui certaines informations sur l'objet dont on parle, mais c'est aussi faire, c'est-à-dire tenter d'agir sur son interlocuteur, voire sur le monde environnant. Au lieu d'opposer comme on le fait souvent la parole et l'action, il convient de considérer que la parole elle-même est une forme d'action. » (Ibid., 2008, p.1). De plus, nous sommes restée vigilante car comme le précise Wacheux (2005, p. 15), « dans la période d'observation intensive auprès des acteurs, les théorisations interviennent comme un moteur de la compréhension et de la construction explicative, à cause d'un nécessaire réalisme, même dans l'abstraction ». Il souligne la difficulté de « contrôler l'implication du chercheur dans le contexte social ». (Wacheux, p.15). C'est un aspect à ne pas écarter sur l'ensemble de l'étude menée.

Ce chapitre présente la démarche méthodologique mise en œuvre dans cette recherche pour ébaucher la description des pratiques des cadres de santé formateurs. Pour identifier les différentes dimensions du travail il a été donc nécessaire de faire un aller-retour entre la situation de travail et l'activité qui s'y déploie. De plus, l'objet de recherche demande à être exploré sous différents regards.

« Lorsqu'il s'intéresse aux pratiques enseignantes, objet complexe s'il en est, lorsqu'il accepte que ces pratiques soient examinées à partir de cadres théoriques pluriels et potentiellement complémentaires et contradictoires, le chercheur en éducation fait en même temps le choix de dépasser les apories, voire l'illusion d'une approche monolithique et/ou implicite dans ses outils comme dans ses démarches ». (Piot, 2012, p. 114).

Nous nous inscrivons dans la lignée des auteurs, notamment en sciences de l'éducation, qui privilégient des approches complémentaires afin d'avoir une vision plurielle des situations professionnelles rencontrées.

1. Rendre intelligible les pratiques des cadres de santé formateurs

1.1. La pertinence des outils de recherche : une double face à appréhender

Nous avons longuement réfléchi à la pertinence des outils de recherche mais aussi à leur impact sur les différents acteurs. Au moment de l'élaboration de notre revue de littérature nous nous sommes aperçue que les outils demandaient une attention particulière et qu'ils auraient une influence sur les acteurs. Ainsi deux axes se dégagent. D'un côté la construction des outils permettrait la collecte de matériaux empiriques grâce aux temps d'entretiens et d'observation et d'un autre côté ils allaient engendrer la production d'un savoir spécifique. L'inscription de l'acteur dans un tel dispositif l'amène donc à être confronté aux traces de son activité.

Souvent nous n'avons pas conscience de nos gestes, de nos mimiques, de nos expressions lorsque nous sommes en situation de travail. Le langage corporel est ancré dans la pratique de l'acteur. Ainsi passer de l'explicite à l'implicite de son action demande un effort pour appréhender l'invisibilité et l'opacité de son travail et arriver à une certaine quête de sens. C'est justement là que se situe un des axes de la recherche en découvrant le sens donné aux gestes réalisés à ce moment précis de l'action donnant ainsi un mouvement de vie à la situation.

Remémorer puis verbaliser la dynamique de son action inscrit les personnes interviewées dans une prise de conscience de leur activité entraînant une analyse de leur pratique. Elles se posent ainsi des questions sur le sens de leurs actions, identifient leurs ressources et développent de nouvelles stratégies opératoires. C'est une part de leur humanité qui se dévoile ainsi par le biais de la recherche. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé important de tisser des liens de confiance au moment de la rencontre afin de faire de ces moments d'échanges des temps propices au développement des compétences des CSF. C'est également l'occasion de participer à la clarification d'un raisonnement ou enclencher un questionnement en lien avec un moment précis de l'action. C'est une manière

d'augmenter les chemins des possibles, d'identifier les ressources mobilisées, les enrichir, et peut-être aussi entrevoir d'autres horizons. De ce fait, l'analyse de l'activité devient un support pour approcher la situation réelle.

Alors que l'étude au départ est menée pour découvrir les spécificités du métier des CSF elle amène progressivement l'ensemble des acteurs à un temps d'autoformation en investiguant l'activité et en prenant une posture réflexive.

1.2. Adapter la méthodologie de l'étude aux caractéristiques du public cible

Le public retenu pour l'étude est un public avec une expérience professionnelle. Ce sont des formateurs qui ont mené eux-mêmes des investigations avec la rédaction d'un travail de recherche dans le cadre de leur formation cadre de santé. Ils ont certainement à titre individuel ou à titre collectif déjà été sollicités pour des enquêtes ou des entretiens. Tous ces paramètres sont venus influencer nos choix et les propositions d'outils que nous avons retenus afin de les surprendre, les dérouter dans leurs habitudes mais aussi de sortir des discours entendus pour recueillir une mise en mots personnelle personnalisant les choix en situation de travail.

Nous ne souhaitons pas rester focalisé sur un type de CSF mais plutôt profiter de la variété des profils qui constitue les équipes en institut de formation afin d'être au plus proche de la réalité. Notre but est de favoriser l'expression des « savoirs de l'activité » (Savoyant, 2008). Il nous semblait plus pertinent de croiser les données collectées et de « mettre en évidence les formes, l'ampleur et le degré de construction et d'utilisation de ces variables chez les professionnels de niveau d'expérience et d'expertise différents lorsqu'ils tentent de comprendre les situations et d'agir sur elles. » (Mayen, 2008, p.48). Le fait de retenir des CSF débutants et des CSF expérimentés permettra, de mettre en évidence les choix stratégiques les plus pertinents au regard du contexte de formation, du dispositif pédagogique construit et de l'animation en salle de cours. C'est une manière de relever les traces de l'activité et de les croiser avec les dilemmes et les renormalisations opérés en situation de travail. C'est également, nous semble-t-il, une opportunité pour dégager les traits caractéristiques du métier de CSF.

1.2.2. Caractéristiques des cadres de santé formateurs

Nous allons vous présenter les caractéristiques des cadres de santé formateurs rencontrés. Les quinze formateurs sont répartis à part égale sur les cinq instituts de formation en soins infirmiers retenus, à savoir 3 par institut.

La cartographie des quinze CSF est présentée en **annexe (annexe 2)**.

Leurs caractéristiques générales sont résumées dans le **tableau 2**. L'échantillon comporte 15 femmes et 0 homme. Nous aurions souhaité la parité pour pouvoir croiser les données. Mais sur les 5 équipes de formateurs, 2 seulement avaient des hommes, qui n'ont pas souhaité participer à l'étude. La moyenne d'âge est de 41 ans (la plus jeune a 35 ans, la plus âgée 45 ans). Deux CSF sont des infirmières spécialisées (infirmière anesthésiste et infirmière de secteur psychiatrique). Les quinze CSF ont suivi la formation de cadre de santé. Sept formateurs sont référents d'année. Ils assurent la coordination des activités pédagogiques de l'année dont ils sont responsables. Deux formateurs sont titulaires d'un master 2 et un à plusieurs diplômes universitaires.

Sexe	15 femmes
Age moyen	41 ans (35-45)
Antériorité professionnelle	Ils ont tous travaillé dans au moins deux unités de soins différentes. Les lieux d'exercice sont variés en intra et extra hospitalier, en soins généraux et en soins en santé mentale et réadaptation.
Durée moyenne dans la fonction d'infirmière	12 ans (6-22)
Durée moyenne dans la fonction de cadre de santé formateur	9 ans (2-27)
Fonction spécifique	7 CSF sont référents d'année
Diplôme universitaire	3 CSF ont un diplôme universitaire à type de DU et de master

Tableau 2 : Caractéristiques générales de l'échantillon

Tous les professionnels retenus sont des infirmiers ayant exercé en service de soins dans une structure hospitalière, voire, pour certains, en établissement extrahospitalier. Majoritairement, avec des projets professionnels différents, ils sont ensuite venus en institut de formation, soit sur un temps de faisant fonction, soit à la sortie de la formation de cadre de santé. Pour cinq CSF le parcours professionnel a été un peu différent puisqu'ils ont exercé en tant que cadre de santé dans une unité de soins. L'alternance possible des lieux d'exercice pour les cadres de santé laissera peut-être entrevoir des spécificités d'accompagnement des apprenants et/ou des attentes différentes en matière d'exigence dans l'acquisition et la mobilisation des différents savoirs. C'est une manière également de mesurer si l'expérience professionnelle impacte ou influence la construction et l'animation du dispositif pédagogique.

Le choix de trois profils différents de CSF nous paraît intéressant dans l'ossature de la dynamique d'équipe. Le but ici n'est pas de comparer les performances de chacun mais plutôt de dégager et repérer certaines caractéristiques venant parfois influencer les choix en situation de travail. C'est aussi l'occasion d'identifier des raisonnements identiques, des

questionnements ou des préoccupations partagés permettant de découvrir les invariants et les modes opératoires du métier.

1.3. De la mise en actes de l'action à la mise en mots des acteurs

Les différents courants de l'analyse du travail mettent à disposition des chercheurs un large panel de méthodes pour capter les données d'une activité, puis dans un second temps de proposer au professionnel un retour réflexif sur leur action. La mise en mots des traces émanant de l'activité devient alors un support précieux pour accéder à la dimension invisible de l'activité réalisée.

Pour rendre intelligible les propos des CSF et appréhender les caractéristiques de l'activité nous avons choisi de diversifier les sources de collecte. Le choix de varier les supports « permet aux sujets de transformer leur expérience vécue d'un objet en objet d'une nouvelle expérience vécue (Vygotsky, 1925), afin d'étudier le passage d'une activité dans l'autre » (Clot, 2004, p.7). En lien avec les orientations à la fois de la didactique professionnelle et de l'ergologie nous avons retenu une approche autour du repérage et de l'ancrage des signes de l'activité afin de valoriser la rencontre entre la vie et le travail.

Notre souci était vraiment de rendre compte de l'activité quotidienne d'un CSF sans dénaturer les tâches effectuées ainsi que les propos tenus. Dans un premier temps il était important de garder un caractère singulier propre à la vie et au travail de l'acteur. Puis dans un second temps de dégager des axes de généralisations notamment au niveau des modes opératoires des actions concrétisées. Dans ce contexte-là la prise d'informations autour de traces et de données observables devenaient une première étape de notre processus. Mais ce dispositif est insuffisant pour rendre compte de l'activité réelle d'un sujet. Mettre des mots sur son vécu singulier, ses raisonnements, sa prise d'information aboutissant à une prise de décisions demandaient un accompagnement spécifique pour appréhender les régulations de l'acteur en cours d'action.

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, les théories de l'action sous-tendent notre réflexion. Ainsi, la mise au jour des procédures utilisées par le sujet au cours de son activité, alliant une phase de description et une phase d'analyse nous permettrait d'atteindre les buts de cette étude. La prise d'informations, les stratégies déployées, les connaissances mobilisées ainsi que les objectifs définis par l'acteur devenaient de réelles ressources pour mener l'investigation.

Dans tous les temps de l'étude, progressivement, les CSF prennent conscience de leur activité. Les différents outils mobilisés ainsi que le chercheur les accompagnent dans les

différents temps de l'activité. Ils prennent conscience des actions réalisées et mesurent les éventuels concordances ou écarts par rapport aux intentions de départ présentées lors de la phase de repérage. Ici, action et situation sont corrélées et constituent les éléments déterminants de l'activité du sujet.

Ainsi plusieurs temps se déclinent :

- une première étape en lien avec l'explication de l'activité à réaliser. Cette étape permet de dégager les savoirs de l'action le plus souvent en lien avec le savoir expérientiel. Nous sommes ici plus dans un contexte de généralité en lien avec certaines représentations ou croyances de l'acteur avant la mise en musique du dispositif en salle de cours.
- une deuxième étape en lien avec le décodage et l'analyse des choix opérés en activité. C'est l'occasion pour le sujet de commenter et expliciter son action avec une prise de conscience de ses choix en situation de cours.
- Une troisième étape en lien avec la posture réflexive que prend le professionnel en questionnant ses choix, en découvrant de nouvelles manières de faire, en faisant évoluer à la fois le dispositif construit et son attitude en cours allant même jusqu'à son regard sur le groupe d'apprenants.

Dans la palette d'outils qui s'offre au chercheur nous avons retenu différents supports afin d'allier les richesses des spécificités de chacun. Nous retrouvons donc :

- Des entretiens semi-directifs et d'autoconfrontation
- Un temps d'observation
- Des réalisations graphiques et une prise vidéo.

La mise en mots de l'activité réalisée au détour d'entretiens « témoigne d'une intention générale, d'une tonalité dont la force et l'intensité dépendent des multiples composantes des situations rencontrées et vécues. » (Hesbeen, 2009, p.45). L'entretien d'explicitation et l'entretien d'auto-confrontation ont été privilégiés.

1.3.1. Les traces de l'activité

Nous avons choisi de confronter les CSF aux traces de leur activité afin de sortir des discours généralistes et entrer dans le réel de l'action telle qu'elle s'est déroulée. La production de traces observables que sont le film et les représentations graphiques contribue largement à l'atteinte de cet objectif. Pour ce faire nous avons pris la posture d'un accompagnateur afin de cheminer au rythme du sujet et instaurer un climat de confiance propice à la verbalisation du cheminement de la pensée. Les techniques d'entretien

d'explicitation et d'auto-confrontation simple sont venues accompagner la prise d'informations.

1.3.2. L'entretien d'explicitation

« La spécificité de l'entretien d'explicitation est de viser la verbalisation de l'action. » (Vermersch, 2017, p.9) Nous sommes ici dans une description assez fine et précise de l'activité réalisée. L'acteur revient sur son action et la commente au regard des choix qu'il a opérés. L'entretien d'explicitation permet de recueillir des informations « sur le déroulement du processus » mis en œuvre par un sujet, puis « d'analyser les étapes et les comprendre. » (Vermersch, 2013b). La personne décrit les différentes dimensions du vécu de l'action, elle met des mots sur les actes réalisés. Cette technique permet d'explicitier ce qui est non conscient dans le déroulement de l'activité. (Vermersch, 2017).

Pour Pierre Vermersch l'action est perçue comme une connaissance autonome. Ainsi un opérateur peut réussir une action sans avoir conscience des moyens et des ressources qu'il a mobilisées pour y arriver. Les propos sont orientés vers la description du vécu de l'action.

Pierre Vermersch divise le concept d'action en cinq items autour d'un axe vertical et un axe horizontal. Le cœur du système repose sur l'axe procédural. Les quatre autres axes sont considérés comme des satellites. Chaque action est donc perçue comme un enchaînement d'actes selon une temporalité différente. La description d'un moment précis vécu demande de faire référence au passé et donc amène le sujet à entrer en évocation (Vermersch, 2017), c'est-à-dire se « tourner vers soi » en entrant en introspection. Le plus souvent le choix du moment singulier est significatif. Il y a une intension éveillante autour de la construction de la connaissance avec une compréhension nouvelle de la situation avec un passage de l'implicite à l'explicite. Pour ce faire un contrat de communication est passé entre l'interviewé et l'intervieweur précisant les modalités de fonctionnement et les conditions matérielles de l'entretien et recueillant le consentement de la personne, le tout dans une dynamique de non jugement et de bienveillance.

L'entretien d'explicitation vise trois buts : « aider l'intervieweur à s'informer, aider l'élève à s'auto-informer et lui apprendre à s'auto-informer » (Vermersch, 2017, p.18). Ces objectifs rejoignent les axes de notre étude et seront associés à un autre outil qu'est l'entretien d'auto-confrontation.

1.3.3. L'entretien d'auto-confrontation simple

L'entretien d'auto-confrontation est une méthodologie de l'analyse de l'activité humaine. Ce dispositif « auto-confrontation simple » (Clot, 1999 ; Clot & Faïta, 2000a ; Clot, Faïta, Fernandez & Scheller, 2000) permet de faire revivre aux CSF la séance pédagogique

animée en cours. Il donne ainsi sa vision et son interprétation de la situation vécue. Cette technique « vise à donner au sujet un accès à des traces de son action notamment par la voie du filmage. Le protocole de ce type de recueil de données demande [...] au sujet de produire un discours [sur son agir] face aux séquences filmées. (Cicurel, 2011, pp. 205).

Il est vrai que le visionnage du film comme la confrontation avec les représentations graphiques engage l'acteur dans une rétrospection de sa propre action. Il semble revivre à distance les différents moments qui ont composé sa propre activité. Les commentaires retracent l'instant vécu. Les arrêts sur image permettent de croiser et d'articuler les normes présupposées de l'activité avec les renormalisations de l'acteur dans l'action de travail. Le sujet se trouve confronté aux traces de son activité et ceci en contexte de travail. Les commentaires des indices visuels conduisent l'acteur à expliciter au chercheur les raisons qui l'ont amené à agir de cette manière. A ce niveau, le cadre réglementaire et les normes prédéfinies en équipe ne suffisent plus pour justifier de son agir professionnel. Ce dispositif permet de recueillir des informations précieuses pour comprendre ce qui s'est passé en lien avec les actes réalisés dans la vie professionnelle. Nous sommes ici sur des éléments factuels avec un agir situationnel. L'activité filmée comme la réalisation des représentations graphiques deviennent des objets d'analyse. L'analyse psychologique du travail est alors une ressource pour le développement individuel de l'acteur. La méthodologie d'auto-confrontation « permet au sujet de revenir sur la résolution de micro-difficultés et d'en interroger l'efficacité et la pertinence ». (Yvon, F. & Garon, R., 2006).

L'autoconfrontation simple permet d'affiner les choix didactiques de l'acteur et ceci dans un contexte au plus proche de l'action. Ici « le résultat ne débouche pas d'abord sur des connaissances de l'activité, mais souvent sur des étonnements autour d'évènements difficiles à interpréter dans les canons du discours convenu ». (Duboscq, Clot 2010, pp.265). Tout doucement le chercheur accompagne le sujet à poser un autre regard sur l'activité réalisée et à prendre une posture réflexive propice au développement de compétences en situation de travail.

Dans notre recherche nous avons fait le choix de ne pas poursuivre l'investigation avec un temps d'auto-confrontation croisée entre les acteurs. Nous avons alors finalisé le dispositif suivant.

2. Le dispositif de recherche

2.1. Le choix du terrain d'enquête

Le choix du terrain d'enquête s'est porté naturellement vers les instituts de formation en soins infirmiers, le lieu d'exercice principal des cadres de santé formateurs.

Nous avons fait le choix dès le début de la recherche d'aller investiguer dans d'autres régions que notre territoire d'origine et de ne retenir que des IFSI dont la structure et les acteurs nous étaient inconnus.

Nous avons sélectionné les établissements à partir des cartographies proposées par le CEFIEC que nous avons croisées avec les données de présentation des instituts collectées sur le site www.infirmiers.com. Puis nous avons pris un premier contact par mail puis par courrier (**annexe 3**) avec les différents responsables des structures présentant a priori des caractéristiques identiques.

Dix structures de formation ont été sollicitées, huit ont répondu positivement. Nous verrons plus bas dans ce chapitre que cinq sur ces huit ont participé activement à la démarche de notre étude.

Les huit IFSI retenus dans un premier temps pour l'étude finale sont tous rattachés à un établissement de santé d'une capacité de 600 à environ 1800 lits et places. Ils prennent en soins une population diversifiée qu'ils accueillent en hospitalisation complète ou en ambulatoire. Les spécialités communes sont les unités de médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, EHPAD⁵⁷, HAD⁵⁸. Nous avons émis hypothèse que cette architecture commune pourrait avoir un impact à la fois sur les possibilités d'accueil en stage des apprenants et sur la richesse des situations d'apprentissage élaborées par les CSF, notamment au moment de la construction du dispositif pédagogique.

Ces huit instituts de formation en santé ont un quota d'accueil allant de 80 à 120 étudiants en soins infirmiers.

Chacun d'eux assure des missions de formation initiale et des missions de formation continue pour des publics divers. Les mêmes ressources humaines et matérielles sont utilisées. Ainsi, dans chaque structure se retrouvent :

⁵⁷ EHPAD lire partout Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁵⁸ HAD lire partout Hospitalisation A Domicile

- Un institut de formation en soins infirmiers préparant des étudiants au diplôme d'Etat infirmier et à l'exercice professionnel infirmier sur une durée d'au moins de 3 ans
- Un institut de formation aide-soignant préparant des élèves au diplôme d'Etat aide-soignant et à un exercice professionnel aide-soignant sur une durée d'au moins dix mois
- Un pôle de formation continue géré par l'institut avec des actions allant d'une journée à quatre jours.

Pour avoir un panel de structures comparables pour l'étude nous avons sollicité les directeurs des soins afin de connaître si certains documents étaient présents et si le mode d'apprentissage était en lien avec le référentiel de formation infirmière de 2009. Nous avons pu établir la cartographie suivante (**tableau 3**) :

Supports	IFSI 1	IFSI 2	IFSI 3	IFSI 4	IFSI 5	IFSI 6	IFSI 7	IFSI 8
Agrément de l'institut	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Agrément du directeur	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	En cours. Arrivée depuis 2 mois	Oui	Oui
Projet pédagogique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Pas élaboré à ce jour	Oui	Oui
Fiche de poste CSF	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui
Approche par compétences	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	« Logiquement » Oui	Oui	Oui
Approche par situations d'apprentissage	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	« Ne sait pas »	Oui	Oui
Actions communes avec le CH de rattachement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Dispense des formations continues sur la thématique du tutorat	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Particularité						En cours de fusion avec une autre structure		

Tableau 3 : Cartographie des documents collectés

Lors de notre échange avec le directeur des soins de l'IFSI 6, celui-ci nous a clairement énoncé que notre recherche l'intéressait pour pouvoir enrichir son évaluation du personnel de l'institut. Il souhaitait avoir une visibilité sur le matériel de la recherche afin de pouvoir repérer les CSF qui présentaient des difficultés en cours avec les étudiants. Cela lui permettrait dans un second temps de structurer la recombinaison de l'équipe en privilégiant certaine

réorientation professionnelle. Nous n'avons pas souhaité entrer dans cette logique et préféré nous passer d'un terrain supplémentaire.

2.2. Le choix du public cible

Chaque institut de formation a une structure hiérarchique spécifique. Certains sont composés d'un directeur des soins qui assure la gestion et le management pédagogique et organisationnel. Dans d'autres équipes, le directeur des soins est assisté d'un cadre supérieur qui occupe souvent une fonction de coordinateur pédagogique. Pour rester dans le même processus nous avons fait le choix de n'interviewer que les DSIF.

Pour répondre aux exigences de notre étude et aborder nos hypothèses de recherche nous avons retenus trois profils d'acteurs tous titulaires du diplôme de cadre de santé. Ils se déclinent de la manière suivante :

- Les CSF ayant une expérience inférieure à 6 ans en IFSI
- Les CSF ayant une expérience supérieure à 6 ans en IFSI
- Les CSF ayant une expérience de CS en unité de soins avant de venir en IFSI

2.3. Les différents temps de rencontre

En mettant l'humain au centre de nos préoccupations il nous semblait incontournable de rencontrer les acteurs pour préciser les modes de collecte des données ainsi que l'état d'esprit de l'étude. Plusieurs temps de rencontres ont donc eu lieu à la fois avec les DSIF et les équipes pédagogiques. Dans toutes les structures le même dispositif a été mis en place.

2.3.1. Echanges avec les directeurs des soins

Un premier contact par mail puis par téléphone a permis de préciser le cadre de la recherche, les modalités pratiques. Nous avons pu également recueillir le descriptif des outils existants pour finaliser le choix des structures retenues.

Pour les sept instituts le directeur des soins nous a proposé de venir participer à une réunion pédagogique afin de rencontrer l'équipe et présenter le dispositif de la recherche.

2.3.2. Echanges avec les cadres de santé formateurs

Nous avons donc rencontré sur un temps défini (environ 1 h 00) toutes les équipes pédagogiques afin de présenter la thématique de notre étude.

Cependant, avant même de préciser le contexte de notre venue, des échanges constructifs se sont engagés sur des problématiques de formation. Nous avons pris le temps d'écouter la verbalisation des questionnements en lien avec le contexte actuel de la formation et des situations particulières d'étudiants. Dans ce contexte « informel » de rencontre, chacun a pu témoigner du besoin de mettre en commun un espace de parole. Cela a permis aussi d'appréhender l'autre, voire de se reconnaître dans les arguments proposés venant alimenter la réflexion du moment. Ce premier temps de rencontre a été d'une grande richesse et a instauré les prémices d'une relation de confiance entre les futurs acteurs et le chercheur.

Dans tous les cas le directeur des soins de la structure nous a laissé seul avec son équipe. Nous avons pris le temps de présenter le cadre de l'étude en précisant l'objet support de la recherche à savoir une activité pédagogique élaborée, animée et évaluée par le cadre de santé formateur. Nous n'avons pas donné plus de précision malgré les questions des CSF notamment sur la compétence, sur l'unité d'enseignement ou l'année de formation des étudiants en soins infirmiers à privilégier. Le choix opéré librement serait un premier indice révélant une des spécificités des CSF et viendrait alimenter la réflexion et le questionnement. Ainsi chacun a choisi dans les dispositifs pédagogiques construits par lui-même une activité dont il était l'auteur, l'acteur et l'évaluateur.

Nous avons ensuite présenté le public cible en notifiant que chacun devait se sentir libre de s'engager ou non et qu'un temps de réflexion nous paraissait nécessaire. En effet, l'acceptation à l'étude demande un engagement pour l'ensemble de l'investigation à savoir :

- Un temps de présentation du dispositif pédagogique sous forme d'entretien semi-directif
- Un temps d'observation en situation de travail
- Deux temps de retour sur son activité dont l'un est une auto-confrontation avec un support visuel.

Les caractéristiques du public ciblé ont été également précisées afin d'avoir les trois entités de CSF. Plusieurs attitudes se sont alors manifestées :

- Certains CSF se sont retirés immédiatement car leur charge de travail ne permettait pas d'entrer dans un tel dispositif ou encore parce que la perspective d'être filmé les effrayait.
- D'autres CSF ont préféré prendre un temps de réflexion avant de donner leur réponse. Un délai de 10 jours a donc été proposé.

- Enfin les derniers ont souhaité planifier immédiatement les temps de rencontre afin de pouvoir s'organiser.

Afin de garder le triptyque des différentes caractéristiques des CSF certaines personnes ont dû être écartées de l'étude.

La programmation a demandé quelques ajustements calendaires pour permettre au chercheur d'organiser son emploi du temps entre la recherche et son activité professionnelle, mais aussi entre les différents IFSI.

2.4. Préalable à la recherche terrain

Sur le panel des sept établissements nous avons fait le choix d'en retenir un pour mener une phase exploratoire permettant l'ajustement des outils de collecte de données. (IFSI 8)

Toutes les structures présentant les mêmes caractéristiques, nous en avons choisi une, la plus proche géographiquement, pour tester notre dispositif. Cela a été l'occasion pour nous de mettre à l'épreuve les outils, les guides d'entretien et repérer le dispositif organisationnel et méthodologique le plus propice à la collecte de données. Nous avons ainsi pu faire évoluer :

- **le rythme des rencontres** notamment entre la phase d'observation et l'entretien semi-directif de retour d'activité. Au départ nous avons envisagé de laisser une semaine entre les différents temps. Or l'activité des CSF étant très diversifiée, il y avait parfois un décalage entre le discours narratif sur le retour d'activité simple et les commentaires des images au moment de l'auto confrontation ne permettant pas un croisement des données. Nous avons alors choisi de construire un autre dispositif. Ainsi nous avons regroupé les temps de rencontre en deux parties. Nous avons couplé le temps de présentation du dispositif pédagogique avec le temps d'observation et les temps de retour d'activité ensemble.
- **le guide d'entretien sur le retour d'expérience** que nous avons fait évoluer dans son architecture.
- **Notre posture lors de l'auto confrontation avec le film.** En effet nous avons testé deux approches différentes. La première plus « investigatrice » qui permettait de clarifier certaines interrogations en lien avec le temps d'observation et la seconde plus « retirée » où nous laissons la personne cheminer d'elle-même et dérouler sa pensée en croisant ses souvenirs avec les images. C'est au moment de la lecture de la retranscription des verbatim que nous nous sommes aperçus que le discours et la réflexion étaient interrompus au moment des interventions du chercheur. Nous avons donc décidé de ne pas interrompre l'acteur, mais de revenir sur des éléments clés de

la séance si certains d'entre eux, qui nous semblaient majeurs pour la compréhension de l'action, n'étaient pas abordés.

- **Le positionnement de la caméra.** Pour le premier enregistrement nous avons mis la caméra dans un coin de la salle et pris place dans le groupe des apprenants. Le CSF se déplaçant énormément il sortait du champ de la vidéo. Nous avons donc privilégié l'utilisation d'une caméra-vidéo numérique type GO-pro pour les enregistrements suivants. Ce dispositif plus petit et plus maniable nous permettait à la fois d'enregistrer et de suivre les mouvements des CSF.

Ce test auprès des différents acteurs de l'étude nous a permis d'étalonner et de réajuster le dispositif.

Un dernier temps d'ajustement a été nécessaire. En effet, avant de débiter les temps de rencontre dans l'IFSI 7, la directrice des soins nous a contactés afin de nous avertir qu'une des personnes volontaires pour l'étude venait d'apprendre qu'elle était gravement malade. Cette annonce affectait énormément son équipe et perturbait l'activité demandant une réorganisation des planifications de cours. Ensemble nous avons pris la décision de ne pas faire l'investigation dans son établissement mais de rester en contact.

3. L'angle d'approche méthodologique

Pour identifier comment l'activité des cadres de santé formateurs se décline et s'exerce, nous avons privilégié une méthodologie qualitative combinant des entretiens semi-directifs, des observations directes et des temps d'auto confrontation à partir de supports visuels (représentation graphique et film).

Pour comprendre dans quelles conditions les CSF construisent puis animent leur dispositif pédagogique nous avons opéré différents choix méthodologiques. Il était important pour nous de recueillir des traces d'activité en situation concrète et quotidienne de travail. Mais également de confronter l'intention pédagogique élaborée en amont avec la situation de cours, c'est à dire l'espace où elle est concrètement mise en œuvre. Puis, grâce à un enregistrement, de proposer au professionnel un retour réflexif sur son activité à des fins d'apprentissage, voire de professionnalisation.

Les différents courants de l'analyse de l'activité proposent plusieurs outils et techniques. Ils mettent majoritairement en avant l'importance de collecter les propos de l'acteur à partir des traces de l'activité. Ce dispositif permet d'appréhender et de préciser à la fois la partie visible de l'action mais également d'entrer dans des débats plus profonds engendrant des choix peu visibles au premier abord. C'est donc souvent une manière de percevoir la partie invisible de l'activité du professionnel et de recueillir une base de données précieuse pour mener

l'analyse et décomposer l'action. Nous pouvons ainsi appréhender les buts poursuivis, le choix des intentions pédagogiques privilégiées, les ressources et savoirs identifiés, les aléas et imprévus rencontrés, le poids du collectif de travail, le lien avec l'exercice professionnel antérieur...

Une des préoccupations de cette étude est de se dire que le travail lui-même est source de développement de compétences et que l'activité des CSF participe à leur propre apprentissage. D'ailleurs comme le suggère Pastré « l'analyse de sa propre action » peut permettre une prise de conscience de l'acteur. (Pastré, 2011, P.45) De ce fait, ce dispositif allie travail et formation, et constitue une opportunité de développement et de professionnalisation. C'est pour cela que nous avons fait le choix d'utiliser l'auto-confrontation en sachant que durant l'étude cela pourrait constituer un moment privilégié participant à la formation des acteurs comme le démontrent différents travaux en lien avec l'analyse du travail (Olry, Vidal-Gomel, 2011 ; Yvon, Durand, 2012). Ces recherches témoignent de l'importance de confronter l'acteur aux traces de sa propre activité pour l'accompagner dans son questionnement et dans la prise de conscience de sa propre action et ceci à des fins d'apprentissage. Nous sommes ici dans le rapport entre formation-travail par l'analyse de situations de travail avec une identification des spécificités du métier de cadre de santé formateur. C'est ainsi que le professionnel va donc reconstruire le sens de sa pratique à partir de sa propre action.

Notre travail empirique a été réalisé dans cinq instituts de formation en soins infirmiers dans des régions différentes. Quinze cadres de santé formateurs ont accepté de participer à l'étude.

Tous les entretiens se sont déroulés dans le bureau des acteurs sur un temps programmé. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord des personnes. Les différents temps de rencontres sont synthétisés dans **l'annexe 4**. Les moments d'observation ont tous été enregistrés et filmés dans le cadre d'une activité pédagogique animée par les CSF.

Ainsi pour chaque CSF la même organisation a été mise en place à savoir :

- Un temps de rencontre avec explicitation de la démarche et accord de la personne pour s'y inscrire
- La planification des quatre temps de l'étude
- Un entretien semi-directif en lien avec la présentation du dispositif pédagogique retenu et la réalisation de deux représentations graphiques. Ainsi, le premier dessin évoque la vision du rôle de formateur et le deuxième représente la salle de cours où va se dérouler l'activité

- Un échange avec les apprenants pour clarifier la présence du chercheur et répondre à leurs questions en début de séance
- Une observation filmée de la séance pédagogique en salle de cours avec des apprenants. Ce moment permet au chercheur de prendre des notes sur un cahier « vagabond » afin de garder une trace des différentes étapes de l'activité
- Un temps d'écoute sur le retour individuel de l'activité observée dans un lieu prédéterminé propice au calme et à l'échange en toute confidentialité. En fin d'entretien il est demandé de réaliser un troisième dessin où figurera la salle de cours avec les interactions entre les différents acteurs. Puis un temps d'auto-confrontation entre le dessin réalisé et le dessin effectué lors du premier entretien clôture l'échange
- Un temps d'auto confrontation à partir des images de l'activité pédagogique réalisée. Ce temps permet à l'acteur de commenter ses choix d'action et de donner du sens à son activité de travail. C'est un moment privilégié pour verbaliser ses surprises, ses étonnements et les confronter avec son souvenir de la séance passée.

L'ensemble de la démarche se compose donc de quinze temps d'observation et de leurs quarante-cinq entretiens simples ou d'auto-confrontation associés.

Toutes les observations se sont calquées sur le planning de travail des CSF en gardant le dispositif et les groupes d'étudiants prévus. Même si certains CSF évoquent lors des entretiens la sollicitation des collègues pour changer de groupes, ils ont tous préféré conserver le dispositif prévu avec la certitude que le film leur révélerait peut-être des indices jusqu'alors insoupçonnés. Dans un cas, la salle de cours a été changée pour donner plus de confort au CSF dans son animation et plus de place aux apprenants.

Le test de notre dispositif de l'étude en amont a permis de faire évoluer le rythme des temps de rencontre. Un point que nous n'avions pas mesuré auparavant, c'est le besoin pour le chercheur de prendre du recul par rapport à l'observation avant d'aborder le retour de l'activité afin d'être dans une écoute réelle des commentaires et des dilemmes des acteurs sans être sous l'influence de son propre questionnement.

Le cahier « vagabond » alimenté pendant le temps d'observation et repris avant chaque temps de débriefing et d'auto-confrontation avec le film, nous a éclairés sur la rythmicité des différents temps de l'activité pédagogique. Cela a favorisé notre prise de distance, notre faculté à clarifier les messages forts et de nous inscrire dans ce qui nous semblait être le schéma de pensée du CSF pour mener son activité en lien avec le dispositif présenté en amont. Ce temps de synthèse avant l'étape du débriefing et de l'auto-confrontation nous a été indispensable pour nous imprégner du raisonnement de l'acteur. Ce dispositif nous a

permis de faire de ce moment d'échange un instant riche en explicitation des choix et d'essayer d'entrer d'une certaine manière dans les débats de valeurs de l'acteur.

Nous avons élaboré un guide pour les différents temps d'entretien et un support pour le temps d'observation. Ces trames (**annexe 5 et 6**) nous ont permis de conserver le même fil conducteur, facilitant ensuite à la fois la retranscription et l'analyse des données collectées. Les supports ont été ajustés pour certaines questions en fonction de l'activité de chacun et en suivant le rythme des verbatim des entretiens.

L'étude s'est déroulée sur une période allant de décembre à juin. Les démarches retenues par les CSF se sont déployées sur deux semestres. Ainsi, suivant le choix des CSF, nous pourrions aborder des activités pédagogiques similaires avec une adaptation spécifique du référentiel de formation suivant les contextes de travail. L'analyse révélera peut-être certaines particularités spécifiques aux acteurs en fonction de différents paramètres comme les ressources mobilisées, le parcours professionnel antérieur, la vision du futur professionnel infirmier...

4. Du repérage à l'ancrage de l'activité des acteurs

Le corpus a été constitué de quatre temps distincts afin de collecter des données en suivant les modalités configurées dans **la figure 9** suivante :

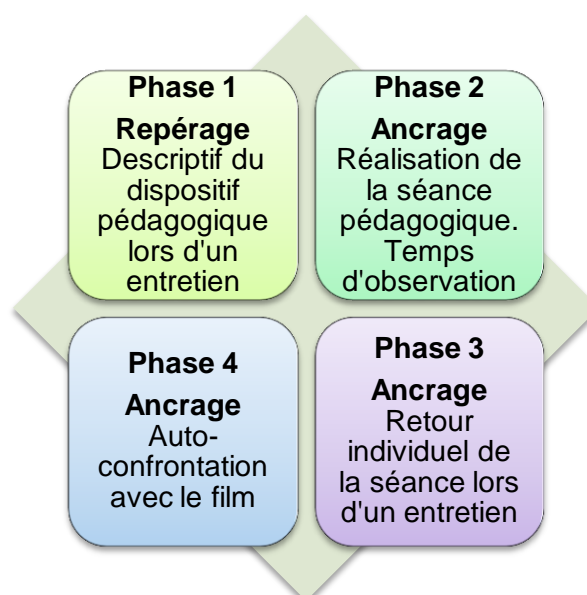


Figure 9 : Les différentes phases de l'étude

Chaque phase correspond à une étape précise et répond à des objectifs spécifiques. Pour décrire chacune d'elle nous allons suivre le processus que nous avons élaboré pour la collecte des données en lien à la fois avec des repères de la démarche ergologique et celle de la didactique professionnelle.

En prenant le prisme de l'approche ergologique, un acteur est en activité quand il se trouve en situation d'agir. Il oscille ainsi entre deux systèmes d'approches différents de la réalité créant une tension permanente. Le repérage et l'ancrage abordent l'activité sous deux axes complémentaires et s'enrichissent mutuellement.

Tout d'abord, la notion de repérage est en lien avec une vision anticipatrice du travail. L'activité est pensée à l'avance en amont de sa mise en œuvre. Elle situe l'individu dans son contexte de travail en dégagant les aspects formalisés de celui-ci. Ce temps permet de repérer les acteurs, l'environnement, l'organisation prévisionnelle, l'aspect protocolaire de l'activité. Le professionnel est face à un niveau d'abstraction de son activité le plaçant dans un contexte de désadhérence. (Schwartz, Durrive, 2003, 2015).

L'ancrage, seconde approche, inscrit la personne dans la réalité du travail qui se vit, en la mettant face à ses choix d'action. Nous sommes dans l'immédiateté de l'action, dans l'instantané de ce qui se joue en situation, dans « l'ici et maintenant » (Schwartz, 2009). Le professionnel fait corps à corps avec son milieu et entre en adhérence avec celui-ci face aux contraintes, aux aléas de l'instant de travail. Cela l'amène jusqu'à dégager les limites de la phase anticipatrice voire parfois de la questionner pour la faire évoluer. Dans cette étape, l'homme se trouve dans la dynamique du projet d'agir. Or en situation de travail, de nombreuses contraintes apparaissent mettant en lumière des écarts entre le travail prescrit et le travail réel interrogeant les choix de l'acteur. Alors agir en situation de travail va demander un effort, l'effort de vivre. L'acteur va allier le registre de la connaissance avec celui de l'expérience dans un incessant aller-retour. Le professionnel agit toujours en adhérence, en adéquation avec la réalité de son milieu tout en sachant que la désadhérence est présente et vient impacter les choix d'action.

Nous passerons ainsi d'une vision descriptive et générale du travail à une vision particulière et singulière de l'individu qui agit.

Cette vision sera associée à l'approche de la didactique professionnelle. Ainsi, le mode de recueil des données est également une manière d'approcher le travail réel de l'acteur et de décrypter les différentes étapes qui décompose son activité en dégagant sa structure conceptuelle. C'est une manière de percevoir les compétences spécifiques des CSF. La complémentarité des outils accompagnera le professionnel dans le décodage de son activité engendrant le développement de compétences en situation de travail.

4.1. La phase de repérage

La phase de repérage inscrit l'individu dans une certaine représentation de son activité. Nous avons quitté les généralités et sommes déjà entrée dans une certaine compréhension d'une singularité. Ainsi, le repérage permet d'identifier les éléments composants l'activité de travail, et d'entendre chaque acteur sur ses particularités dans les choix opérés pour construire son dispositif pédagogique. Nous sommes ici dans une vision anticipatrice de l'action. La présentation de l'activité pédagogique amène l'acteur à expliciter ses choix voire certains compromis. Cette étape pose les bases de l'analyse future avec notamment la mesure d'un écart entre la phase de conception du dispositif pédagogique et la phase de réalisation. Ce processus accompagne le CSF dans une phase d'opérationnalisation de son action. Il combine à la fois le champ des savoirs mobilisés et l'action qui se prépare.

4.1.1. La description du dispositif pédagogique

Ce premier temps d'entretien (**annexe 5**) permet de préciser la structure conceptuelle de la situation de référence avec les objectifs spécifiques et de préciser les éléments cognitifs mobilisés. Par ailleurs, la phase de repérage conduit les professionnels à préciser les modalités de conception du dispositif pédagogique ainsi que d'envisager en amont les perceptions de sa mise en œuvre. Tous les commentaires sont des indices précieux pour l'observation future. Notre objectif est de recueillir des informations les plus complètes possibles à partir de l'expression de chacun des acteurs, et donc écouter les récits de vie racontés par tous. «Le verbe « raconter » est ici essentiel : il signifie que la production discursive du sujet a pris la forme narrative..... Pour bien camper une histoire, il faut camper des personnages, décrire leurs relations réciproques, expliquer leurs raisons d'agir ; décrire les contextes des actions et interactions..... », ce qui «contribuent à en construire les significations ». (Bertaux, 1997, p. 32).

Ainsi, individuellement, avant toute observation, les cadres de santé formateurs ont décrit de manière plutôt méthodologique et organisationnelle la construction du dispositif pédagogique. Ils ont précisé les choix qu'ils avaient réalisés pour répondre à la fois aux exigences du référentiel de formation, aux impératifs du collectif de travail, aux attentes des apprenants, à leurs aspirations personnelles. Dans tous les discours la construction du dispositif pédagogique tient une place prédominante. Il est spontanément précisé le lien avec le référentiel de formation (compétence, unité d'enseignement ou d'intégration ciblée), les objectifs visés, la ou les méthodes pédagogiques privilégiées et les raisons du choix. Le niveau d'exigence attendu par le CSF est détaillé. Il est souvent en lien avec son expérience professionnelle antérieure, la vision de son rôle de formateur et les formations auxquelles il a participé. Le lien avec la réalité professionnelle, avec les contraintes du monde soignant est

souvent évoqué pour justifier certaines préférences. Lors de plusieurs entretiens, il est mentionné les conditions de travail des équipes soignantes rendant difficile l'encadrement des étudiants et renforçant le rôle des CSF. La volonté de mobiliser les vécus et les expériences de stage durant l'intervention est précisée presque systématiquement.

Puis dans un second temps, les préoccupations des CSF se tournent vers les apprenants. Deux axes retiennent leur attention. Tout d'abord la dynamique de groupe est mise en avant comme élément favorisant les apprentissages. Un esprit d'équipe est recherché et des interactions sont attendues avec un souhait de progression. Le deuxième axe prend en compte le parcours de formation en alternance afin de mobiliser les ressources tant théorique que pratique. Dans les deux cas la relation pédagogique et la mobilisation de l'expérience de stage sont identifiées comme des éléments influençant le dispositif de formation. Ils constituent ainsi presque des invariants visés par chaque CSF.

Il est à préciser que les discours s'orientent sur les aspects plutôt normés de construction du dispositif pédagogique en adéquation avec un système de normes propre à chaque acteur. De plus, il semble y avoir peu de place à l'imprévu et au hasard. Tout est orchestré avec précision et minutie. Néanmoins chez certains CSF certains dilemmes apparaissent et viennent questionner les choix entrepris dans la construction du dispositif avant même sa mise en pratique.

Par ailleurs, la question de l'espace où va se dérouler la réalisation n'est jamais abordé. Quelques rares CSF évoquent parfois, au détour d'une phrase, l'utilisation d'un tableau ou d'un ordinateur pour faire une synthèse ou rappeler les objectifs du cours. Mais jamais l'environnement de travail n'est mentionné comme si le dispositif était conçu pour les apprenants afin de répondre aux exigences du référentiel sans envisager le lieu où la rencontre se réaliserait. L'espace géographique de l'intervention à ce stade n'est pas investi. Il ne répond pas à un besoin d'anticipation. La salle de cours n'est pas intégrée dans la construction de la démarche pédagogique. Les CSF pensent à faire des sous-groupes d'apprenants pour opérationnaliser la démarche et faciliter les interactions, mais ne vérifient pas s'ils ont les moyens en adéquation avec leurs besoins. Il sera intéressant de relever au moment de la mise en œuvre si cela a un impact et si l'absence d'anticipation interfère sur la réalisation demandant des ajustements de dernière minute.

Dans toutes les situations d'entretien le descriptif raconté est plutôt linéaire. L'utilisation du « on » ou du « nous » est le plus souvent privilégié ce qui rend les propos impersonnels et généralistes. L'usage du « je » est majoritairement présent lorsque l'acteur justifie, argumente ou questionne un choix. Le discours devient alors plus direct et personnalisé. Le professionnel prend possession de la parole laissant entrevoir le raisonnement poursuivi.

Les propos deviennent alors incarnés. Ainsi au fil des minutes d'échange « l'entretien fait construire un discours » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 40) et rend les propos singuliers.

Nous découvrons au moment de la présentation du dispositif pédagogique l'activité retenue par les CSF. Une fois la synthèse réalisée, il est intéressant et surprenant de constater que chacun a choisi une activité en lien avec le cœur de métier de la profession infirmière. Nous pouvons identifier que le raisonnement clinique y tient une place toute particulière. Il s'exprime tant dans l'appropriation du concept et de la méthodologie auprès d'étudiants en soins infirmiers de 1^{ère} année que dans sa mobilisation dans des contextes de soins spécifiques comme dans le cadre de l'urgence, du refus de soins, de l'encadrement ou de la communication avec des apprenants de 2^{ème} ou 3^{ème} année. Le raisonnement clinique est l'ossature principale de l'activité infirmière. Il inscrit l'activité soignante dans un chemin de pensée où l'acte de soin n'est pas réalisé au hasard mais devient un acte de sens adapté à une personne. C'est « un processus intellectuel et délibéré, structuré selon des étapes logiquement ordonnées, utilisées pour planifier des soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée » (Phaneuf, 1996). Les données recueillies, les observations réalisées, les informations collectées permettent de tisser un jugement clinique engendrant la construction personnalisée du projet de soins. Ainsi « la pertinence d'un projet de soins adapté à chaque personne pose la question de la formalisation d'un raisonnement clinique qui part du patient, conduit l'infirmière dans des champs de connaissances variées et l'oblige à utiliser une méthodologie de problématisation avant d'entrer dans la démarche de résolution de problème » (Psiuk, 2010, pp.61-62). Mais ce cheminement ne s'improvise pas et demande un accompagnement pour élaborer sa capacité de raisonnement et développer sa pensée critique. La préoccupation des CSF est légitime et s'inscrit dans une logique d'apprentissage en lien avec une des spécificités du métier d'infirmier. Or en situation de soins les apprenants ne constatent que la mise en œuvre du raisonnement car celui-ci reste souvent opaque et non verbalisé par le professionnel. Le fait que les 15 acteurs aient tous sélectionné un dispositif pédagogique en lien avec le cœur de métier de l'infirmière témoigne peut-être d'une particularité qu'il sera nécessaire de clarifier lors de l'analyse.

4.1.2. La réalisation de schémas

La phase de repérage s'est terminée par la réalisation de deux dessins sur deux temps distincts. Nous avons formulé une question impliquant la réalisation de deux représentations ; à savoir une sur la perception du CSF en lien avec son rôle de formateur et la seconde sur une représentation de la salle de cours où allait se dérouler la séance pédagogique.

Le dessin est utilisé ici comme un artefact pour libérer la parole et inscrire l'auteur dans une dynamique différente que la narration de la construction du dispositif pédagogique. C'est un support qui extrait l'interviewé du discours attendu et l'emmène vers la mobilisation d'autres ressources avec une composante plus imaginaire. C'est également une manière de capter l'attention et de relancer les débats et les questionnements ou de conforter des certitudes. Le dessin amène l'auteur à représenter les éléments essentiels puis à établir des liens logiques entre les eux. C'est le moyen de mettre sur papier des symboles, des flèches, des carrés, des « bonhommes » et de les animer par la parole en explicitant ses choix et en donnant du sens à son action en utilisant le « je ». L'attention du professionnel est captée d'une autre façon. Le dessin aide à fixer sur un support visuel sa pensée. Il laisse une trace qui peut être reprise à distance et ainsi favoriser la recherche d'une certaine compréhension. Ce processus permet d'ancrer dans une réalité le discours et amène le professionnel à entrer dans une démarche de questionnement de sa pratique. Dans cette recherche nous partons du postulat que « les représentations des personnes ont une fonction d'orientation de leur action (Savoyant, 1979) » et qu'elles vont venir interférer et modéliser les choix professionnels au contact du groupe d'apprenants. (Holgado, 2012, p. 130)

Majoritairement les réalisations recueillies sont sur un mode graphique abstrait ce qui n'impacte pas la recherche puisque seulement les verbatim sont retenus et servent à l'analyse.

La décision de retenir ces deux propositions de réalisation graphique n'est pas une marque du hasard. En effet, schématiser son rôle de formateur n'est pas de prime abord quelque chose de simple. Un temps de réflexion est nécessaire, qui amène le CSF à rechercher les éléments qui lui semblent incontournables avant de les exposer au chercheur. C'est également une opportunité pour croiser les données collectées à la fois pendant le temps d'entretien et lors de la réalisation du dessin. Par ailleurs, schématiser la salle de cours demande de se projeter dans un espace et un lieu précis pour le matérialiser sur papier. C'est une manière pour l'enquêteur de percevoir si le CSF a anticipé son action et l'a inscrite dans un environnement donné. Ainsi, les priorités retenues se situent-elles plus au niveau de l'espace géographique, de la disposition de la salle, de l'emplacement du mobilier, ou dans un autre secteur. Le CSF a-t-il anticipé son installation ? A-t-il envisagé son type d'animation ? Comme peut le stipuler Louis Durrive : « L'espace est une donnée de base dans la recherche des compromis au travail. Se priver de cette information, c'est mettre entre parenthèses une partie des contraintes qui pèsent sur les microdécisions quotidiennes de celle ou de celui qui met en œuvre les tâches. » (Durrive, 1999, p. 208).

Ce dernier temps de l'entretien a surpris tout le monde ; certains ont sorti rapidement une feuille et des feutres, les autres sont restés quelques instants perplexes avant de se lancer sur le support proposé. Ensuite, les techniques de réalisation sont très diverses. Certains CSF ont le souci du moindre détail et recherchent la précision. D'autres ont une approche plus générale voire systémique. Les schémas sont monochromes ou polychromes. Le trait est assuré dans certains cas témoignant de la pensée claire et structurée de l'auteur. Quelques personnes s'arrêtent, hésitent. Le discours est ponctué d'interrogations, de recherche de sens. Les propos et le dessin se clarifient au fil de la création abordant parfois des thématiques non identifiées précédemment. Les productions se matérialisent petit à petit au rythme de l'avancée du trait et de la construction du discours. Les œuvres se mettent en mouvement et fixent un instant précis du temps de rencontre. Le professionnel livre une part de lui, tutoie parfois le chercheur, ce qui donne à ce moment un caractère plus intimiste créant un espace de confiance réciproque.

Nous illustrons notre propos par l'échange avec Patricia (G3F1):

G3F1 : « D'accord. C'est quand même étrange de faire cela... Mais je trouve cela très riche. Je n'y aurais pas pensé.

Chercheuse : Qu'est-ce qui vous étonne ?

*G3F1 : Le fait de devoir dessiner. Je trouve, enfin j'ai l'impression que j'en dis deux fois plus avec le dessin que sans... Enfin je ne sais pas, c'est une impression. Je parle plus facilement avec le dessin alors... Enfin non, je ne parle pas plus facilement ; je suis obligée de plus réfléchir et d'argumenter pourquoi je retiens cette idée. Après je trouve que je construis en même temps. Quand je regarde ce dessin je trouve que c'est surprenant le résultat et en même temps très en lien avec ce que je ressens et ce que je veux dire... C'est vraiment surprenant... Après le choix des mots ou des symboles sont en lien avec la situation, non je suis assez fière du résultat... Non c'est vraiment moi... Enfin, je trouve... Oui, plutôt satisfaite... Non satisfaite. Je peux m'en faire une copie... Je crois que je vais le garder... Oui, je voudrais bien le garder. »
(E1-Patricia-L.741-754)*

Pour le narrateur, le scénario décrit dans la phase de repérage permet d'animer un espace-temps et d'avoir une vision anticipatrice de son activité. Cette description de son poste de travail donne à voir de l'aspect formalisé de la tâche à accomplir. Ce récit pourra ensuite être confronté à la réalité du travail qui se vit. (Bayle, 2012).

4.2. La phase d'ancrage

Comme nous l'avons vu précédemment la phase d'ancrage met la personne en situation, face au travail qui s'exerce dans le réel de l'action. Dans notre recherche quatre étapes composent ce moment.

Dans tous les cas, après le temps d'entretien présentant le dispositif pédagogique, nous avons quitté le bureau et accompagné le CSF dans la salle de cours. Les moments de déplacement dans les couloirs ont été des espaces riches d'enseignement. En effet, nous

avons systématiquement croisé des collègues de travail, des apprenants, des soignants. Nous avons donc été témoin « en direct » de discussions informelles en lien ou non avec la thématique de l'intervention. Nous avons aussi perçu chez certains le stress d'être filmé et d'animer un cours en présence d'une personne extérieure. Sur la fin du parcours nous avons essayé de mettre en sécurité la personne mais aussi de respecter les moments de silence avant l'entrée en cours. Nous avons pu également constater que, dès la porte du bureau franchie, les étudiants viennent majoritairement solliciter le CSF. Les apprenants interpellent par petits groupes le professionnel sur des problématiques de salle, de planification de cours, ou sur la technique précise d'un geste professionnel. Certains étudiants attendent en retrait et sollicitent le CSF pour une problématique personnelle en lien avec une difficulté en stage ou le besoin de précision sur l'aspect d'un contenu de cours ; généralement un rendez-vous individuel est alors proposé. Les collègues de travail sont, eux, dans une attitude de soutien et « glissent » des mots d'encouragement. Ils précisent également qu'il serait intéressant dans un second temps d'avoir un retour sur l'activité réalisée pour améliorer eux aussi leur pratique.

Il est intéressant de noter que, dès la porte du bureau franchie, nous entrons dans le quotidien de l'activité et laissons de côté l'aspect plus formalisé de l'entretien précédent, comme si la porte constituait une barrière entre les deux aspects du travail reliant le côté prescrit et le côté réel de l'action. Puis nous arrivons à la porte de la salle de cours.

4.2.1. L'observation de la séance pédagogique

L'approche ergologique comme la démarche de la didactique professionnelle pensent toutes les deux que toute activité professionnelle est observable et qu'il y a quelque chose à découvrir voire un réel intérêt dans l'activité en situation de travail. Ainsi « c'est dans le déroulement même des actions et des opérations quotidiennes, ordinaires ou exceptionnelles, que s'exprime et se réalise le travail, c'est-à-dire indissociablement la pensée et l'action » (Mayen, 2014).

Nous avons fait le choix d'être dans la dynamique de l'observation participante car elle « consiste à s'immerger dans un milieu de façon prolongée et à recueillir par l'observation, les rencontres, les entretiens, la participation aux activités, des données concernant la vie sociale du groupe étudié » (Chanlat, 2005, p. 166). Le chercheur peut ainsi « constater des faits, interagir avec les acteurs, conceptualiser en actes ». Il se dégage alors « un corpus original qu'aucune autre démarche ne peut faire émerger ». (Wacheux, 2005, p. 13). L'enquêteur établit un contact direct et une relation avec l'enquêté dans une co-construction de sens. L'engagement et l'implication débuté dans la phase de repérage se trouve ainsi renforcé. L'observation-participante « rapproche l'enquêteur de ses enquêtés, au double sens de rapprochement physique et d'identification réciproque ». Cette proximité demande

alors au chercheur de « mettre l'accent sur les nuances, les différences entre les individus, les tensions qui les tiraillent. » (Laude, Vignon & Waelli, 2012, p.66). Nous avons choisi d'être dans une certaine « implication maîtrisée » (Kohn, Negre, 1991). Pour cela, nous avons observé les situations qui s'animaient devant nous en préservant une distance et en limitant notre implication. Stratégiquement nous avons repéré l'emplacement le plus pertinent pour recueillir les informations, repérer les interactions, voir les échanges informels entre les participants.

Le temps d'observation permet de saisir ce que les CSF font réellement en situation de cours et ainsi de mettre en musique les propos tenus dans l'étape de repérage. « L'observation est un moyen de résister aux constructions discursives des acteurs sur leurs pratiques pour s'assurer de la réalité de ces pratiques » (Arborrio, Fournier, 1999). C'est un instant privilégié qui inscrit l'acteur dans le réel de son activité quotidienne. Ce moment précieux permet au chercheur de percevoir les tensions, les ressources, mais également de s'imprégner de l'ambiance de la salle de cours, de repérer les interactions verbales et non verbales, de palper le rythme de la séance, de mesurer les jeux de regard, les mimiques du professionnel et des étudiants. L'acteur est tourné vers la tâche à réaliser en poursuivant un but précis. Parallèlement, le CSF se trouve face aux situations habituelles de son exercice professionnel. Il agit et réagit dans un espace connu, dans son environnement de travail. Les situations qui vont se présenter à lui sont donc à la fois représentatives et emblématiques de sa pratique quotidienne. Il va côtoyer des événements, des aléas qui n'étaient pas forcément prévus en amont. Ces situations-problèmes vont l'amener à résoudre en action la problématique qui se présente à lui. Différentes ressources seront ainsi mobilisées et donneront des indices précieux au chercheur pour le questionnement et les échanges à venir. Mais dans le même temps ces situations sont pour le professionnel une « remarquable occasion d'apprentissage » (Pastré, 2006) et participent au développement de ses compétences en situation de travail.

L'observation est aussi l'occasion de vivre un moment commun dans le cadre de l'étude. Ce temps co-joint est d'une grande richesse et inscrit tous les participants dans une histoire commune. Dans toutes les observations nous avons pu constater que « ... La situation n'est pas artificielle, les observés ne sont pas arrachés à leurs activités... Ils continuent à vivre leurs problèmes et le tonus du groupe, les impératifs de la vie, seront en général rapidement plus forts que la gêne d'un regard indiscret. La présence de l'observateur peut sans doute exercer une influence plus ou moins perceptible sur les événements, mais la situation reste naturelle... » (Grawitz, 1993, p.702). Certes les premières minutes d'installation rappellent à tout le monde la présence d'un observateur mais l'intervention pédagogique reprend vite le dessus et les automatismes, la thématique du cours, le mode de relation entre les acteurs, la dynamique de groupe rythment rapidement la séance.

Par ailleurs, « distinguer posture de l'observateur et posture du praticien ne signifie pas pour autant ériger la première en point-de-vue détaché, transcendant les contingences du contexte : le savoir est toujours situé, l'observation est toujours une activité contextuelle, avec des effets de mise en perspective que cela entraîne » (Mesnier & Missotte, 2003, p.75). Ainsi, croiser les données collectées à la fois dans la phase de repérage et dans celle d'ancrage amène le chercheur à inscrire l'action dans un environnement précis en lien avec un acteur particulier. Ce dispositif favorise la prise de distance et inscrit l'investigateur dans une certaine neutralité pour mener l'analyse.

A chaque début de séance nous avons laissé le CSF s'installer et accueillir les étudiants en soins infirmiers. Nous avons attendu avec lui que tous les participants soient arrivés. Puis en quelques minutes nous nous sommes présentés et avons expliqué les raisons de notre présence. Dans presque tous les cas les apprenants nous ont questionnés sur la poursuite d'études et les alternatives qui s'offraient à eux après l'obtention de leur diplôme d'Etat et de leur grade licence. Ils ont spontanément proposé de faire « tourner » la caméra GO pro en mettant en avant que « *pour une fois c'était le prof qui allait être filmé* ». Nous avons accepté cette proposition en associant les apprenants à la collecte de données et en en faisant des alliés. Puis, ils nous ont inclus dans leur groupe en nous proposant une chaise au milieu d'eux. Ce dispositif a rapidement mis tout le monde à l'aise et le CSF a pu animer sa séance pédagogique comme il le souhaitait. Les étudiants sont restés à l'affût de tous les déplacements du CSF et ont décalé la caméra au rythme des échanges. Ils ont réalisé cela avec beaucoup de discrétion permettant à l'intervenant de rester concentré sur la tâche qu'il réalisait en oubliant totalement la caméra.

Pendant la séquence, nous sommes restés attentifs et à l'écoute de ce qui se vivait dans la situation. Nous avons écrit sur un « cahier vagabond » les différentes étapes de la séance afin de garder une trace chronologique du déroulement et favoriser l'intégration des événements. Nous avons pu matérialiser sur papier « *in situ* » le scénario qui se vivait et garder une trace précieuse pour relancer les débats à venir. Le fait de prendre des notes nous a permis aussi de faire figurer certaines énigmes liées à l'activité d'enseignement. Ces repères pris lors de la situation observée comportent des indications pouvant servir dans un second temps dans l'interprétation des données collectées. Nous nous sommes laissés surprendre par ce qui se vivait avec en mémoire les premières données collectées dans la phase de repérage. Nous étions ainsi dans l'opérationnalisation de l'action avec une recherche d'efficacité et d'efficience pour le moment présent. Ce temps a été cadencé par des périodes de questionnement, des instants de surprise que nous avons codifiés sur notre support afin d'alimenter la co-construction de sens à venir. Ce moment a été une opportunité

précieuse pour mettre en perspective les échanges et les commentaires lors de la séance de débriefing.

Lors de ces observations, des documents témoins ont été collectés (exemple : des trames d'observation distribuées aux ESI, des synthèses méthodologiques...). Ces supports pédagogiques distribués par le CSF lors de son intervention ont tous été élaborés en amont par ses soins et font partie intégrante de son enseignement.

Chaque situation observée a révélé des indices, mais aussi des énigmes qui demandaient à être objectivés. C'est pourquoi toutes les séances ont été enregistrées à l'aide d'une caméra vidéo numérique type GO-pro permettant dans un second temps de revenir sur les images et les échanges verbaux au moment de l'entretien d'auto-confrontation. Ce dispositif mis en place permet « aux sujets de transformer leur expérience vécue d'un objet en objet d'une nouvelle expérience vécue (Vygotsky, 1925), afin d'étudier le passage d'une activité dans l'autre » (Clot, 2004, p.7). Nous sommes ici dans une sorte de forme de « redoublement de l'expérience vécue » avec les entretiens d'auto-confrontation.

A la fin de l'intervention, certains d'étudiants sont venus discuter avec nous et ont abordé des thématiques très diverses liées à leur formation. Le CSF, lui, a eu besoin de nous livrer ses premières impressions et ressentis à chaud juste après l'action, soulevant parfois les prémices de certaines interrogations en lien avec des choix réalisés en situation.

Nous avons proposé au CSF de faire un retour réflexif en deux temps à l'issue de la séquence pédagogique. Tout d'abord un retour sans support faisant appel à la mémoire et aux souvenirs puis dans un second temps un retour de type auto-confrontation à partir d'un support visuel.

4.2.2. Le premier temps de retour d'activité en lien avec la séance pédagogique

Un des buts de l'échange est d'optimiser les modes opératoires de l'acteur en mobilisant son vécu en lien avec l'activité de travail observée. Le CSF expose son « point-de-vue » et les choix qu'il opère dans sa prise avec le réel lui demandant d'ajuster son action. Le dialogue commence la plupart du temps sur une description généraliste de la tâche et tout doucement au fil des mots les propos se personnalisent. Le professionnel commente le scénario interprété en donnant du sens aux choix réalisés. Il explicite ses décisions, ses préférences entraînant un réaménagement le plus souvent du protocole établi et de la ligne directrice élaborée. Ainsi le retour sur l'expérience met en évidence la complexité du réel et l'énoncé de certains compromis liés au travail. Parfois au détour d'une phrase, le CSF prend à témoin le chercheur, lui parle comme à un collègue se risquant au tutoiement. Nous avons préféré

laisser l'expression spontanée et n'avons pas souhaité interrompre la réflexion. Nous avons recentré les propos par une nouvelle question afin de ne pas venir interférer dans la construction de sens qui se mettait en place. Néanmoins, nous sommes restés vigilants afin de dépasser la description linéaire des événements, et d'entrer dans certains compromis et dilemmes liés à l'exercice. Il était important de dépasser les interprétations pour ne pas « rejeter dans le silence l'irréductible polyvalence et la polyphonie de l'activité réelle » (Clot, 1999, p.135). Malgré les sollicitations de certains professionnels, nous n'avons jamais donné notre avis sur l'activité réalisée mais plutôt renvoyé des questions accompagnant le cheminement et la réflexion. Dans ce temps privilégié, nous avons eu le sentiment de faire partie du paysage du professionnel. Nous n'étions plus dans un échange enquêteur et enquêté mais réellement dans une relation de questionnement et de construction professionnelle. L'explication des modes opératoires accompagne les différents partenaires de l'étude dans le dévoilement de la logique de l'action.

Les propos se sont accordés au rythme des idées. Des moments de pause, des temps de silence ont cadencé la réflexion. Nous avons respecté ces instants favorisant ainsi la construction d'un chemin de pensée en entraînant le narrateur dans la recherche de ses propres réponses. Ainsi, « le silence correspond...à des sentiments trop intenses pour être facilement exprimés dans des mots ; il ne signifie nullement que la personne décroche du sujet. » (Buckman, 1997, p. 45). Vu de l'extérieur nous pouvons penser que le silence interrompt le discours et rompt le cheminement. Mais au contraire il permet de conscientiser son action, de questionner sa pratique en mettant en discussion les traces du métier. En s'appuyant sur ses souvenirs du vécu, l'acteur mesure les écarts entre l'anticipation de la construction du dispositif pédagogique et sa mise en œuvre. Il met en lumière les particularités de l'action et les différentes phases qu'il a mobilisées. Il traduit en récit l'expérience vécue. Puis le « récit se structure en ordonnant les différents éléments rapportés dans une unité de signification, en passant du récit à l'intrigue.» (Vidal-Gomel, Fauquet-Alekhine & Guibert, 2011, p.128) Progressivement l'intrigue vient interroger plusieurs champs de ressources et de signification pour produire un savoir. Ces connaissances sont produites par l'acteur lui-même en lien avec son retour d'expériences de la situation vécue. Le sujet se trouve mis au cœur d'un dispositif d' « enquête apprenante » propice à son développement.

Le premier temps de retour réflexif s'est déroulé majoritairement 24 h après la réalisation de l'activité. Nous avons donc souhaité débiter l'entretien en faisant appel aux souvenirs afin que l'acteur se remémore d'une manière générale le déroulement de la séance d'une manière descriptive. Puis progressivement nous avons interrompu les discours pour faire

reformuler la personne et gagner en précision et en explicitation dans les choix opérés. L'utilisation de techniques de communication telle que l'écoute active ou l'entretien d'explicitation sont des outils visant la verbalisation de l'action et des connaissances qui la sous-tendent. Ils ont été mobilisés afin de guider notre manière de conduire les échanges. Ainsi, il était important pour établir un climat de confiance de respecter les propos de la personne et témoigner de l'importance que nous leur accordions. Quatre étapes ont donc rythmé les échanges :

- Un temps d'écoute
- Un temps de clarification avec des relances et des questions pour être dans le mode de pensée de l'acteur et ne pas être dans l'interprétation
- Un temps d'investigation pour clarifier la situation et les modes opératoires
- Un temps de reformulation pour accéder à la compréhension réelle mais également pour prendre du recul et valoriser les propos de l'interviewé.

Nous avons croisé ces quatre étapes de Rodgers avec les préceptes de l'entretien d'explicitation de Vermersch afin de faire de ce temps de retour d'activité un temps de décodage des spécificités de l'activité des CSF associé à un temps de formation pour eux. Ainsi le regard porté sur l'activité entraîne le professionnel dans une démarche de prise de recul. La verbalisation des ressources en lien avec les méthodes, les procédures et les connaissances mobilisées aide à la conscientisation de ses modes opératoires qui jusqu'alors restaient obscurs et peu visibles à l'acteur. L'entrée par l'activité permet une verbalisation de la tâche et entraîne les professionnels dans une analyse réflexive de leur pratique. Ils apprennent à se regarder travailler.

Nous prenons le temps de faire un arrêt sur ce dispositif car concrètement c'est l'orientation prise par le référentiel de formation infirmière de 2009 avec l'approche par les compétences. Les CSF accompagnent, guident les étudiants en soins infirmiers dans l'analyse des pratiques professionnelles, mais peu d'entre eux se sont prêtés à l'exercice. Majoritairement dans l'étude c'est la première fois qu'ils expérimentaient le dispositif.

4.2.3. La réalisation d'un schéma de la salle de cours et la confrontation avec la 1^{ère} réalisation

Nous avons pris le temps de conclure ce moment par la réalisation d'un nouveau dessin. Les CSF ont réalisé une représentation de la salle de cours en y faisant figurer les interactions avec les différents acteurs. Habitué à ce procédé, et surtout connaissant l'espace à dessiner ils se sont rapidement mis à l'œuvre. La réalisation est plus aisée que la première fois et les traits, flèches ou tentative de mouvement pour matérialiser les déplacements plus précis et détaillés. Nous avons ici quitté l'intention pédagogique décrite dans la phase anticipatrice et sommes entrés dans une figuration plus réaliste et concrète de la réalité vécue. Les

commentaires qui accompagnent les réalisations clarifient la vision de l'espace investi. Il est intéressant de noter ici que les représentations qui n'avaient pas d'étudiant se voient enrichies par la matérialisation de nouveaux acteurs.

Les propos se cristallisent majoritairement sur l'installation et les déplacements des CSF. Le dispositif pédagogique, l'animation de la séance occupent une place prépondérante dans les discours. Le lien avec la pratique infirmière antérieure de l'acteur est présent et suscite de nombreux commentaires.

Nous avons dans un second temps proposé à l'auteur de lui montrer la première œuvre réalisée sur la même thématique et d'exprimer à voix haute ses commentaires éventuels. Il est alors relevé les similitudes puis les étonnements ou écarts entre les deux créations. Certains CSF parlent de la méconnaissance au moment de la présentation du dispositif pédagogique de la salle de cours. D'autres trouvent que l'espace est trop petit et ne permet pas de réaliser l'animation souhaitée. Enfin sont évoquées des attitudes particulières d'étudiants qui ont surpris ou dérouté le professionnel entraînant un positionnement différent de celui souhaité en amont. Des CSF précisent qu'ils ont été surpris à l'arrivée en salle de cours par l'ambiance qui y régnait et donc se sont adaptés tout en ayant l'objectif visé par la séance comme fil conducteur.

Même si le temps consacré est plus court que l'expression verbale de la situation, cela reste un moment privilégié qui vient enrichir et compléter les discours tenus juste avant. La confrontation des deux schémas à partir des supports visuels vient matérialiser les propos et donne une image représentative de la vision du CSF.

Ce temps a été abrégé par l'envie de la majorité des CSF de voir les images de leur intervention.

4.2.4. L'entretien d'auto-confrontation simple avec le film

Les observations pratiquées informent et complètent l'activité étudiée. La capture des images en situation réelle constitue un matériel précieux à partir duquel l'acteur va pouvoir se regarder agir tout en commentant ses actions. En introduisant dans le dispositif de collecte de données un entretien d'auto-confrontation simple (Theureau, 1992), cela amène le chercheur à accéder au point de vue du professionnel. Les enregistrements permettent ainsi de reconstruire *a posteriori* et de manière chronologique le déroulement des différentes étapes de l'action. Le CSF est ainsi confronté aux « traces » de son activité et d'une certaine manière à une partie de « son activité réelle ». Le fait de se voir en action entraîne le professionnel dans une mise en mots de « ce qui s'est déjà passé et déjà fait ; ce qui justifie ce que l'on voit et ce qui doit advenir ensuite ; ce qui impose aux actes telles caractéristiques ; ce qui pourrait être fait autrement par d'autres ou par le sujet lui-même... » (Faïta & Saujat, 2010, p.55). Ainsi, le CSF explique sa vision de la situation, ce qui retient

son attention, la signification qu'il donne aux informations et aux interactions avec les étudiants. Les propos sont enregistrés en continu à l'aide de la Go-Pro avec la partie type « magnétophone ».

De son côté, le chercheur va essayer de recueillir un éclairage et des commentaires afin de préciser les choix concrétisés. Ainsi pour dégager la pensée dans l'action des CSF, nous avons posé des questions diverses du type : « qu'est-ce qui t'étonne ? C'est une notion que tu n'avais pas ? Pourquoi es-tu allée au tableau à ce moment-là ? Tu dis que tu sentais qu'il fallait faire comme ça ; tu peux développer cette idée ? Qu'est-ce qui vous surprend ? C'est la raison pour laquelle vous aviez laissé une place blanche au tableau ? ». En racontant, en montrant, en expliquant l'action, l'acteur s'imprègne et conscientise ses modes opératoires associés au déroulement de l'animation de cours. Le chercheur veille à ne pas rester dans les généralités et engage l'acteur dans une recherche de sens et de signification de ses actes.

Le matériel recueilli ici relève d'une co-construction. En effet le CSF va adresser son discours à destination du chercheur. Les mots utilisés, les remarques commentées, les questionnements soulevés sont certes en lien avec la situation filmée. Néanmoins, au moment de l'analyse des données, il ne faudra pas perdre de vue que les CSF s'adressent à un chercheur qui est issu du même monde professionnel qu'eux. Ils parlent à une personne qui connaît l'exercice et a déjà une appropriation du référentiel de formation. De même, c'est aussi un acteur qui a l'habitude d'être en contact avec des apprenants et qui a déjà construit des dispositifs pédagogiques.

Par ailleurs, notre objectif ici n'est pas seulement de recueillir des informations dont la personne peut témoigner mais aussi d'identifier « les événements subjectifs, les actes mentaux, les états internes » (Vermersch, 2013a) qui sont venus guider la personne en situation de travail. Nous n'avons pas souhaité faire de ce moment une simple description de l'activité et rester sur des données factuelles mais plutôt confronter la personne aux traces vidéo de son activité à des fins d'apprentissage. « L'acteur est mis, grâce à l'enregistrement vidéo, en position de développer sa réflexion située sur son activité » (Theureau, 2010, p.301). Il fallait laisser l'expression aux CSF afin de faire remonter à la mémoire les savoirs en actes, les choix professionnels, dégager les invariants de la situation tout en leur témoignant « que la minutie de l'observation de l'activité réalisée est un moyen d'accéder à l'activité réelle ». (Clot et al. 2000).

Nous avons volontairement choisi une autre forme de retour d'activité afin de croiser les données collectées à partir de supports différents. L'auto-confrontation à partir d'une vidéo est également une nouvelle expérience pour les CSF, qui leur fait percevoir d'une autre manière l'activité vécue. L'entretien d'auto-confrontation « offre au sujet une nouvelle entrée

dans l'action... qui ne contraint pas mais ouvre des possibles et permet au sujet de ne pas se sentir enfermé dans son activité initiale, il lui rend en quelque sorte du pouvoir d'action » (Beckers & Leroy, 2012, p.65).

C'est également pour nous l'occasion de les mettre face à un support la vidéo qu'ils utilisent facilement comme outil pédagogie auprès des étudiants en soins infirmiers sans s'y être prêté eux-mêmes. C'est indirectement aussi une façon de mesurer les enjeux de se retrouver face à une caméra et de se revoir en situation. A l'heure où les référentiels de formation et les textes législatifs préconisent l'outil simulation dans les formations en santé, à l'heure où certains instituts de formation s'équipent de caméra sans avoir mené de réflexion pédagogique préalable, c'était une manière par le biais de la recherche d'inscrire les CSF dans une démarche qu'ils utilisent pour les apprenants et d'en mesurer les effets à titre individuel.

Au moment du visionnage de la séquence filmée, nous avons pu retrouver majoritairement le même type d'attitude de la part des CSF. D'un côté il y a une impatience de se voir, de découvrir les étudiants et surtout de revenir sur des moments qui les ont interrogés en activité et d'un autre il y a un sentiment de peur, plus ou moins grand suivant les personnes, de se regarder pour la première fois en train de travailler. Parmi les quinze acteurs, certains professionnels ont déjà été sollicités pour des enquêtes ou des entretiens. En revanche, c'est la première fois qu'ils expérimentent la venue d'un observateur avec une caméra dans leur cours. Aucun n'a dû jusqu'alors commenter et expliciter à un tiers à partir d'images le choix de son animation de cours. Nous avons retenu deux situations d'acteurs (Eve et Marie) à titre d'exemple afin d'illustrer notre propos :

G3F3 : « *D'accord. J'ai vraiment hâte de me voir.*

Chercheuse : ***Vous avez hâte ?***

G3F3 : *Oui, parce que je ne me suis jamais vue en train de faire cours. Personne n'est jamais venu me filmer. C'est vraiment une première pour moi. Je trouve cela intéressant et je suis sûre que je vais apprendre des choses sur moi. Oui, c'est intéressant. » (E3-Eve-L.6-11) »*

C : « ***Voilà c'est parti...***

G5F1 : *Oui. (Regarde les images. Tps : 00.42) Quelle horreur... Je suis vraiment horrible... C'est terrible pour moi de me voir en image... Je vous l'avais dit mais c'est terrible.... (Rire)*

C : ***Qu'est-ce qui vous dérange ?***

G5F1 : *Je déteste me voir en images. Ce n'est pas propre à vous ou à l'activité que vous proposez mais je déteste. J'ai accepté de le faire car je trouvais votre démarche intéressante et j'avais envie d'essayer de me voir avec quelqu'un que je ne connais pas en me disant que si j'allais réussir à me voir. Mais c'est un réel effort que je fais... Mais je suis volontaire pour le faire... Il faut peut-être me laisser quelques minutes sans me poser de questions pour que je m'habitue à me voir et après cela ira mieux... Enfin j'espère... On peut essayer de faire ça » (E3-Marie-L.12-23)*

Sur l'ensemble du dispositif deux personnes ont éprouvé des difficultés à se regarder mais dans les deux cas elles se sont prêtées au jeu. Spontanément elles ont proposé des

aménagements du type : « **G5F1** : *Je préfère comme ça. Je regarde... J'arrête et je vous regarde pour parler avec vous de ce que je veux dire sur ce que je viens de regarder. (E3-Marie-L.26-27)* » Nous avons accepté les suggestions car elles n'entravaient pas la mise en commun des données collectées avec la démarche menée avec les autres collègues. De plus, il était important pour nous de rester dans un moment bienveillant et de co-construction.

Dans tous les cas dès les premières images projetées, les CSF ne font pas de commentaire et restent muets pendant environ 3 à 5 minutes. Les mots arrivent doucement et concernent essentiellement des caractéristiques personnelles, parfois les propos s'orientent rapidement sur la posture professionnelle. Par exemple avec Béatrice et Camille:

G5F2 : « *Je me lance tout de suite, c'est parti... J'interpelle vraiment les étudiants dès le début... Je ne pensais pas que j'allais si vite... (Regarde les images. Tps : 00.42) C'est bizarre de se voir... (Regarde les images. Tps : 1.22)...*

C : *Qu'est ce qui te surprend ?*

G5F2 : *J'arrête le film. Ce qui me surprend déjà c'est de me voir et surtout de m'entendre. Je ne pensais pas que j'avais cette voix là... Après je trouve que j'ai une posture qui me convient et qui correspond à ce que je veux impulser comme dynamique au T.D. Je trouve que je suis cohérente. Tu vois ce que je veux dire ? Je trouve que ça démarre bien. Je suis satisfaite. » (E3-Béatrice-L.9-17)*

G4F1 : « *Franchement c'est étrange de se voir... En plus je mange un chewingum... Ce n'est pas top... Je ne sais pas pourquoi je l'ai gardé mais bon ... Maintenant c'est fait... Oh, là, là en plus je joue avec mon stylo, je le tourne dans tous les sens... Je sais en me voyant que je bous à l'intérieur parce que ce n'est pas super ce qu'ils sont en train de me dire et de présenter... Je suis en train de me demander comment je vais bien pouvoir continuer avec eux et reprendre tout ce qu'ils viennent de dire... Je me dis que je ne peux pas tout laisser passer... » (E3-Camille-L.15-21)*

Par ces différents propos retranscrits, nous pouvons déjà mesurer l'impact pour l'acteur de se voir en situation. Les surprises s'orientent essentiellement dans un premier temps autour de la perception et des cinq sens en lien avec l'attitude retenue par le CSF. Les personnes parlent en « Je » et personnalisent leurs remarques en cohérence avec les images. Elles donnent à voir d'un moment personnel de leur vécu professionnel. Elles mettent en histoire ce moment de vie.

Nous avons fait le choix de confier les manettes du visionnage aux acteurs afin qu'ils régulent le déroulement des images. Ainsi de leur propre initiative, ils interrompent, ou pas, la vidéo pour faire leurs commentaires. Nous avons, comme le suggère Paul Vermersch, demandé l'accord à la personne avant de débiter afin de s'assurer que l'acteur était dans une disposition propice aux interactions avec les images et le chercheur. Les propos d'ouverture à l'échange se sont ainsi matérialisés par : « *Je te propose, quand tu es prête et si tu en es d'accord, de prendre le temps de revenir sur l'activité pédagogique que tu as*

réalisée en regardant le film. Je te propose de commencer et d'aller à ton rythme. Je te laisse maître des manettes. Tu arrêtes quand tu souhaites commenter les images qui vont se dérouler sous tes yeux. » Les CSF explicitent les images et donnent du sens au scénario qui se déroulent sous leurs yeux. Progressivement il y a une mise à distance du regard sur soi pour aller vers un descriptif de ses choix d'action. Les mots expriment les similitudes ou les modifications opérées par rapport à la trame pédagogique construite en amont. Les aléas sont repérés, les éléments déclencheurs sont précisés donnant au discours une signification singulière. L'acteur est en prise avec le réel, avec les événements spécifiques du contexte lui permettant de décrypter les différentes phases de sa démarche. Il y a de très rares retours en arrière sur les images ; le film se déroule au rythme des commentaires et des remarques de manière linéaire. En tant que chercheur, nous avons interrompu le discours dans un souci de clarification mais aussi de personnalisation des propos afin de permettre à la personne de rester concentrée sur son action et de ne pas tomber dans des généralités ou un discours attendu. Notre démarche était essentiellement compréhensive afin de préciser le point de vue, clarifier le choix, repérer l'élément déclencheur, identifier le raisonnement. C'est seulement dans un second temps que nous sommes revenus sur les dissonances, les moments de surprises, des besoins de clarification afin de ne pas interpréter et rester dans le schéma de pensée de l'acteur. Notre journal vagabond a été un outil précieux à ce moment de l'échange.

L'entretien se termine par le transfert des fichiers avec les films sur l'ordinateur du CSF. C'est un moment un peu particulier pour chacun. Symboliquement il représente une sorte de passage de flambeau entre l'enquêteur et l'enquêté. Il matérialise la fin des temps de rencontre en laissant une sorte de témoin pouvant être exploité au rythme et choix de l'acteur. Certains professionnels en profitent également pour réaliser une photocopie des dessins confectionnés dans les différents temps de restitution.

4.3. Des entretiens complémentaires

Au départ de la recherche, nous n'avions pas envisagé de faire des entretiens complémentaires. Avec l'évolution du contexte médico-social et l'universitarisation des formations paramédicales, notre changement de posture nous a conduits à enrichir notre réflexion et à nous tourner vers un autre public afin d'avoir des grilles de lecture complémentaires et d'envisager plus objectivement la construction d'un dispositif de formation pour les CSF. La formation de directeur des soins à l'EHESP a été une opportunité pour nous. Elle nous a permis, entre autres, de solliciter différents intervenants qui ont tous participé avec une certaine complicité à élucider certains aspects de notre questionnement. Leur vision et leur approche de la problématique ont apporté un éclairage et nous ont guidés

dans l'analyse de certaines données, notamment pour la phase de discussion. Nous avons réalisé autant d'entretiens que cela nous semblait pertinent. Les échanges sont d'une durée moyenne de 1 heure. Ils ont majoritairement été enregistrés avec l'accord des participants. Ceux qui n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement ont été accompagnés d'une prise de notes afin de pouvoir croiser les données collectées. Lorsque des propos seront énoncés dans la recherche, nous citerons la profession de la personne et utiliserons le genre masculin afin de préserver l'anonymat des interlocuteurs. (**Tableau 4**).

Thématique centrale	Entretiens réalisés
Compréhension des enjeux de l'universitarisation des formations paramédicales	<ul style="list-style-type: none"> - 2 rencontres avec des représentants ou porte-paroles de la mission Le Bouler - 3 entretiens en ARS avec des conseillères pédagogiques et/ou techniques de régions différentes - 1 rencontre avec un doyen - 2 entretiens avec des conseillers régionaux - 3 entretiens avec des responsables, ou leur représentant, d'association professionnelle spécifique aux professions et à la formation paramédicales (infirmières, CSF et DS) - 2 rencontres avec les responsables de la formation DS
Compréhension de la structuration de l'ingénierie de formation des CSF (actuelle et les perspectives d'évolution)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 entretiens avec des personnes ayant participé à la construction d'un scénario possible de réingénierie des CSF, présenté au ministère - 4 entretiens avec des formateurs en IFCS
Confrontation de certaines données collectées sur les spécificités de l'activité des CSF	<ul style="list-style-type: none"> - Avec des CSF : 10 entretiens avec des CSF d'IFSI différents - Avec des DSIF : 8 entretiens avec des DSIF d'IFSI de régions différentes - Avec des DSES : 5 entretiens avec des DSES de régions différentes

Tableau 4 : Les entretiens complémentaires

4.4. Notre posture de chercheur

Sur les différents temps de rencontre avec les CSF nous avons tenu à avoir une posture bienveillante, soucieuse du respect d'un cadre éthique. Il était donc essentiel pour nous d'instaurer une dynamique d'ouverture propice à des échanges constructifs. Ainsi comme peut le dire Bourdieu, la place de l'enquêteur est primordiale. Par sa compréhension qui «... s'exerce dans la manière, à la fois intelligible, rassurante et engageante de présenter l'entretien et le conduire, de faire en sorte que l'interrogation et la situation même aient un sens pour l'enquêté.... », en lien avec « la problématique proposée.... » (Bourdieu, 1993). Le climat instauré a permis l'expression de certains compromis dans le respect mutuel de chacun des participants. En se regardant travailler et en décrivant ses choix, la personne témoigne d'une implication que le chercheur se devait de respecter. L'approche qualitative

inscrit chacun dans une proximité forte avec le terrain. Le choix méthodologique d'entretiens, d'observations et de temps d'autoconfrontation entraîne tous les partenaires dans une recherche de sens. Ainsi, l'expérience vécue observée et relatée lors des différents temps de rencontre a demandé à l'enquêteur de prendre de la distance par rapport à sa propre pratique et de se recentrer sur les objectifs conduits par l'étude.

L'investigation a amené le chercheur à retourner plusieurs fois dans la même structure sur des périodes différentes. Chaque rencontre a été un moment unique de partage à la fois avec la personne interviewée mais également avec les autres membres de l'équipe. Les premiers déplacements se réalisent avec un caractère plus intimiste dans un certain anonymat. Puis petit à petit le chercheur commence à faire partie du paysage. Ainsi nous avons été sollicités sur des thématiques très différentes en lien avec l'actualité professionnelle et les évolutions de la formation. Notre venue était attendue. Pour respecter les temps de planification et les engagements pris avec chacun, nous avons dû parfois écourter les temps d'échange ou organiser des espaces de discussion en dehors des temps de l'étude. Certaines équipes nous accueillaient systématiquement autour d'un moment de convivialité. Ces instants privilégiés de partage ont enrichi notre perception de l'activité des CSF et sont venus apporter des grilles de lecture spécifiques à certains environnements de travail. En effet chaque contexte a une histoire singulière qu'il est nécessaire d'appréhender pour la mettre si nécessaire en corrélation avec certains propos ou décisions prises dans la construction du dispositif pédagogique. Ces moments de rencontres professionnelles témoignent à eux seuls du besoin de créer des espaces de parole entre pairs issus de structures différentes mais exerçant le même métier. C'est peut-être une marque de singularité de l'activité des CSF qui sera reprise au moment de l'analyse et croisée avec d'autres données.

La connaissance du milieu enquêté par le chercheur facilite la prise de contact avec les structures et légitimise les axes de l'investigation. Le fait de retenir des instituts de formation en soins infirmiers en dehors de notre périmètre d'exercice et avec des personnes inconnues par le chercheur rend la collecte de données et les échanges plus aisés. Au moment des rencontres nous découvrons que certains CSF ont lu nos écrits ou assisté à une de nos conférences ; ce qui a peut-être influencé la personne dans son choix de participer à la recherche. Mais en même temps, cet élément peut mettre l'investigateur à certains moments des entretiens dans une posture complexe. En effet les professionnels sollicitent parfois le chercheur pour obtenir une réponse à un questionnement ou avoir des pistes de solution pour résoudre une problématique pédagogique. Malgré la tentation de cheminer avec la personne, nous avons essayé de garder le fil conducteur et l'objectif visé guidé par nos hypothèses de travail.

Nous avons été surpris de la disponibilité et de la liberté de parole de chacun des CSF. Il est vrai que nous souhaitons donner une place privilégiée à chacun des acteurs en leur témoignant de l'importance et en leur montrant que leur parole singulière avait une valeur pour nous. C'est pourquoi « essayer de savoir ce que l'on fait, lorsqu'on instaure une relation d'entretien, c'est d'abord tenter de connaître les effets que l'on peut produire sans le savoir par cette sorte d'intrusion toujours un peu arbitraire qui est un principe de l'échange ». (Bourdieu, 1993, p.1392).

La démarche choisie est engageante, il était donc important de garantir la confidentialité et l'anonymat des matériaux recueillis puis exploités. Les modalités ont été précisées avec chaque personne. Pour rester fidèle à nos engagements, la retranscription des entretiens a nécessité dans certains cas le changement de noms. Nous travaillerons à partir d'extraits choisis en fonction de leur intérêt pour l'analyse.

De plus, mener une investigation demande de la rigueur dans la fiabilité des données collectées. Malgré une attention dans chaque temps de rencontre, nous sommes consciente que « la maîtrise des différentes techniques par le chercheur ne peut être parfaite ». Par ailleurs, nous savons que les « résultats ne s'articulent jamais idéalement à d'autres savoirs » et que l'on « ne retrouve jamais deux fois le même contexte, les mêmes enjeux et acteurs au même moment de leur histoire personnelle ». (Wacheux, 2005, p.15). C'est pourquoi nous resterons à la fois humbles et prudentes quant aux résultats et à l'analyse qui en sera faite dans les parties suivantes. Mais c'est également une des raisons qui justifie l'emploi de techniques différentes afin de croiser les données.

Globalement l'investigation menée à partir des temps de repérage et d'ancrage dans l'activité apporte un éclairage singulier pour chacune des activités pédagogiques. Ces deux temps permettent de donner du sens au récit exprimé et à l'action qui se vit. L'analyse du travail se trouve ainsi enrichie.

5. La nécessité d'une approche rigoureuse pour préparer l'analyse

5.1. La retranscription des entretiens

Nous avons fait le choix de retranscrire intégralement et d'encoder nous-même l'ensemble des différents entretiens sans utiliser de logiciel spécialisé. Certes ce dispositif a demandé un investissement temps important (405 heures environ), mais il nous a permis une appropriation du chemin de pensée de chaque acteur. Nous avons ainsi pris le temps de

transcrire toutes les expressions, les répétitions, les moments de doute et de silence, les hésitations qui témoignent du raisonnement de l'acteur. Nous sommes restées fidèles aux termes utilisés sans utiliser de conventions de transcriptions du français parlé. Nous avons matérialisé les moments de pause par des points de suspension et parfois précisé une indication pour la durée du silence (nombre de secondes entre parenthèses).

Nous avons pu repérer, avant même le début de l'analyse, des zones de doute, de questionnement, mais aussi de cheminement et de développement d'espace d'apprentissage. Ce moment du passage à l'écrit permet d'objectiver le discours et d'inscrire sur une page les traces des temps de rencontre.

Puis, nous avons construit des tableaux d'analyse et de synthèse en lien avec les démarches et les thématiques retenues dans le cadre conceptuel pour structurer l'analyse et croiser les données. La richesse du matériel recueilli montre de la part des interviewés un engagement et un souci de montrer les spécificités de leur activité. Tel un artiste ou un orpailleur nous avons commencé à structurer notre réflexion autour des richesses dévoilées et des pépites découvertes dans chacun des récits.

Le classement des entretiens a été source de questionnement. En effet nous avons débuté notre analyse en regroupant les CSF par structure pensant qu'il y aurait des particularités contextuelles qui viendraient peut-être impacter l'analyse des données. Certes, dans quelques situations sur des moments précis, nous avons retrouvé des éléments significatifs notamment en lien avec le type de management réalisé par le directeur des soins venant influencer fortement certains choix de l'acteur. En revanche ce dispositif ne mettait pas en lumière les spécificités de l'exercice professionnel des CSF. Nous avons donc opté pour une structuration autour du parcours et de l'ancienneté dans la fonction.

La lettre G représente la structure d'appartenance, le groupe d'origine structurelle. L'institut de formation en soins infirmiers n°1 prendra l'appellation G1 et ainsi de suite. Les CSF sont regroupés en fonction des trois profils ciblés (**Tableau 5**) à savoir :

Titre	Profil
F1	Les CSF ayant une expérience inférieure à 6 ans en IFSI
F2	Les CSF ayant une expérience supérieure à 6 ans en IFSI
F3	Les CSF ayant une expérience de CS en unité de soins avant de venir en IFSI

Tableau 5 : Les profils des CSF

En croisant ces deux paramètres (**Tableau 6**) nous retrouvons ainsi :

Structure d'appartenance	Titre	Profil
G1	F1	Les CSF ayant une expérience inférieure à 6 ans en IFSI
G2	F1	
G3	F1	
G4	F1	
G5	F1	
G1	F2	Les CSF ayant une expérience supérieure à 6 ans en IFSI
G2	F2	
G3	F2	
G4	F2	
G5	F2	
G1	F3	Les CSF ayant une expérience de CS en unité de soins avant de venir en IFSI
G2	F3	
G3	F3	
G4	F3	
G5	F3	

Tableau 6 : Les entités d'appartenance

De plus chaque phase de la recherche (**Tableau 7**) c'est vu attribuer une lettre

Lettre	Phase de la recherche
TA	Phase de repérage : La description du dispositif pédagogique (E1)
TB	Phase d'ancrage : Retour d'activité en lien avec la séance pédagogique (E2)
TF	Phase d'ancrage : Entretien d'auto-confrontation simple avec le film (E3)
DTA	Phase de repérage : Réalisation des deux dessins (E1)
DTB	Phase d'ancrage : Réalisation du dessin (E2)
DTC	Phase d'ancrage : Confrontation des deux dessins de la salle de cours (E2)

Tableau 7 : La codification des entretiens de recherche

Les verbatim de chaque entretien sont structurés dans un tableau reprenant : le temps d'écoulement des minutes d'échange et la numérotation des lignes des verbatim. Dans la phase d'analyse de notre étude les propos seront donc identifiés de la manière suivante : par exemple pour le CSF de la première structure sur l'entretien semi-directif précisant la description du dispositif pédagogique nous aurons : le temps de l'entretien (E1, E2 ou E3), le nom de l'acteur (Justine) et enfin la ou les lignes du propos. (E1-Justine-L.12-20)

5.2. Un imprévu dans la recherche

Les obligations professionnelles nous ont conduits indirectement à prendre de la distance par rapport au matériau collecté. Une phase de réappropriation nous a donc été nécessaire. Nous avons alors choisi de revenir aux entretiens des 15 CSF par le biais de l'attention flottante « une méthode de traitement du matériel [qui] consiste [...] à tout lire, de manière continue, en s'interdisant de prendre aucune note, de souligner quoi que ce soit » (Dumez,

2013a, p.70) afin de nous laisser imprégner par les propos des acteurs. Ce temps d'assimilation nous a permis de reprendre contact avec les données. Nous avons consigné dans un document nos questionnements et réflexions qui ont ensuite guidé nos rencontres lors des entretiens complémentaires avec les experts.

A ce moment de l'étude nous avons changé de posture professionnelle. La lecture sous forme d'attention flottante nous a amené à porter un nouveau regard sur les situations rencontrées en gagnant dans une certaine objectivité de l'analyse des paramètres.

6. Le traitement des données

6.1. L'émergence des axes d'analyse

Analyser les propos recueillis par entretiens, par dessins ou par vidéos demande de s'interroger sur la manière de traiter les données. Nous avons tout d'abord élaboré différents scénarios, construits différents graphiques et tableaux et sommes parfois resté perplexe sur la manière de rendre intelligible la retranscription et l'analyse des données. Nous nous sommes demandé « comment peut-on établir des conclusions fiables à partir de données qualitatives ? Quelles méthodes d'analyse peut-on utiliser qui soient à la fois pratiques, communicables et objectives, bref scientifiques dans le meilleur sens du terme ? » (Huberman & Miles, 1991, p.21 cités par Paquay, Crahay, & De Ketele, 2006, p.14). Nous sommes donc repartis du cadre conceptuel et des hypothèses de travail et avons structuré le corpus de données pour construire notre analyse.

L'analyse se base sur une méthode classique de l'analyse qualitative ainsi qu'une analyse thématique. Celle-ci débute par un processus inductif d'immersion dans la lecture des entretiens et le décryptage des dessins. « L'analyse qualitative est une approche du matériau empirique traversé par une volonté de compréhension. Comprendre c'est bien sûr d'abord entendre mais c'est aussi faire du sens, accéder à l'intelligibilité du discours, des expériences et des pratiques ». (Paille & Mucchielli, 2003, p.182)

Chacun des entretiens est lu à plusieurs reprises afin de dégager l'essentiel de ses messages. Le but est de mettre en évidence les éléments principaux des différents discours et en dégager un sens. Il est vrai qu'un « projet de compréhension n'est jamais neutre, désintéressé et impersonnel. On assiste donc à une rencontre complexe, dont la description ne peut être que circulaire et la compréhension circonstanciée. Le sens est au cœur de toute analyse qualitative : on l'y cherche, on l'aperçoit, on le découvre ou on le façonne, on le transforme, l'intériorise, le communique (Paille & Mucchielli, 2003, p. 25).

Puis des liens transversaux sont établis grâce à des regroupements, ce qui permet de faire apparaître les axes principaux relevés par les professionnels. Les tendances qui émergent permettent d'organiser les orientations en lien avec l'analyse. Quatre dispositifs ont ainsi été mis en œuvre :

- une approche thématique
- le repérage des normes, des débats de normes et des dilemmes dans l'activité
- les marqueurs des ingrédients de la compétence
- le parcours d'action.

6.1.1. Une approche thématique

En reprenant nos axes de recherche, nous avons identifié 5 catégories regroupées en 13 thématiques pouvant permettre le traitement des données (**tableau 8**). Les catégories servent de guide au découpage des entretiens. Néanmoins parfois pour ne pas perdre le chemin de pensée de l'acteur, nous n'avons pas séquencé le propos et l'avons inscrit dans deux thématiques différentes afin de garder de la clarté.

Catégories	Thématique	Raison du choix
L'analyse du dispositif (construction/choix/ressources)	Lien avec l'environnement de travail (facteur extérieur)	Impact de l'environnement de travail
	Lien avec le dispositif pédagogique (formateur)	Éléments fédérateurs dans la construction du dispositif pédagogique
L'analyse de l'activité des CSF (raisonnement/valeur/dilemme/place de l'alternance intégrative)	Lien avec les codes prescrits de la profession IDE/référentiels (travail prescrit)	Place des procédures et des normes
	Lien avec la relation pédagogique (formateur)	Place accordée à l'étudiant de la phase de conception du dispositif à sa mise en œuvre
	Lien avec la construction identitaire de l'étudiant	
	Lien avec le collectif de travail	Place du collectif de travail dans la prise de décision
L'analyse de la transmission des codes du métier (pratiques de soins/posture professionnelle)	Lien avec l'exercice infirmier/le métier IDE	Place du raisonnement clinique infirmier
	Lien avec le parcours professionnel du formateur (individuel)	Place de la pratique professionnelle du CSF dans la prise de décision et dans la construction du dispositif pédagogique
L'analyse du développement de ses compétences (analyse de ses pratiques professionnelles)	Lien avec le parcours de développement personnel du formateur (individuel)	Inscription du CSF dans une posture réflexive
	Lien avec l'analyse et l'évolution des pratiques du formateur (individuel)	
	Zone d'incertitude du formateur (individuel)	
Représentation de leur activité	Rôle du formateur côté étudiants	Représentation de son rôle de CSF
	Rôle du formateur côté professionnels	

Tableau 8 : Traitement des données par thématiques

Ces thématiques ont été enrichies dans un second temps par des sous-items issus de l'encodage des entretiens favorisant le découpage et la structuration des verbatim. (**Annexe 7**) Ces sous-parties permettent une meilleure lisibilité des verbatim autour d'items plus précis. Dans la majorité des cas, ce sont des mots ou des idées-clés qui ont guidé le choix des catégories. En effet, parfois le même propos aurait pu être inscrit à plusieurs endroits.

Au moment du décodage des verbatim, plusieurs CSF évoquent l'impact du chercheur ou des outils choisis pour collecter les données (dessin, film). Nous avons donc extrait ses indices pour les analyser dans un second temps autour des thématiques suivantes (**Tableau 9**).

Thématiques
Place du chercheur
Réflexion sur le dessin
Questionnement
Impression sur le film

Tableau 9 : Thématiques liées au chercheur et aux outils de l'étude

6.1.2. Le repérage des normes, les débats de normes et les dilemmes dans l'activité

Etre en action, comme dans une situation de travail, demande des compromis. Ainsi « l'être humain a besoin d'entrer en « débat » avec les normes qui font systèmes, autour de lui et en lui » (Durrive, 2015, p. 67) pour se professionnaliser et donner un certain sens à son activité. C'est une des raisons pour lesquelles « la norme a besoin d'être intériorisée pour devenir structurante » (Durrive, 2015, p.22). De plus un des principes de la démarche ergologique est l'activité humaine. Or « celle-ci est toujours en train, dans un milieu donné, de négocier des normes. Il s'agit des normes préalables à l'activité elle-même : l'activité négocie ces normes en fonction de ce que sont les siennes propres. Quelle que soit la situation, il y a toujours une négociation qui s'instaure. Et chaque être humain – et notamment chaque être humain au travail – essaie plus ou moins [...] de recomposer un peu le milieu de travail en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il souhaiterait que soit l'univers qui l'entoure. » (Schwartz, 2003, p.13). Dans l'exercice professionnel des soignants mais aussi des cadres de santé formateurs, la notion de norme occupe une place prépondérante. Les procédures, les règles de bonnes pratiques font partie intégrante de l'exercice infirmier et amènent souvent les professionnels à s'interroger sur l'adéquation entre ce qui fait la règle et son application en lien avec la singularité d'un usager. Au moment de la construction des outils d'analyse, nous

nous sommes demandé si cette spécificité de l'exercice professionnel antérieur viendrait impacter l'activité de formation et ceci aussi bien dans la phase de construction du dispositif que dans la phase de réalisation. Est-ce-que les CSF « jouent » d'une certaine manière avec la norme définie dans un référentiel et comment se l'approprient-il ? Comment les CSF transmettent-ils aux étudiants en soins infirmiers ces règles de bonnes pratiques ? Comment le décodage et l'analyse des pratiques professionnelles des infirmières sont-ils accompagnés auprès des apprenants ? Y-a-t-il une certaine « conformité » à la norme ? Comment les CSF actualisent la norme et la « renormalise » pour ensuite se l'approprier dans leur activité de travail quotidien.

Pour chaque entretien, nous avons identifié les espaces en lien avec la notion de norme mais aussi ceux qui engendraient une renormalisation avec l'expression de certains dilemmes pour l'acteur. Nous avons essayé de repérer, quand cela était possible, si la description du dispositif pédagogique faisait sens pour l'acteur et s'il était en cohérence avec son système de valeurs. A travers les verbatim, nous avons identifié les éléments qui venaient influencer ou au contraire appuyer une certaine « conformité » avec la norme et comment elle s'exprime au quotidien.

Par exemple avec G3F1 sur le temps 2.

Repérage de manque //au référentiel de formation	961	C : Vous adaptez le référentiel ?
	962 963	G3F1 : Je ne sais pas si je peux dire cela mais vous connaissez le métier et vous savez bien que le référentiel est imparfait et qu'il manque beaucoup de choses.
	964	C : Oui d'accord.
Collectif de travail	965 966	G3F1 : Après c'est un choix d'équipe. Je ne fais pas cela toute seule dans mon coin. Je présente mon projet, on en discute et ensuite il est validé.
	967	C : Un choix d'équipe ?
Adaptation + Validation du collectif	968 969 970 971 972	G3F1 : Pour la démarche éthique par exemple j'ai tout revu le projet depuis l'année dernière car au bilan les étudiants disaient que ce n'était pas assez pratique et proche de la réalité professionnelle. Donc j'ai changé certains points et nous en avons discuté en équipe pour regarder la cohérence avec le reste du dispositif. Voilà...

Ou encore avec G1F3 sur le temps 1

Adaptation du soin à une personne	<p>456 G1F3 : ... Donc voilà, c'est ça qui me semble important. Ensuite de justement... Justement le cœur de métier c'est l'adaptation à la personne. Mais plus précisément à cette personne-là. On ne donne pas des soins standards, mais des soins personnalisés et adapter à une personne précise. Pour moi c'est ça. C'est pourquoi cela fait beaucoup écho avec la formation et la fonction de formateur. Enfin moi je me retrouve pleinement dans les métiers de l'humain parce que s'est s'adapté à la personne qui est en face de soi. Les futurs soignants face à la personne soignée et moi face aux apprenants. C'est un tout. Mais ça c'est très difficile à faire passer... Surtout dans la conjoncture actuelle ou l'on voudrait que tout le monde rentre dans une case pour pouvoir appliquer la procédure. Malheureusement ce n'est pas si simple et tout le monde ne peut pas rentrer dans la procédure il y a des cas uniques. Mais voilà c'est cette idée-là. Voilà.</p>
Adaptation et procédure	<p>466</p>

Nous avons ensuite constitué « **un schéma de l'expression du point de vue de l'acteur** » en identifiant la phase de repérage, d'ancrage et d'autoconfrontation notamment pour l'analyse des dessins de la salle de cours. La structuration des propos sous cette forme permet de voir le cheminement de l'acteur sur une thématique spécifique.

6.1.3. Les marqueurs des ingrédients de la compétence

Comme le stipule Yves Schwartz : « l'idée de lister, de mettre sur un même plan tout ce qui constitue la compétence me paraît totalement absurde. Mais évaluer n'est pas absurde, même si c'est toujours un à peu près.... On n'arrivera jamais à objectiver la compétence. Mais s'y essayer me paraît normal...parce que tout le monde évalue. » (Schwartz, 2003, p.217). C'est dans cette dynamique que nous avons construit ce support et collecté les indices issus des verbatim. Les six ingrédients de la compétence caractérisée par Yves Schwartz sont recensés et répertoriés à partir d'un guide. (**Tableau 10**).

Tableau 10 : Guide des six ingrédients de la compétence

Ingrédients de la compétence	Critères des Ingrédients
Ingrédient 1 (i1) Appropriation des concepts. Abstraction de ce que l'on pense de la question. « Discipline du concept » <i>Relative maîtrise des protocoles dans une situation de travail</i>	Personne capable d'énoncer les savoirs qui sont en lien avec les procédures à appliquer Savoirs scientifiques, technique
	Habilité à manipuler les connaissances relatives à la situation de travail
	Procédure d'évaluation facile à mettre en place au regard de l'aspect protocole
Ingrédient 2 (i2) Histoire de la situation de travail (grâce à l'expérience antérieure d'une situation similaire) <i>Relative incorporation de l'historique d'une</i>	Manière dont la personne va agir au regard des modifications qu'il a opéré sur son poste en tenant compte de ses choix + collectif de travail
	Capacité à prendre des décisions

<p><i>situation de travail</i></p> <p><i>Corps-soi : la mise en histoire passe par les rapports humains, par le sensoriel, par la mémoire</i></p> <p><i>Mise en patrimoine</i></p>	<p>Capacité à anticiper un problème, des aléas</p>
<p>Ingrédient 3 (i3)</p> <p>Dialectique entre I1 et I2</p> <p>Dialectique entre aspect protocolaire et l'aspect singulier de la situation</p> <p>Connaissance générale adaptée à une situation ou une personne</p> <p><i>La capacité à articuler le versant protocolaire et e versant singulier d'une situation de travail</i></p>	<p>Mise en contact nome avec la situation qui se vit</p> <p>Connaissance théorique + situation ou cas d'une personne réelle</p> <p>Importance que les choix réalisés viennent répondre exactement aux demandes de l'action</p> <p>Trouver la bonne réponse au bon moment</p>
<p>Ingrédient 4 (i4)</p> <p>Lien avec les valeurs</p> <p><i>Le débat de valeurs lié au débat de normes, celles imposées et celles instituées dans l'activité</i></p>	<p>Personne fait une tâche... gère la situation qui se présente, elle se confronte à des choix, des arbitrages... valeurs en lien avec la procédure + resingularisation</p> <p>Personne obligé de réaliser un certain nombre d'objectif qu'elle partage ou pas avec l'institution</p> <p>Arbitrage permanent entre l'usage de soi « par-soi » et l'usage de soi « par les autres »</p> <p>Dialogue entre dynamique et contrainte du milieu de travail</p> <p>Dialogue entre ses normes de vie, et le milieu de travail</p> <p>Le milieu devient son milieu</p>
<p>Ingrédient 5 (i5)</p> <p>Ressources propres de la personne</p>	<p>Identification des ressources qui permet d'être efficace dans son travail</p> <p>Mobilisation des 4 premiers ingrédients</p>
<p>Ingrédient 6 (i6)</p> <p>Dimension collective du travail</p>	<p>Impact des équipes de travail</p> <p>Capacité à travailler avec les autres</p> <p>Savoir reconnaître les potentialités de ses collègues</p> <p>Relier à une histoire singulière pour travailler ensemble</p>

Ce guide a été mobilisé lors du décryptage de chaque temps d'entretien. Il a été identifié dans les propos des acteurs des indices en faveur des éléments d'un ingrédient de compétence. Nous avons notifié pour chaque verbatim idée par idée l'ingrédient concerné.

La compétence est un tout qui s'exprime en l'action. C'est pourquoi nous n'avons pas souhaité décomposer chaque signe en faveur d'un ingrédient. Nous avons envisagé plutôt un traitement des données autour d'une certaine globalité. Cela nous a permis d'identifier certaines corrélations avec l'un ou l'autre indicateur propre à chaque acteur.

6.1.4. Le schéma des raisonnements de l'acteur

Les outils élaborés par la didactique professionnelle permettent d'identifier les points-clés de l'activité professionnelle. Celle-ci se décompose en invariants opératoires, en règles d'action

pour atteindre un but précis. Certaines étapes de l'activité requièrent une attention particulière qui demande alors le déploiement d'apprentissages spécifiques. L'agencement des différents éléments engendre une sorte de réseau conceptuel révélant une activité caractéristique en lien avec l'agir de l'acteur.

Nous avons donc analysé nos entretiens à partir du guide suivant. (**Figure 10**)



Figure 10 : Trame du schéma des raisonnements de l'acteur

Plusieurs thématiques ont été identifiées mettant en évidence les interrelations entre les activités. Nous avons ensuite complété notre regard en l'associant au parcours d'action.

6.1.5. Le parcours d'action

Pour ce dernier support, nous nous sommes inspirés de la proposition de Mariachiara Pacquola, Bruno Pacquola et Giuseppe Rizzi (2013, p.48) afin de dégager le procès des interventions des CSF. Ce dispositif « n'est pas linéaire, mais plutôt circulaire : le travail réel est une alternance continue de diagnostic, élaboration d'une stratégie, solution de problèmes et contrôle des résultats. » Ainsi, en situation de travail, le cadre de santé formateur pose un premier diagnostic en identifiant des indices révélateurs, pour lui, demandant des actions correctives et une intervention de sa part. Il réajuste son action en agissant et en modifiant le schéma initialement construit. Le sens de l'observation, la mobilisation de ses cinq sens, sa perception du contexte sont autant d'indicateurs qui vont venir influencer sa manière d'agir. Nous avons fait quelques ajustements par rapport à la trame (**Tableau 11**) initialement proposée afin d'établir des corrélations et éviter les redondances dans les items.

Parcours d'action du CSF en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir. J'agis	J'ai résolu le problème quand

Tableau 11 : Le parcours d'action

Afin de suivre le chemin de pensée de l'acteur, nous avons tissé des liens et matérialisé l'évolution du discours quand cela nous semblait nécessaire.

Ce découpage nous a permis d'identifier les stratégies d'action mises en œuvre par l'acteur mais également de dégager les concepts organisateurs de l'action.

La fréquence des tâches réalisées, unicité ou redondance, associée aux actions entreprises, permet de dégager la structure conceptuelle de la situation en énonçant les variables et les indicateurs entraînant la prise de décision comme nous le verrons dans l'analyse.

L'analyse des données issue du schéma des raisonnements de l'acteur et du parcours d'action a permis d'identifier la structure conceptuelle.

6.1.6. De la logique individuelle à la logique collective

Le cheminement individuel a été privilégié dans un premier temps afin de faire ressortir les spécificités de chaque acteur.

Nous avons encodé ainsi le temps TA, puis TB, puis TF. Nous avons tenu à traiter séparément les verbatim issus des trois représentations graphiques ainsi que les centres d'intérêts des CSF afin de faciliter l'exploitation dans un second temps. Grâce à l'outil informatique, nous avons réalisé un fichier spécifique regroupant par CSF l'ensemble des verbatim traités par thématiques.

Dans un deuxième temps nous avons structuré la réflexion autour d'une logique collective en lien avec les trois entités des CSF. Ainsi sur chaque temps de l'étude nous avons réalisé un fichier reprenant tous les verbatim d'une même typologie d'acteurs. (Exemple : TA, tous les verbatim par thématiques des CSF F1, sur le TB, tous les verbatim par thématiques des CSF F2...)

Les deux logiques ne mettent pas en évidence les mêmes caractéristiques. Dans le premier cas, nous sommes centrés sur l'acteur aux prises avec ses choix en action. Nous percevons alors les dilemmes, les facteurs qui influencent et guident les choix, les évolutions dans les représentations et dans l'analyse des pratiques professionnelles. Dans le second cas, nous abordons les modes opératoires qui structurent collégialement les modes de fonctionnement et qui permettent d'identifier la structure conceptuelle de la situation. Les deux approches sont complémentaires et donnent à voir des spécificités en situation de travail. L'ensemble des propos se trouve dans les tomes 2A, 2B, 2C et 2D.

Au vu du matériel recueilli, il nous semble plus judicieux d'organiser la restitution autour de quatre axes en lien avec les hypothèses et les objectifs identifiés. Nous avons traité le matériel autour du croisement entre une approche singulière et une vision plus systémique et collective.

Conclusion du chapitre 7 et de la partie 3

Cette troisième partie a présenté les aspects méthodologiques de la thèse. Nous avons donc explicité ces choix afin de matérialiser notre objet d'étude. Nous avons précisé le déroulement de la recherche dans les quatre étapes des rencontres. Nous avons ensuite précisé les instruments d'investigation retenus.

Notre étude nous a amenés à produire des données grâce à la réalisation d'entretiens, d'observations et d'autoconfrontations à partir de la confection de dessins ou encore l'auto-visionnage du film de l'activité pédagogique de l'acteur.

Pour ce faire, nous avons rencontré quinze cadres de santé formateurs issus de cinq instituts de formation en soins infirmiers de régions différentes. Quatre temps distincts ont été matérialisés afin d'identifier les spécificités de l'activité des CSF. En parallèle nous avons interviewé des acteurs nationaux du monde de la santé et de la formation afin d'enrichir notre champ d'analyse.

Les choix méthodologiques de traitement et d'analyse des données recueillies ont été explicités. Ainsi, les outils de la didactique professionnelle et de l'ergologie ont servi de fil conducteur à la structuration des propos et à l'exploitation des données.

L'analyse de contenu a permis de dégager des éléments spécifiques à l'activité des CSF. Nous avons pu ainsi enrichir, contextualiser et caractériser l'objet de notre recherche en nuancant parfois le modèle théorique.

Dans la partie suivante nous allons présenter et discuter les résultats produits en les illustrant des verbatim du corpus de données.

PARTIE 4 :

Quand les points de vue de chacun s'expriment

Chapitre 8 : Les caractéristiques de l'activité des CSF

Chapitre 9 : Le raisonnement clinique « pédagogique » mis en
action

Chapitre 10 : Mise en perspective des résultats

Introduction de la partie 4 :

Dans cette quatrième partie, nous avons voulu allier le point de vue général de l'activité mais aussi laisser une place au point-de-vue singulier des acteurs. En effet, lors des rencontres successives avec les cadres de santé, ceux-ci nous ont livré leurs visions et leurs interprétations de leur agir professionnel. Comme nous l'avons énoncé dans la partie 2, c'est vraiment au cœur des situations quotidiennes que l'activité est ancrée avec l'histoire et le parcours individuel de chacun des acteurs. Chaque moment est singulier et c'est une richesse que nous souhaitons ne pas perdre tout en gardant à l'esprit qu'il faudrait à un moment donné « généraliser » cette « singularité ». Mais laisser une place à l'expression des points de vue de chacun était essentiel pour nous.

Les résultats de notre enquête seront présentés au travers du prisme de nos hypothèses. Suivant les thématiques et les réponses des acteurs nous ne séparerons pas forcément les éléments de réponse et garderons une vision systémique. Par ailleurs l'analyse des données nous a amené à regrouper certaines questions pour en faciliter le traitement et la restitution.

Cette quatrième partie se composera de trois chapitres. Le **chapitre 8** présentera les caractéristiques de l'activité des CSF grâce à l'analyse du matériau empirique. Nous aborderons quatre thématiques autour du rôle du CSF, de la vision du dispositif de formation, des ressources mobilisées pour mener l'action et enfin le lien qui est établi avec l'exercice du métier infirmier. Nous illustrerons nos propos à partir de nombreux verbatim mais également des outils utilisés pour l'analyse des données. Nous pensons ici tout particulièrement aux schémas des points-de-vue de l'acteur, aux parcours d'action et aux schémas des raisonnements. Nous concluons ce chapitre en proposant une ossature de la structure conceptuelle de l'activité des CSF.

Le **chapitre 9** reviendra sur le raisonnement clinique « pédagogique » mis en action par les CSF. Il est composé de quatre éléments de présentation qui caractérisent l'activité des cadres de santé formateurs au regard du cadre conceptuel mobilisé dans la partie 2. Un retour sur les hypothèses de travail finalise ce chapitre avec, notamment, l'identification d'un cinquième concept organisateur de la situation et une proposition d'évolution du cadre de notre étude grâce aux apports du terrain.

Le **chapitre 10** s'attarde à inscrire les résultats de l'étude dans les perspectives des enjeux actuels. Il est composé de trois parties. Tout d'abord l'axe pédagogique reprend les

paramètres permettant d'inscrire l'étudiant en soins infirmiers dans un parcours de professionnalisation. Le concept de situation professionnelle authentique est mobilisé. Il est appréhendé comme le lieu privilégié permettant l'acquisition de connaissances, la mise en lumière des ressources de l'apprenant ainsi que l'émergence de compétences professionnelles. La deuxième partie questionne la dimension universitaire et le processus d'universitarisation des professions en santé et tout particulièrement des cadres de santé formateurs. Enfin la dernière partie appréhende la posture managériale d'un directeur des soins pour faire des situations de travail des situations avec un potentiel d'apprentissage.

Chapitre 8 : Les caractéristiques de l'activité des Cadres de santé formateurs

*«L'identification des traces empiriques de réélaboration des habitudes mentales d'un acteur à l'occasion de son action, permet selon nous de produire des repères particulièrement utiles et féconds à la compréhension plus générale des situations au sein desquelles un adulte parvient à se « former » et « apprendre » de la situation et de la rencontre avec d'autres sujets. »
(Thievenaz, 2012, p.26)*

Chapitre 8 : Les caractéristiques de l'activité des cadres de santé formateurs

Dans ce chapitre, nous nous attarderons sur les différents aspects qui caractérisent l'activité des cadres de santé formateurs, d'un point de vue général tout d'abord ; en prenant appui sur les verbatim recueillis dans la phase de repérage et d'ancrage, nous croiserons certaines données pour enrichir les propos des acteurs en alliant l'expression émanant du discours spontané et celui émanant des représentations graphiques.

Dans un second temps, nous dégagerons la structure conceptuelle issue de l'analyse de l'activité des CSF.

1. Regard sur son rôle de cadre de santé formateur

En analysant les verbatim issus à la fois du centre d'intérêt et de la perception de son rôle de cadre de santé formateur, verbalisé dans le discours et lors de la réalisation du dessin, trois axes se dégagent.

Le premier fait référence à l'importance de la construction d'une ingénierie pédagogique répondant à la fois aux normes définies dans le référentiel de formation et au projet pédagogique. Les savoirs du métier sont mobilisés pour élaborer l'architecture des apprentissages indispensables pour exercer la profession d'infirmière.

Le deuxième axe fait ressortir deux des acteurs de la formation en alternance : d'un côté les étudiants en soins infirmiers et de l'autre les professionnels du terrain.

Le troisième axe est à mettre en lien avec la construction professionnelle des cadres de santé formateurs. Deux items émergent alors. Le premier fait référence à l'expérience antérieure à la fois d'infirmière mais également de cadre de santé. Le second met en lumière la pratique réflexive des CSF et l'importance de questionner ses manières de procéder pour les ajuster et les faire évoluer.

1.1. La construction d'un dispositif pédagogique propice aux apprentissages du métier d'infirmier

Nous allons structurer notre propos en deux parties. La première s'attardera au rôle des CSF dans la construction et le management du dispositif pédagogique. La seconde partie présentera le lien essentiel qui doit s'établir, selon eux, entre la structuration de l'ingénierie pédagogique et les savoirs propres au métier d'infirmier.

1.1.1. Concevoir et manager le dispositif pédagogique

Tous les cadres de santé formateurs ont mis en avant l'importance de construire un dispositif pédagogique. C'est vraiment une mission qui leur incombe et qui est ancrée dans les pratiques quotidiennes. Néanmoins, les centres d'intérêts et les aspirations de chacun viennent orienter les options qui sont retenues pour élaborer et manager l'ingénierie.

Les CSF mettent souvent l'apport de connaissances comme un point essentiel dans le parcours de formation de l'étudiant.

« En cours je suis là pour répondre aux exigences du référentiel de formation et donc apporter des connaissances et les aider à faire des liens entre celles-ci [...] Oui j'aide les étudiants à tisser des liens car tout seul ils ont beaucoup de difficultés. » (E1-Patricia-L.634-639)

Rapidement ils signalent que le mode d'apprentissage à changer par rapport au système scolaire antérieur et que l'articulation entre les savoirs est primordial.

« Mon rôle est de leur montrer que les connaissances sont indispensables et pour cela ils doivent travailler. Mais ils ne doivent plus apprendre comme à l'école et tout ranger dans des cases qui ne servent qu'au moment des évaluations. Ils doivent apprendre mais ensuite mettre en relation avec une situation de soin et le cas d'un patient. C'est nous formateur qui allons les accompagner sur ce chemin de l'apprentissage du métier. Je pense que c'est notre mission, notre rôle. » (E1-Léa-L.386-392)

Une place est pensée pour l'étudiant. De ce fait il est attendu un investissement de sa part. Le dispositif est construit pour répondre aux exigences à la fois du référentiel et à celles du métier infirmier. Il est une proposition faite à l'apprenant qui a le choix de s'y inscrire ou non. Cela relève alors de sa responsabilité.

« Mon rôle est de construire et faire vivre le dispositif de formation que j'ai construit et ceci en partenariat avec les étudiants. Oui, faire un dispositif ou ils vont acquérir et développer des connaissances mais aussi un dispositif ou ils ne sont pas des consommateurs mais des personnes actives qui ont une place à prendre. » (E1-Valérie-L.592-596)

Transmettre des savoirs est un élément qui revient régulièrement chez les CSF, il est associé à d'autres paramètres comme :

« Je dirais que mon rôle est d'articuler les différents savoirs, les différentes ressources qui sont mis à disposition de l'étudiant pour qu'il développe des compétences professionnelles et qu'il gagne en autonomie de travail. Un formateur est quelqu'un qui construit un dispositif de formation assez ouvert pour laisser une place à l'étudiant afin qu'il entre en co-construction

avec le formateur que je suis. Je dirais que j'accompagne le dispositif pédagogique. » (E1-Béatrice-L.82-85)

« Le formateur que je suis, est là pour agencer les différentes ressources, les éléments afin que les étudiants trouvent un sens dans ce qu'ils vont réaliser. » (E1-Fabienne-L.87-89)

Structurer l'apport de connaissances afin que les étudiants puissent à la fois tisser des liens et donner du sens à la pratique infirmière est une préoccupation qui anime l'ensemble des CSF.

« Mon rôle je le vois aussi dans la structuration de la pensée par rapport à cette situation de patient. C'est un peu orchestrer les éléments pour leur donner un sens qui sera reproductible dans n'importe quelle autre situation. C'est une structure de pensée. Je pense que c'est du rôle de formateur de leur apprendre cela qui ne peuvent pas décrypter sur le terrain » (E1-Nathalie-L.593-597)

Le souci est constant et vient impacter le dispositif pédagogique dans le sens où

« Ce n'est pas dispenser du contenu mais construire pour que les étudiants s'approprient ce contenu, pour qu'ils sachent articuler les différents savoirs, pour qu'ils sachent lire une situation de soin et répondre avec un dispositif soignant adapté.. » (E1-Béatrice-L.143-146)

« Je ne construis pas un dispositif bourré de contenu, je construis un dispositif qui va faciliter l'apprentissage des étudiants et qui va leur permettre de s'investir s'il le souhaite. Après c'est de leur responsabilité. » (E1-Denise-L.481-484)

Il est intéressant de relever deux éléments. Tout d'abord, le dispositif pédagogique est certes conçu en adéquation avec le référentiel de formation, qui en donne le cadre, mais ce qui anime essentiellement les CSF c'est la manière dont agencer le contenu proposé. Ensuite, La construction du dispositif n'est pas laissée au hasard. Ce sont différents éléments qui s'emboîtent les uns dans les autres pour élaborer le chemin de formation des étudiants les conduisant ainsi à la professionnalisation. De ce fait, l'arborescence doit être suffisamment ouverte pour répondre aux demandes des apprenants tout en garantissant l'ossature. Les savoirs à acquérir sont mis en lien avec les réalités du monde professionnel infirmier ; ce qui en fait toute sa richesse et en même temps toute sa complexité. Le raisonnement clinique infirmier est positionné dès le départ dans la phase de repérage pour 9 CSF/15. Nous repérons là une marque identitaire des CSF en lien avec l'exercice professionnel antérieur. Le raisonnement infirmier est une pièce maîtresse du dispositif pédagogique et oriente la conception et l'animation des séances pédagogiques.

« Une idée, c'est d'arriver à concilier les exigences d'un milieu professionnel c'est-à-dire ce que l'on va attendre demain de l'étudiant en termes d'exigence et de lui donner les moyens dans son parcours de formation d'atteindre ces exigences. Donc j'ai des centres d'intérêts qui sont centrés sur la pédagogie, oui, mais aussi sur la manière de concevoir et de manager cette pédagogie. » (E1-Léa-L.22-27)

« Mon rôle de formateur est de faire que les futurs soignants donnent du sens à leur soin. Ils doivent exercer leur jugement et leur raisonnement clinique pour analyser une situation et son contexte et apporter la réponse en soins adaptées et personnalisées à un patient. Moi j'ai pour rôle de leur faire acquérir cela et développer ce sens du raisonnement. » (E1-Marie-L.672-676)

Quatre formateurs (Patricia, Fabienne, Victoria et Denise) viennent interroger le choix des méthodes pédagogiques. Elles précisent toutes l'importance de s'ouvrir à des approches pédagogiques innovantes. La création est, selon elles, un point essentiel dans leurs pratiques afin de « captiver » l'attention des étudiants et ne pas être dans la monotonie. Elles mettent en avant l'importance de « *décentrer le problème pour faire comprendre quelque chose à quelqu'un.* » (E1-Fabienne-L.39-40). De ce fait, elles n'hésitent pas à prendre des situations ou des exemples extérieurs à la profession pour faire acquérir une notion ou un concept nouveau. Le but dans tous les cas est d'élaborer une trame qui favorise les apprentissages tout en « *aidant à construire une rigueur de raisonnement, à faire une sorte de maillotage avec les connaissances théoriques.* » (E1-Léa-L.384-386).

Les connaissances théoriques sont très rapidement reliées aux savoirs spécifiques du métier d'infirmier. Pour la majorité des CSF c'est une mission particulière qui leur est dévolue du fait de leurs connaissances de la profession. L'articulation des connaissances avec des situations de soins, des pratiques de stage, voire des cas patients est un élément présent dans la presque totalité des dispositifs pédagogiques. En mobilisant ce principe les formateurs visent le développement de liens et l'appropriation des savoirs. L'apprentissage n'est donc pas envisagé comme un cumul de connaissances à empiler mais comme la construction d'une unité de sens favorisant l'appropriation des savoirs. Certains formateurs (Eve, Denise, Léa, Béatrice et Karine) font un lien direct entre leurs choix pédagogiques et l'exercice professionnel. Pour eux c'est un tout qui s'impulse dès la formation initiale.

1.1.2. Transmettre les savoirs du métier d'infirmier

Dans tous les discours l'exercice infirmier est omni présent. Le rôle du CSF est défini comme complémentaire aux actions des professionnels du terrain. Les formateurs investissent d'autres espaces de la formation et les perçoivent comme une force dans la construction du futur professionnel. L'alternance est envisagée comme un dispositif intégrateur où chacun des acteurs a des missions spécifiques pour accompagner les étudiants dans le développement de leurs compétences.

« En stage ils apprennent les gestes professionnels, à l'Ifsi ils apprennent à réfléchir, à structurer leur pensée, à donner du sens à leur geste et pas seulement reproduire ce qu'ils ont vu et ceci sans discernement. C'est le rôle du formateur d'aller questionner et interroger tout cela... D'aller interroger la pratique soignante. Je pense qu'on les dérange car nous remettons en cause certaine certitude que les soignants leur ont inculqué mais c'est nécessaire pour développer leur esprit critique et ne pas tout reproduire sans se poser de questions. » (E1-Nathalie-L.597-604)

En entendant ces mots nous pouvons nous dire que l'ambition est importante et reflète la vision de certains acteurs. Mais l'approche mérite d'être vue sous l'angle de la transmission des savoirs infirmiers.

Un fait marquant est à mettre en exergue ici. Fabienne, Eve, Victoria, Anna et Nathalie (les CSF ayant exercé comme cadres dans une unité de soins avant de venir en IFSI) ainsi que Denise et Béatrice (CSF exerçant depuis plus de 6 ans) pointent toutes l'importance de rester vigilantes par rapport aux pratiques professionnelles que les étudiants voient, et exercent sur le terrain. Elles dénoncent les déviances des professionnelles et pensent qu'il est de leur devoir de formateur de rappeler les règles de bonnes pratiques pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Elles sont conscientes des difficultés que les infirmières rencontrent au quotidien dans l'exercice de leur activité mais ne souhaitent pas le cautionner. Leurs postures distanciées d'aujourd'hui leur permettent de porter un autre regard sur l'activité et donc d'avoir une action corrective, ou au moins réflexive, auprès des étudiants. Il nous semble intéressant de souligner que l'ancienneté dans la fonction joue peut-être ici un rôle et impacte la vision des formateurs dans le management du dispositif pédagogique.

« Nous voyons les équipes et leurs problématiques actuelles et c'est une force car nous avons une distance qui nous permet d'analyser le travail soignant. Nous avons cette force pour accompagner l'étudiant dans la recherche de sens et dans la construction de lien par rapport à une situation de patient. Les soignants ne le voit pas ou plutôt ne le voit plus. Ils sont dans l'action, dans l'agir et ils n'arrivent pas à verbaliser ce qu'ils font à l'étudiant. Je dois être vigilante car je dois garantir les pratiques soignantes et ne pas tout valider ce qui se passe sur le terrain. Cela est logique pour eux. Mais l'étudiant lui ne le voit pas, ne le comprend pas. Ils sont tous les deux dans des sphères différentes, dans des espaces différents. » (E1-Eve-L.57-66)

« Je dois être vigilante et questionner la pratique soignante et essayer de faire que les étudiants ne reproduisent pas les démarches actuelles de certains soignants. Ils voient sur le terrain des modèles et des anti-modèles je dois les aider à discerner qui est qui et ensuite à se forger leur propre identité professionnelle. » (E1-Fabienne-L.98-102)

Au niveau du dispositif pédagogique cela entraîne des conséquences directes dans l'animation de la séquence pédagogique. Ainsi,

« Je suis là pour les pousser à se questionner par rapport aux pratiques soignantes et les stages qu'ils ont fait et ce qu'ils ont vu sur le terrain car tout n'est pas entendable et acceptable et mon rôle et de repositionner les attentes de la profession et les attentes d'un soin de qualité. » (E1-Fabienne-L.89-92)

Un lien avec les valeurs du soin, de la santé, et du patient est mobilisé et inscrit dans la réflexion de l'analyse d'une situation d'apprentissage. Les concepts soignants sont ainsi incorporés au dispositif d'enseignement et se vivent dans le quotidien des activités de formation. Le questionnement et la recherche de sens des actions entreprises par l'apprenant sont également une cible privilégiée par les CSF dans leur mode de management des situations de cours.

Il est à noter que les CSF gravent leurs actions dans une temporalité dépassant les trois années de formation. Ils s'inscrivent dans une vision à long terme visant à un professionnel de qualité et pas seulement à un intervenant temporaire.

« J'espère ensuite qu'ils pourront sur le terrain se souvenir de la démarche et l'appliquer. Je sais que cela n'est pas simple mais ils doivent passer par là car personne ne va les aider à faire ce travail indispensable aux professionnels. C'est mon rôle de formateur. Je suis là pour cela. C'est important que les étudiants aient cette vision-là. Je suis là pour questionner et interroger la pratique soignante à travers une situation. Entre ce que les étudiants ont vu sur le terrain, ce qu'ils en ont compris, ce qu'ils ont vu en cours comment ils se construisent et quels liens ils font. Voilà le rôle que j'ai à jouer. » (E1-Eve-L.76-83)

1.2. Les acteurs de l'alternance : deux alliés essentiels pour l'exercice des CSF

Deux acteurs de l'alternance retiennent l'attention des CSF : les ESI et les professionnels des unités de soin. Ces deux partenaires de la formation sont appréhendés de manière complémentaire. Une mise en perspective des enjeux et des missions du CSF se dégage au regard des réponses formulées.

1.2.1. Accompagner la construction identitaire des ESI

Les étudiants sont la principale source de motivation des CSF. S'ils ont choisi de venir travailler en IFSI, c'est avant tout pour accompagner la construction professionnelle du futur jeune infirmier et transmettre les spécificités du métier. Ils ont le souci de porter une attention particulière à la fois sur le collectif d'apprenants mais également sur les individualités. *« Je prends l'étudiant là où il est avec ses différents niveaux et peut-être arriver à le recentrer ».* (E1-Eve-L.753-754) Il est important pour eux d'aller à la rencontre d'une personne et de s'adapter à ses demandes et besoins pour ajuster le dispositif de formation. C'est le groupe qui oriente l'organisation des apprentissages en fonction de leurs évolutions dans le parcours de formation.

« Enfin je me dis que je suis là pour eux et donc pour construire avec eux le dispositif de formation de mes U.E. ou de mes U.I. Je crois que le rôle d'un formateur est de savoir s'adapter aux groupes d'apprenants pour construire avec eux le chemin de l'apprentissage en fonction de leur besoin. (E1-Béatrice-L.50-54) « Cela me demande de m'adapter en permanence est ça me tiens en éveil tous les jours. » (E1-Béatrice- L.57-58).

Les CSF ont une réelle préoccupation du développement professionnel des ESI. *« Il va falloir l'accompagner voir le guider pour l'aider à se construire et trouver son propre chemin. »* (E1-Béatrice- L.638-639). Mais l'édifice ne pourra se construire qu'en s'appuyant sur une dynamique de co-partenariat où l'étudiant reste le manager de ses choix. *« Mon rôle de formateur c'est facile pour moi ; je suis là pour les accompagner à construire leur identité professionnelle. Je suis un maillon dans leur parcours de formation et je chemine avec eux. »* (E1-Valérie-L.590-592). Les CSF mettent également en avant l'importance d'aider les ESI à trouver leurs propres ressources déjà pour le temps de formation mais surtout pour pouvoir les remobiliser une fois professionnel.

L'axe métier est toujours omniprésent et définit le but à atteindre.

« Mon centre d'intérêt il est là aussi, c'est de cheminer avec une personne qui est là, l'étudiant... De découvrir qui il est et avancer avec lui sur le chemin de la découverte du métier

et de ses richesses pour devenir un professionnel de qualité. Je crois que c'est ça aussi mon métier de formatrice c'est faire un bout de chemin avec une personne. » (E1-Denise-L.83-87)

L'exercice infirmier est ensuite repositionné en alliant les valeurs humaines autour du concept de personne avec la notion de qualité des soins. La vision du futur professionnel est exprimée en mettant en avant l'importance de l'autonomie de travail, du sens des responsabilités et du développement des compétences. La polyvalence est recherchée tout comme le positionnement dans les activités de soins.

« Je dirais aider les étudiants à construire leur identité professionnelle infirmière. Devenir des infirmières autonomes qui sachent se positionner. Qui sachent répondre aux besoins des patients. Mais aussi savoir les écouter. Que les étudiants développent toutes les compétences et les savoirs que doit avoir une infirmière, quoi. Mais à un stade de débutant, de jeune débutant. Je dirais qu'ils soient polyvalents aussi. » (E1-Patricia-L.13-18)

« Etre un professionnel compétent mais surtout un humain qui va soigner d'autres humains. Je crois que c'est cela l'essentiel ne pas oublier que nous n'avons pas des machines ou des morceaux d'organe devant nous mais une personne qui a un vécu, une histoire et que nous devons préserver sa dignité. Si les jeunes professionnels ont retenu cela nous avons réussi notre formation. » (E1-Béatrice-L.624-628)

Le suivi pédagogique est très souvent abordé (11CSF/15). Il est perçu comme un moment privilégié avec l'étudiant pour singulariser le parcours de formation et répondre de manière individuelle aux demandes. La relation de confiance est mise en avant et semble être un enjeu fondamental pour les CSF. Le suivi pédagogique est perçu comme une étape favorisant la construction de l'identité professionnelle. C'est un moment complémentaire au temps de cours, qui ne vise pas les mêmes objectifs.

« Après je pense que mon rôle surtout dans le suivi pédagogique est d'accompagner les étudiants dans la construction de leur identité professionnelle et les aider à trouver ou plutôt à construire leur parcours de formation. C'est un temps privilégié que j'ai avec mon groupe de suivi, c'est un temps que j'apprécie... Il y a une relation de confiance entre eux et moi et c'est vraiment un temps privilégié, pour construire avec eux, en individuel... Répondre à leurs questions, écoutez leur débat interne, être disponible dans leur temps de formation. En cours je dirais que je suis là pour cadrer, répondre à l'objectif de la séance et apporter des connaissances ou tisser des liens entre elles. Je trouve que c'est des rôles complémentaires. » (E1-Marie-L.678-687)

1.2.2. Prendre en compte les mutations du métier

La posture distanciée des CSF par rapport à l'activité soignante les amène à porter un regard sur l'exercice professionnel. Ils relèvent la souffrance des soignants, la pénurie de personnel ainsi que les valeurs soignantes qui ont du mal à s'exprimer. Ils définissent la pratique professionnelle comme un ensemble d'actes à accomplir dans une routine quotidienne.

« Nous sommes dans une période de mutation de notre métier, les soignants perdent leurs repères et sont essentiellement le « nez dans le guidon et dans leurs actes ». Ils ne font que ça, de l'acte, de l'acte, de l'acte... Ceux qui réfléchissent s'arrêtent ou changent de service car ce n'est pas entendable la manière dont on travaille dans certains secteurs aujourd'hui. A mon sens les valeurs soignantes sont bafouées au nom de la rentabilité, de la diminution des effectifs. Je pense que nous formateurs on est à distance de tout cela et voyons bien le système se dégrader. Les soignants eux sont dedans. » (E1-Karine-L.100-107)

Ils en dégagent alors deux axes qui, pour la majorité d'entre eux, impactent leurs visions de leurs missions de CSF. Le premier relève de l'importance d'aller sur le terrain ou d'organiser des sessions de formation continue pour donner un espace de parole aux soignants. Consacrer du temps lors des visites de stage, lors des rencontres informelles pour écouter les problématiques du terrain et entendre les évolutions du métier devient alors une activité à part entière de l'exercice des CSF. Ce temps est également mis à profit pour donner quelques conseils et repositionner l'essence même du soin.

« Quand je vais voir un étudiant en stage j'écoute leur souffrance [celle des infirmiers] et j'entends les évolutions du métier. Parfois il faut juste échanger avec eux pour leur donner une bouffée d'oxygène et leur montrer que l'on peut personnaliser le soin avec peu de chose et surtout peu de temps. Je pense que mon rôle est aussi sur le terrain justement parce que je suis témoin de choses que les gens sur le terrain sentent mais ne voit pas. C'est pour moi une mission aussi du cadre de santé formateur. » (E1-Karine-L.108-114)

Le deuxième axe est une conséquence de ce constat. En effet comme nous l'avons énoncé précédemment la vigilance concernant la réalisation des pratiques devient alors de mise. Les CSF deviennent ici en quelque sorte les garants des règles de bonnes pratiques à enseigner. Cet axe nous a beaucoup étonnés et témoigne également d'une évolution dans les pratiques et surtout dans les représentations que nous pouvions avoir de l'alternance. En effet, jusqu'alors cette mission était plutôt confiée aux soignants qui transmettaient lors de la réalisation d'un geste technique les règles d'application. Ce n'est pas en tout cas la perception que les CSF en ont.

« Je dirais que mon 2^{ème} rôle de formateur c'est de rester vigilante par rapport au terrain et garder un œil ouvert sur les pratiques de soins. A la fois car les évolutions sont rapides mais aussi parce que le contexte de soin d'aujourd'hui conduit à de nombreuses déviations notamment dans l'application des règles de bonnes pratiques malgré toutes les procédures mises en place. » (E1-Valérie-L.599-604)
Donc oui je pense que c'est mon rôle d'avoir cet esprit en éveil par rapport aux pratiques soignantes. (E1-Valérie-L.609-611)

Pour compléter cette approche, les CSF portent un regard plutôt critique sur le tutorat mis en place dans les unités de soin. Ils relèvent le manque de temps, la charge de travail, et l'absentéisme en augmentation, qui constituent autant de facteurs défavorables pour les professionnels dans leur accompagnement des étudiants dans l'apprentissage du métier

« Les soignants ne prennent plus le temps d'enseigner et de montrer aux étudiants les bons gestes. Il y a un manque de vigilance. Les étudiants vont seuls dans les chambres des patients et il n'y a pas toujours de contrôle... Je ne jette la pierre à personne car tout le monde a ses bonnes raisons mais je trouve que la profession est à un virage et nous les formateurs nous sommes les seuls à rappeler les règles ou à alerter. » (E1-Valérie-L.604-609)

Majoritairement, les CSF reviennent fortement sur l'encadrement des ESI. Ils évoquent la complexité du travail infirmier dans les différents services. Ils mettent en évidence l'importance d'accompagner les étudiants dans le décodage des savoirs du métier, notamment dans la verbalisation des choix pris pour un patient. Au fil des phrases, dans la phase de repérage, mais, nous le verrons, aussi dans la phase d'ancrage, cela devient un

axe privilégié pour analyser les situations de soins et donner du sens aux décisions infirmières. Le raisonnement clinique est ainsi mobilisé et envisagé comme un élément permettant de comprendre les orientations décisionnelles d'un soignant au lit d'un patient. Donner les codes du métier et repositionner le sens du soin devient alors un enjeu pour les CSF.

« Je pense que c'est un rôle au fil du temps que nous avons pris car les gens du terrain ne le font plus. Sans nous les étudiants ne pourraient pas voir et surtout comprendre les raisons qui ont amenés les soignants à faire ces choix-là, par rapport à une situation de patient. Les soignants font des actes, des actes mais n'expliquent plus grand-chose aux étudiants. Après eux ils font, ils font sans poser de questions non plus. Ils sentent qu'il faut travailler sans rien dire pour ne pas perdre du temps. C'est dommage car ce n'est pas comme cela qu'on apprend un métier. » (E1-Marie-L.106-113)

1.3. L'expérience antérieure et le questionnement de sa pratique : deux ressources centrales des CSF

Dans leur majorité, les CSF reviennent sur leur exercice professionnel antérieur. Ils le mobilisent soit comme ressource pour accompagner la construction professionnelle des ESI, soit comme grille de lecture des situations de soins. Le deuxième atout que certains mettent en avant est leur capacité à questionner leurs pratiques quotidiennes pour les faire évoluer.

1.3.1. L'expérience antérieure un appui pour la lecture des situations de soins

L'exercice infirmier antérieur est systématiquement mis en avant par les CSF. Pour eux c'est une force qui permet à la fois de transmettre les spécificités du métier et de construire le dispositif pédagogique pour apprendre les techniques et le raisonnement infirmiers.

« Si je n'avais pas exercé le métier d'infirmière avant je ne pourrais pas parler d'un métier que je ne connais pas. Il y a des spécificités, on ne réagit pas pareil que les autres professionnels du soin. L'infirmière a un champ d'exercice qui lui est spécifique. [...] Après je dirais que j'adore mon métier d'inf. Pour moi c'est important de transmettre ma passion du métier, la richesse de la relation avec le patient, sa famille mais aussi le travail avec les collègues même s'il y a des situations de patients compliquées voir complexes. Mais c'est un métier passionnant et pas routinier. Il y a du changement tous les jours. Chaque rencontre avec le patient est quelque chose de nouveau à construire. » (E1-Marie-L.94-102)

La passion du métier est exprimée de manière constante. Plusieurs CSF mettent en avant la richesse de la relation avec le patient et les familles et l'importance du travail en équipe. Ils positionnent l'infirmière comme « une pièce maitresse du dispositif du soin » (E1-Victoria-L.160-166).

Les CSF qui ont été cadres dans une unité de soins font un parallèle avec leurs exercices antérieurs et poursuivent les axes qu'elles défendaient sur le terrain dans la formation.

« Il y a beaucoup de déviance sur le terrain, je me suis battue en tant que cadre et je continue ici auprès des étudiants. Tout n'est pas acceptable et le manque de temps et plus souvent un

prétexte pour se donner bonne conscience et accepter parfois l'intolérable mais il y a des soupapes à activer et je dois les montrer aux étudiants comme je le montrais aux soignants. Avec peu de chose on peut améliorer le confort ou le moral d'un patient. » (E1-Fabienne-L.92-98)

L'exercice infirmier est mobilisé également pour illustrer les propos lors des séances pédagogiques. De nombreux CSF disent prendre des exemples de leurs pratiques antérieures pour donner du sens aux apprentissages et rendre plus vivant le cours. Certains en font une force car cela permet de capter l'attention des étudiants et rendre le cours plus attractif, moins théorique. D'un certain côté, on pourrait dire que cela légitimise le discours du formateur.

« Le référentiel de formation, pour moi c'est une base. Je dois le suivre mais le plus important c'est ce qui se passe sur le terrain. Oui je pense souvent à mon expérience je cite des exemples de ma pratique aux étudiants. Je retourne sur le terrain souvent. J'ai gardé de nombreux contact avec mes anciens collègues ou les nouveaux. Je pense que c'est important pour les étudiants mais aussi pour moi pour être dans la réalité de l'activité infirmière. » (E1-Patricia-L.97-103)

« Je pense que c'est mon rôle et que c'est important d'avoir une expérience professionnelle avant dans le soin et l'activité d'infirmière. » (E1-Marie-L.91-92)

1.3.2. Interroger ses pratiques un levier pour ajuster son activité

Plusieurs CSF, dont essentiellement ceux qui ont plus de 6 ans d'exercice professionnel, donnent une place particulière à la réflexivité. C'est pour eux un atout pour faire évoluer le dispositif de formation, questionner leurs pratiques et se remettre en question. Ils témoignent de leur engagement individuel et parfois le ramènent au collectif de travail.

« Un formateur c'est quelqu'un qui se pose des questions, c'est quelqu'un qui s'arrête et qui interroge ce qu'il a fait.... Je pense que c'est cela aussi mon rôle de ne pas reproduire tous les ans la même chose mais analyser, questionner et me dire oui je vais faire comme ça cette année pour telle ou telle raison car le contexte à évoluer, les étudiants n'ont pas la même dynamique collective voir individuel et il faut que j'y aille par un autre axe pour atteindre le même objectif de mon dispositif. Il est là pour moi l'enjeu du formateur. » (E1-Béatrice- L.136-142)

Il nous semble intéressant de relever ici que cette posture est incorporée au rôle du CSF. La fonction n'est pas seulement perçue à destination d'acteurs ou d'un axe plus pédagogique mais s'exerce aussi dans une dimension plus personnelle. Dans certains IFSI c'est même une volonté managériale du directeur des soins de l'institut.

« Après ou je pense que c'est aussi mon rôle c'est de m'interroger sur ce que je fais au quotidien ou régulièrement par rapport à ma pratique de formateur. Je pense que c'est le rôle peut-être personnel mais ici la directrice vient de l'inscrire aussi sur le plan institutionnel de réfléchir à nos actions, à notre pédagogie au regard de l'évolution de la jeunesse mais aussi du contexte de soin, de l'évolution de la profession et des réalités du terrain. Voilà... Il faut faire évoluer nos pratiques et pour cela il faut s'arrêter de temps en temps et se poser et questionner ce que l'on fait, ce que je fais... Voilà ou je situe mon rôle aujourd'hui. » (E1-Valérie-L.615-623)

A travers les trois axes développés, nous percevons ce qui anime les choix pédagogiques des CSF. Le regard qu'ils portent sur leur rôle de formateur est un indice précieux pour

poursuivre l'analyse et la confronter au moment des choix d'action dans la phase d'ancrage et d'auto-confrontation. Arrêtons-nous maintenant de manière plus précise sur l'ingénierie de formation.

2. Regard sur le dispositif de formation

Plusieurs éléments ont été collectés afin de croiser les prises d'informations pour identifier les règles d'action mises en œuvre par les CSF. Dans cette partie nous allons aborder différentes thématiques en alliant à la fois les visions singulières et les tendances plus générales. Dans un premier temps nous allons dégager l'influence que peut avoir la salle de cours dans l'animation et le management de la séance pédagogique. Quatre thématiques ont été identifiées pour servir de guide à l'analyse. Puis nous aborderons l'analyse de l'activité des CSF en suivant le cheminement de trois acteurs : Camille, Karine et Eve. L'analyse des données mettra en exergue les spécificités de l'activité de chacun ainsi que leurs raisons d'agir. Progressivement les choix en situation de cours s'expriment et témoignent de la signature pédagogique des différents acteurs.

2.1. La salle de cours

L'espace où va se dérouler l'intervention pédagogique ne semble pas être une préoccupation première pour les CSF. Au moment de la présentation de l'activité pédagogique personne ne fait allusion à cet environnement de travail. Il faut attendre la réalisation de la représentation graphique pour que la thématique soit énoncée. En revanche, au moment du retour simple et de l'auto-confrontation avec le film, des questionnements apparaissent mettant en lumière des espaces de renormalisation.

L'analyse va s'appuyer sur les verbatim recueillis au moment de la réalisation des dessins et ceci dans les trois temps (présentation-retour simple de l'activité et auto-confrontation des dessins). Quelques discours narratifs issus des entretiens seront mobilisés de manière ponctuelle pour la compréhension.

Au regard des échanges, quatre thématiques vont guider la restitution : la configuration de la salle de cours, l'installation des CSF et des ESI, le matériel et le dispositif pédagogique pris au sens large du terme (regroupant l'animation, les interactions, le choix de la forme pédagogique...). Chaque item sera ensuite décodé sur le temps de repérage, d'ancrage et d'autoconfrontation des dessins. Les mots utilisés témoignent alors du cheminement, voire du questionnement, individuel de chacun. Nous illustrerons notre propos en nous appuyant sur les schémas « de point de vue de l'acteur » issus de différents CSF. L'ensemble des

supports est positionné dans les tomes 2A, 2B et 2C en lien avec chaque portrait de formateur.

2.1.1. L'influence de la configuration de la salle sur la dynamique pédagogique

Nous allons suivre le cheminement de Patricia (G3F1) et Denise (G3F2) pour appréhender l'impact que peut avoir la configuration de la salle de cours sur les choix pédagogiques.

a) L'approche de Patricia

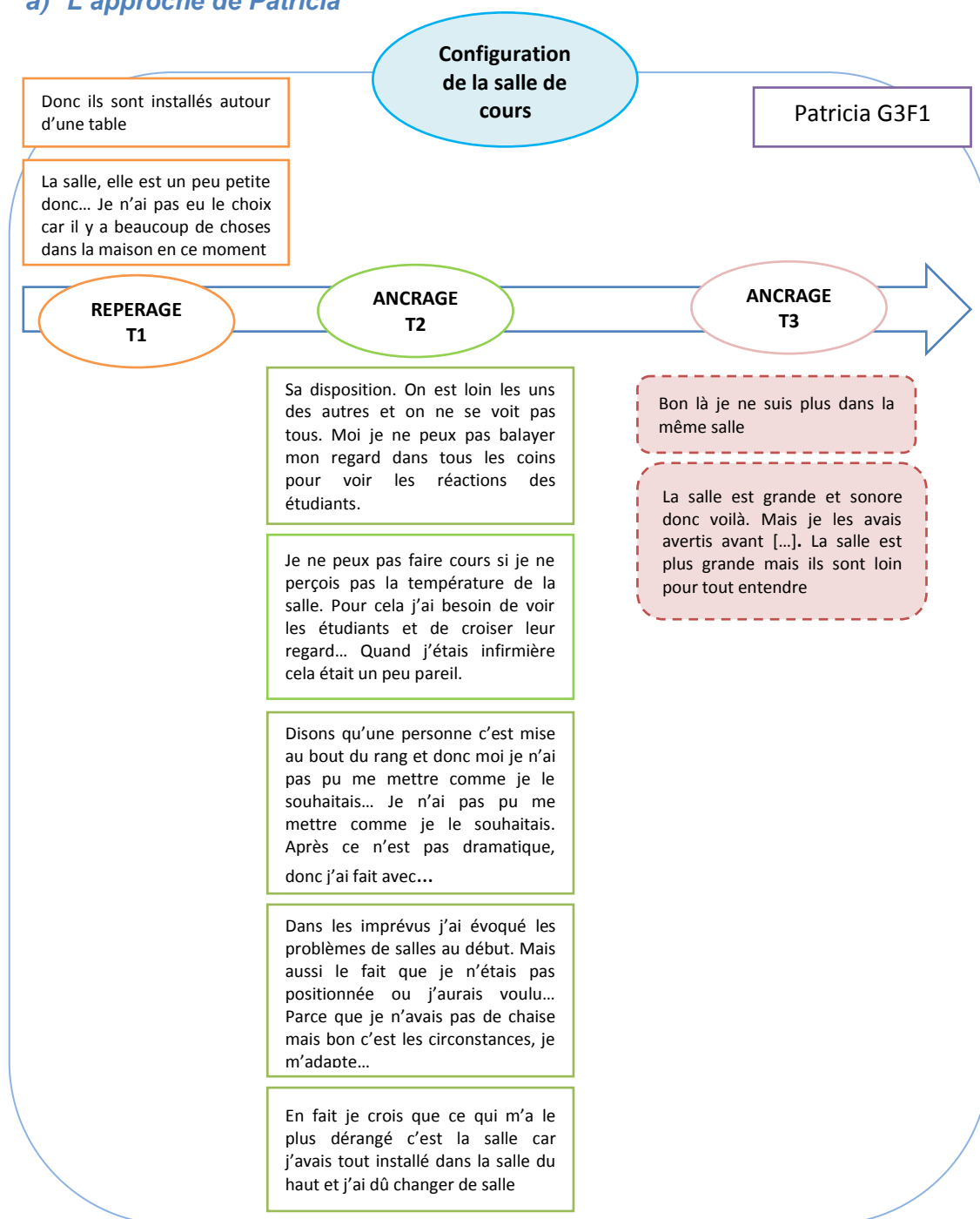


Figure 11 : Approche de Patricia

Lors de la phase de repérage, Patricia évoque sa difficulté pour la réservation d'une salle. Elle justifie en précisant que la période est chargée à l'institut et que de nombreuses salles sont déjà occupées. Elle signale rapidement qu'elle ne pourra pas déplacer les tables et les positionner en arc de cercle comme elle aurait souhaité.

Au moment de se rendre dans la salle, les étudiants l'interpellent pour l'informer que la salle est prise et qu'ils devront aller ailleurs.

Dans la phase d'ancrage, Patricia exprime son ressenti par rapport à cette salle et l'influence qu'elle a eu sur son animation pédagogique. Elle identifie concrètement les éléments dérangeant et venant perturber sa séance :

«Je ne peux pas balayer mon regard dans tous les coins pour voir les réactions des étudiants, je ne perçois pas la température de la salle, j'ai besoin de voir les étudiants et de croiser leur regard, disons qu'une personne c'est mise au bout du rang et donc moi je n'ai pas pu me mettre comme je le souhaitais».

Elle fait ensuite un parallèle entre son activité antérieure d'infirmière et la situation de cours dans laquelle elle se trouve en disant :

«En entrant dans une chambre je commençais par regarder le patient dans les yeux et après autour de lui pour avoir des indices avant même de commencer. Avec ces premiers repères je pouvais commencer à parler au patient et à débiter mon soin. En vous le disant, je m'aperçois que je fonctionne pareil en cours.» (E2-Patricia-L.52-56)

Patricia revient ensuite sur l'importance de la table et les raisons pour lesquelles elle a installé les étudiants jouant le jeu de rôle autour. Elle met en relation la réalité professionnelle au moment de prendre une décision éthique dans les unités de soin et la séance pédagogique. Elle donne du sens à son choix et l'argumente.

« Après j'ai réfléchi à une table ou pas mais je trouve que c'est important de matérialiser une table car cela est plus conviviale et représente plus la réalité, voilà... Dans les situations professionnelles pour prendre une décision on se réunit toujours autour d'une table donc voilà... Pour moi ça me semblait aussi avoir du sens... Cela réunit le groupe... On est tous concentré sur une situation où l'on décide tous d'y réfléchir » E2-Patricia-L.945-949

b) L'approche de Denise

Dans la phase de repérage, Denise évoque également la problématique de réservation de salles, mais cela ne semble pas la déranger. Travaillant dans le même IFSI que Patricia il est intéressant de noter que la modification de salles au dernier moment est de pratique plutôt courante dans l'institut et ne surprend plus Denise. Elle est prête à envisager un changement de dernière minute.

Elle « confond » ensuite les deux représentations graphiques et se justifie en mettant en avant l'importance de s'investir dans l'animation d'une séance pédagogique.

Elle finit en verbalisant les doutes qu'elle avait en construisant la séance pédagogique sur le nombre de salle à réserver et la forme pédagogique à privilégier. Elle s'est interrogée sur la

dynamique à retenir au regard des objectifs de la séance et de la plus-value de faire des petits groupes ou d'animer tout le monde ensemble dans le même espace.

« Enfin la question qui s'est posé au départ... Dans des salles différentes et après je me suis dit, non, parce que c'est moi qui vais aussi impulser quelque part et après je vais laisser mes collègues libre même si on va avoir un petit temps pour se voir avant et clarifier avec elle ce que j'attends de ce T.D. et de leur contribution. Et moi je pense que ça va être plutôt déductif » (E1-Denise-L743-747)

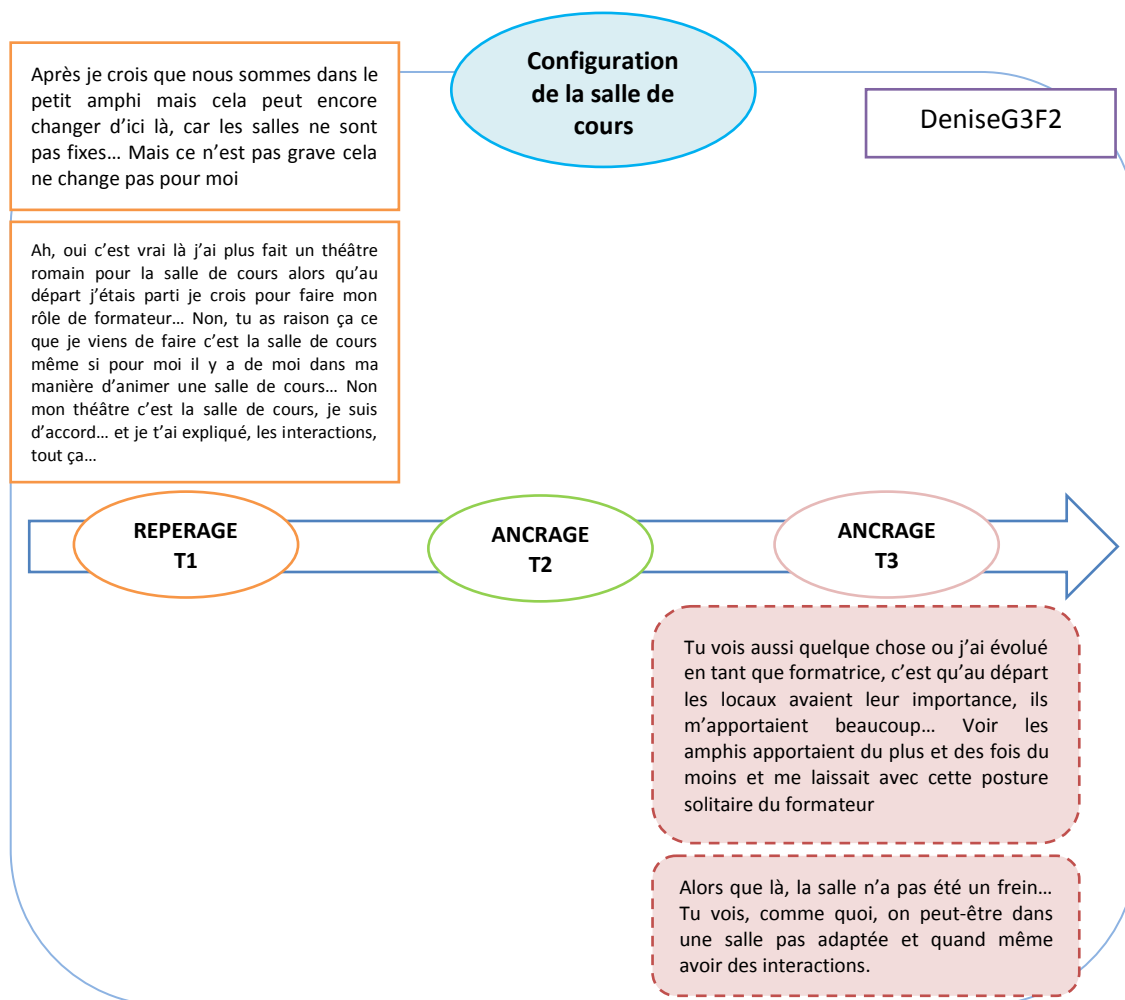


Figure 12 : Approche de Denise

Au moment de l'autoconfrontation avec les dessins, Denise revient sur le choix des salles et leurs impacts sur sa posture de formateur. Elle met en corrélation l'environnement et l'effet qu'il induit sur le formateur. Ici, elle prend l'exemple de l'amphithéâtre avec la place solitaire qu'il donne à l'enseignant. La même idée est reprise par Justine, qui l'a croisée avec son animation pédagogique et la manière d'orienter l'attention des étudiants afin qu'ils ne se dispersent pas.

« C'est une salle en fait que je n'aime pas trop car je trouve qu'elle est grande et qu'on peut vite perdre l'attention des étudiants... En plus là on est dans une restitution de groupe... C'est pour ça que j'ai mis les tables en U Sinon ils peuvent suivant les jours se mettre dans tous les coins... C'est trop dur pour l'animation après » E2-Justine-L.1053-1056)

Ainsi le choix de la salle a une importance dans le dispositif pédagogique et impacte à la fois la place que le CSF va s'octroyer et la forme pédagogique de l'animation.

2.1.2. Trouver sa place de CSF

Camille et Nathalie vont nous livrer, comme précédemment, leur questionnement et les choix d'action qu'elles ont dû réaliser pour agir en situation. Comme nous allons le voir trouver sa place à la fois dans l'environnement d'une salle de cours mais également dans le groupe apprenants n'est pas chose aisée et suscite de nombreuses interrogations.

a) L'approche de Camille

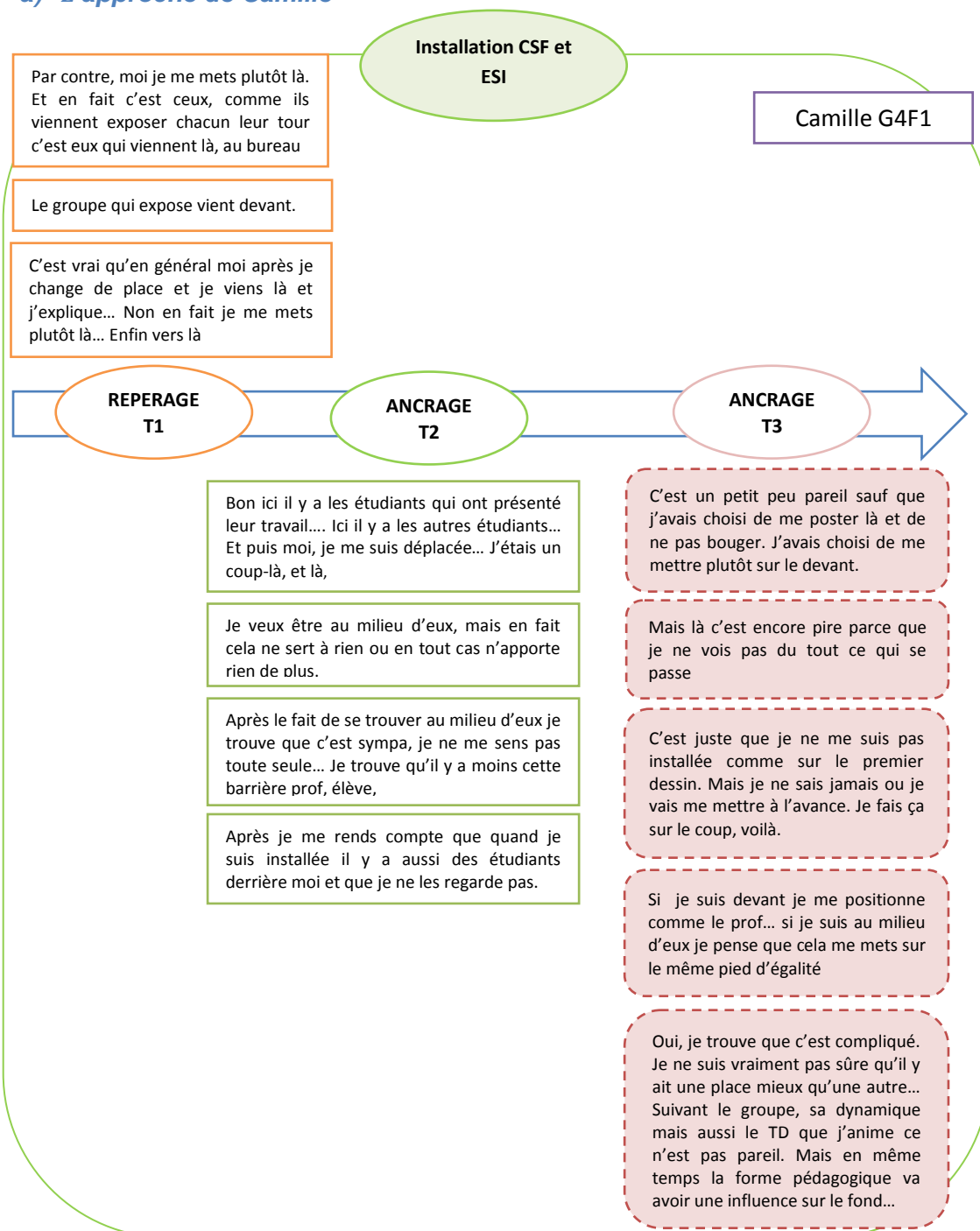


Figure 13 : Approche de Camille

La phase de repérage permet à Camille d'exposer la manière dont elle souhaite placer les ESI. Pour elle il est important que l'esprit de groupe soit conservé et qu'aucun étudiant ne se trouve isolé pour présenter. Elle les positionne devant vers le bureau.

« Je ne veux pas qu'ils viennent tout seul car ce n'est pas facile de parler devant un groupe etc. donc je leur demande de venir à deux... Mais en général ils viennent tous. Ils sont assez solidaire les uns des autres » (E1-Camille-L.773-775)

Au départ, Camille semble savoir exactement où elle va s'installer. Puis progressivement le flou s'instaure ne permettant plus de repérer réellement où elle va s'asseoir. En revanche, son rôle parait établi : *« Moi je suis là, j'écoute et je prends des notes et puis je réajuste » (E1-Camille-L.777-778).*

La phase d'ancrage fait ressortir l'évolution du questionnement de Camille et les dilemmes qui l'animent. Elle explique les raisons de son choix de se mettre « au milieu » des étudiants et mesure progressivement l'impact de son alternative.

Deux de ses idées sont reprises par plusieurs de ses collègues. La première de se placer au milieu des étudiants pour réduire la barrière entre professeur et élèves.

« Toute seule ou avec les étudiants... Ce n'est pas simple pour moi... Au milieu ils peuvent regarder sur mes feuilles, je ne me sens pas libre d'écrire ce que je veux... Il y en a toujours un qui regarde... Et toute seule j'ai l'impression d'être le prof et que je suis isolée... Je ne sais pas ce qui est le mieux... » (E1-Justine-L.1123-1126)

La deuxième idée reprise également ici par Justine est celle de ne pas avoir une « posture de prof ». La même image est énoncée par Karine :

« Mais ce que j'avais vraiment envie de montrer c'est que je n'allais pas avoir une posture rigide de prof face à un groupe d'étudiants... Après je voulais qu'ils travaillent en sous-groupes et ça c'était important. Que je ne voulais pas avoir une posture rigide mais que je voulais être à disposition de tout le monde. » (E2-Karine-L.567-571)

Il est intéressant ici de relever que dans les trois cas il n'est plus fait mention de formateur et d'étudiants mais de professeur et d'élèves revenant ainsi à un système scolaire classique, peu en adéquation avec les représentations du rôle de CSF identifié par les professionnels.

b) L'approche de Nathalie

Nathalie s'attarde dans la phase de repérage sur la posture des ESI et leurs attitudes passives et nonchalantes parfois en cours. Nous apprendrons plus tard que le groupe de cette matinée est perçu comme un groupe difficile avec une dynamique peu propice à l'apprentissage. Mais malgré les sollicitations de ses collègues Nathalie n'a pas souhaité modifier le dispositif pédagogique pour découvrir peut-être des caractéristiques spécifiques à ce groupe d'ESI et faire évoluer son regard de formateur.

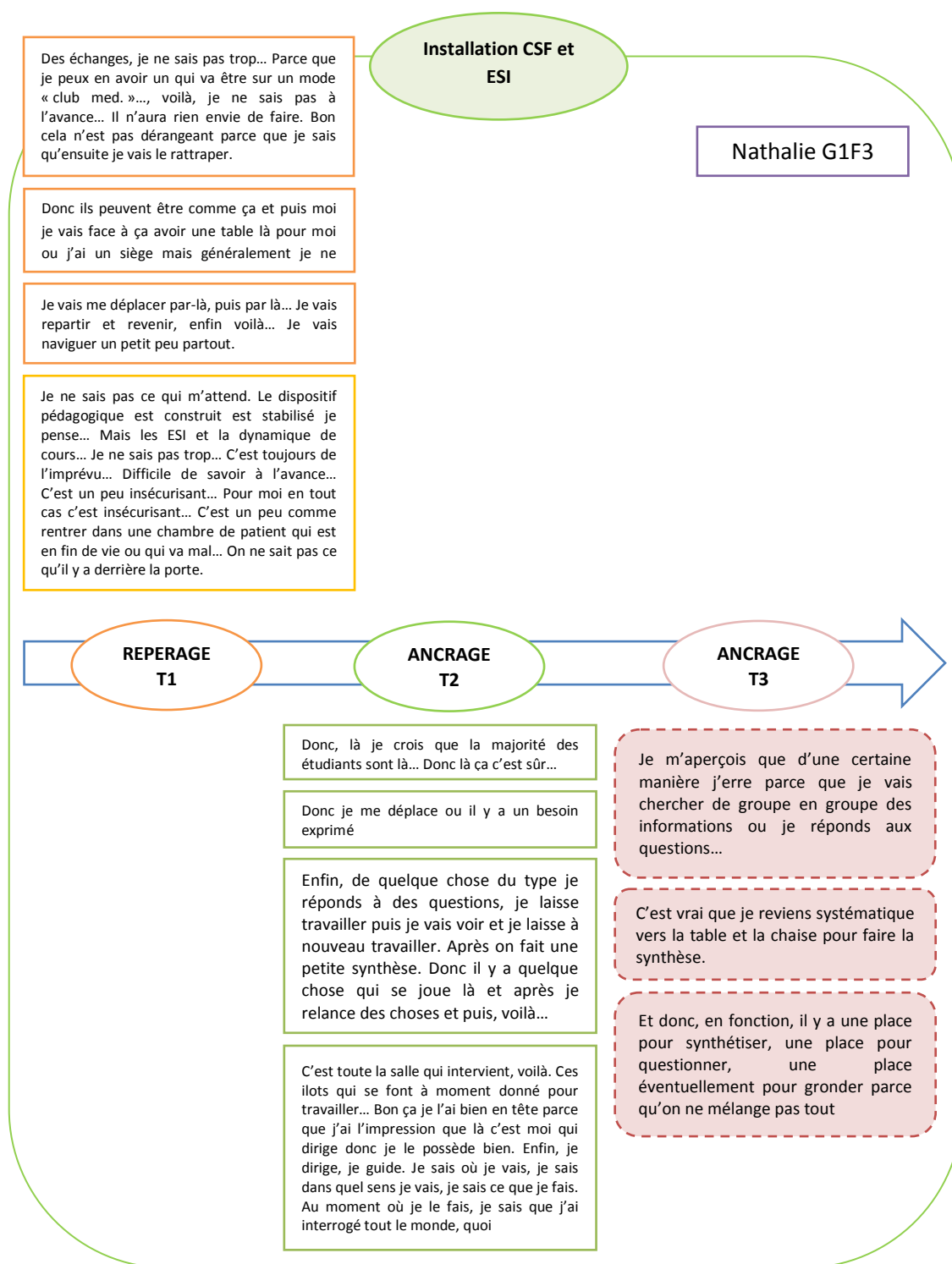


Figure 14 : Approche de Nathalie

Elle revient ensuite sur l'ambiance générale de la salle de cours et la manière dont les ESI vont s'installer, s'impliquer et s'engager dans la démarche proposée.

« Mais les ESI et la dynamique de cours... Je ne sais pas trop... C'est toujours de l'imprévu... Difficile de savoir à l'avance... C'est un peu insécurisant... Pour moi en tout cas c'est insécurisant... » (E1-Nathalie-L695-698)

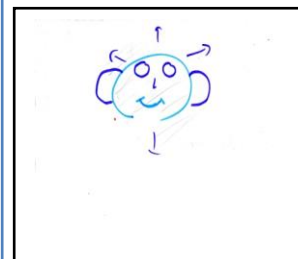
« Car cela demande de s'adapter, de percevoir l'ambiance et dans quel état d'esprit les ESI arrivent... Voilà un peu... C'est le décor d'une salle de cours... Je ne sais jamais à l'avance... Le dispositif pédagogique peut être bon et bien construire et tomber à l'eau car les ESI ne rentrant pas dedans... N'accrochent pas... C'est pour cela que j'ai fait un visage car je dois être à l'affut de tout et percevoir rapidement comme ils sont pour adapter ma manière de faire... Je pars d'eux... » (E1-Nathalie-L.704-709).

Et elle fait un parallèle entre cette insécurité de début de cours et son activité d'infirmière en disant :

« C'est un peu comme rentrer dans une chambre de patient qui est en fin de vie ou qui va mal... On ne sait pas ce qu'il y a derrière la porte. En tant que cadre cela me faisait ça aussi avant d'aller en réunion face à l'équipe... Ce n'est pas toujours facile... En plus là il y a le nombre... Oui... Insécurisant... » (E1-Nathalie-L.698-702).

Nous retrouvons également l'idée de beaucoup se déplacer dans la salle de cours pendant que les étudiants travaillent en sous-groupe. Le formateur opte pour une installation plutôt vagabonde, de groupe en groupe. Le dessin réalisé par Nathalie est ici évocateur de l'intention pédagogique dès le début de l'activité. **(Encadré 10)**

« Alors un bonhomme qui va essayer de garder le sourire parce que cela il faut quand même qui le garde. Je lui ferais des grands yeux, parce qu'il faut vraiment qu'il regarde, voilà... Je lui ferais aussi des grandes, grandes oreilles parce qu'il faut aussi qu'il entende et écoute bien, c'est important... Parce que plus je pense et plus je réfléchis, je me dis oh, oui, c'est important... Et... Il regarde partout... Vraiment il regarde partout... Mais vraiment partout... Je ne sais pas comment je pourrais faire cela mais il regarde partout... Il regarde par-là et par là et aussi par là... Enfin voilà... Donc ça c'est une chose... Il est au milieu parce que c'est lui qui manage et à la fois j'ai envie de vous dire il y a un voile. Je ne sais pas comment vous faire ça. Il est au milieu parce qu'il est le centre parce qu'il faut qu'il soit là mais en même temps il faut qu'il s'efface aussi. Donc voilà, vous voyez ce que je veux dire ? C'est...Il... Enfin voilà... Mais à la fois il est là, il peut être là à certain moment il doit essayer de ne plus être là à d'autre. C'est un présent absent par moment. » (E1-Nathalie-L.669-682)



Encadré 10 : Intention pédagogique de Nathalie

Dans la phase d'ancrage, Nathalie mentionne ses déplacements multiples en expliquant ses choix. Elle est consciente de sa stratégie qui vient alimenter sa base de données pour répondre aux questionnements des ESI, mais également pour lui permettre de réaliser la synthèse à la fin de chaque partie de l'étude du dossier. Elle est soucieuse de mobiliser tous les étudiants et sait qu'elle n'a oublié personne. Elle a une attention particulière pour chacun d'eux. Son installation reste mobile alors que les étudiants, eux, sont installés en petits groupes avec leur voisins proches. Ils ont formé des îlots de deux, trois sans forcément avoir déplacé leurs chaises et leurs tables. Ce qui n'était pas l'intention de Nathalie au départ qui souhaitait modifier la salle de cours. Mais à l'arrivée des ESI, ceux-ci sortent d'évaluation et ont des difficultés à s'installer. Voyant qu'ils ne souhaitaient pas bouger, Nathalie décide alors de respecter leur choix, pensant qu'il ne viendrait pas impacter la dynamique du TD.

L'autoconfrontation avec les dessins permet de confirmer l'intention de vouloir se déplacer pour collecter des informations et être au plus proche des apprenants pour répondre à leurs questions. Elle identifie que dans sa stratégie la place qu'elle choisit n'est pas laissée au hasard.

« Il y a une place pour un temps précis et pour certaines choses. Et donc, en fonction, il y a une place pour synthétiser, une place pour questionner, une place éventuellement pour gronder parce qu'on ne mélange pas tout. » (E1-Nathalie-L.839-841)

A la différence de Camille, l'intention ici n'est pas de se placer « au milieu » des étudiants pour être plus proche d'eux et gagner peut-être une certaine légitimité, mais plutôt de trouver une place propice à la collecte de données pour accompagner les étudiants dans leur analyse du dossier. L'installation est réfléchie et répond à un besoin du formateur pour mener son activité pédagogique et atteindre l'objectif de la séance.

2.1.3. Le matériel pédagogique, une ressource peu mobilisée

La description du matériel pédagogique, autant dans la phase de repérage que d'ancrage, est peu répertoriée. Les CSF décrivent et dessinent parfois un matériel présent, mais sans lui donner de vie. Les dispositifs sont en quelque sorte posés dans la salle de cours et font partie du décor. Ils occupent visuellement l'espace et semblent avoir peu d'impact dans l'animation de la séquence pédagogique. Il est parfois indiqué un vidéoprojecteur, un *paper board*, un tableau, un lit, voire un ordinateur. Alors que ces dispositifs vont venir interférer dans la séance et seront mobilisés par les ESI, le formateur s'en soucie peu et fait confiance en quelque sorte à la technique et à l'installation standard de la salle de cours.

« Alors la salle on a deux entrées là, donc hop... Avec une sortie ici... Voilà, hop, hop, hop... Là c'est vitré... Ici on va avoir notre ordinateur parce que je l'ai fait mettre, on a un vidéo projecteur ici au plafond... Donc ici on a la possibilité d'utiliser un écran pour les présentations sur ordinateur s'ils ont fait des power point, voilà... Dans cette salle il y a normalement de quoi passer les transparents... Mais je ne sais plus s'il est là ou pas... Normalement il y a l'écran que l'on peut utiliser aussi... Après il y a de quoi attacher les paper board... Après la aussi est-ce qu'il faudra utiliser l'écran ou pas, on verra. Après cela va dépendre dans quelle chronologie on fait les choses. » (E1-Justine-L.648-656).

Dans cet extrait il est à relever que le formateur ne connaît pas à l'avance la forme pédagogique que les ESI ont choisi pour restituer leur réflexion. Il en ressort une certaine forme d'incertitude qui ne permet pas de savoir en amont le matériel qui sera mobilisé. D'où un listing de supports. De plus, généralement les salles sont équipées de manière standard et cette connaissance implicite permet aux CSF de se « décharger » de l'aspect matériel. Durant les différentes observations, aucun formateur n'a été en difficulté par rapport à cette thématique. Les formes pédagogiques privilégiées par les CSF mobilisaient, il est vrai, pas ou peu de matériel.

En revanche, le matériel qui revient dans plusieurs discours c'est l'utilisation à la fois des ordinateurs portables ainsi que du téléphone personnel de l'ESI. L'interprétation et l'usage qui en est fait sont très différents selon les formateurs. Pour certains ces outils technologiques sont perçus comme un frein à l'apprentissage et demandent une action de la part du CSF pour recentrer l'attention des étudiants :

« Les étudiants derrière leur ordinateur... Moi, je ne sais pas ce qu'ils font alors je vais aller les chercher et je me déplace exprès... Ils sont là pour travailler pas pour faire autre chose... C'est comme le portable, je leur fait toujours la réflexion... Il y a un temps pour tout,... Ici maintenant on travail, voilà... Il y a des groupes ou ça fonctionne super bien et d'autres c'est différent... » (E1-Anna -L.776-780).

Pour d'autres formateurs la perception est différente et l'ordinateur portable comme le téléphone de l'étudiant, sont utilisés à des fins pédagogiques. La sollicitation des outils permet d'inscrire les apprenants dans une dynamique d'acteur plus proche de leur habitude générationnelle. C'est également une manière de leur montrer le chemin pour trouver facilement des ressources, aujourd'hui comme étudiants et demain comme professionnel.

« Moi, c'est vrai que j'utilise aussi leur technologie parce même s'ils envoient un SMS entre temps dans le temps de cours... Je trouve que les faire rechercher en leur disant comme ça : « tiens regarder en utilisant votre téléphone ou votre tablette, regarder si vous trouvez une image de plaie diabétique ou de mal perforant comme dans la séance ». Je trouve que c'est les rendre aussi acteurs. Je trouve que c'est un plus car c'est visuel. Après je pense qu'ils aiment bien aussi une approche comme celle-là. C'est une approche qui est adaptée à leur style aussi à eux. » (E2-Eve-L.622-629)

Néanmoins, au moment de l'autoconfrontation avec le film, nous pouvons nous apercevoir que ce n'est pas si simple et que cela demande aussi l'intervention du CSF pour comprendre les raisons de la non mobilisation de la ressource.

« Les rapporteurs donnent l'impression qu'ils n'osent pas alors qu'ils ont leur portable c'est pour ça que je me déplace pour voir leurs notes. » (E3-Eve-L.106-108)

2.1.4. La dynamique pédagogique en salle de cours

D'une manière générale, au moment des représentations graphiques, les CSF sont peu revenus sur la description du dispositif pédagogique qu'ils avaient réalisée lors des entretiens, tant dans la phase de repérage que dans la phase d'ancrage. Ils se sont plus attardés sur leur posture de formateur durant l'animation de la séance pédagogique, sur le rôle qu'ils avaient à jouer pour atteindre l'objectif visé, sur les interactions avec les ESI et parfois sur leur expérience antérieure d'infirmière ou de cadre pour mettre en lien avec des données concrètes de l'exercice professionnel. La dynamique pédagogique est ici mise en exergue.

C'est certainement la partie où ils ont exprimé le plus d'éléments et où ils ont mis en débat leurs choix au moment de l'action. C'est également le moment où l'adéquation avec les

aspirations verbalisées sur leur rôle de formateur ressort le plus et devient le moteur parfois caractérisant les choix d'agir.

La réalisation du dessin fait également ressurgir les imprévus de la séance et permet de mettre des mots sur les débats et les choix qui ont dû s'opérer dans l'action. C'est l'occasion de verbaliser ses doutes ou au contraire d'asseoir ses certitudes tant sur le dispositif pédagogique que sur son animation ou sa perception des étudiants.

C'est souvent une thématique qui revient au moment de l'échange lors de la visualisation des deux dessins. Soit les CSF trouvent qu'il y a une similitude entre les deux représentations (3/15) soit au contraire ils ont besoin d'argumenter les différences et d'explicitier les modifications et les ajustements qu'ils ont dû faire.

Pour illustrer notre propos, suivons Marie G5F1 et Anna G4F3 dans leurs réflexions.

a) *L'approche de Marie*

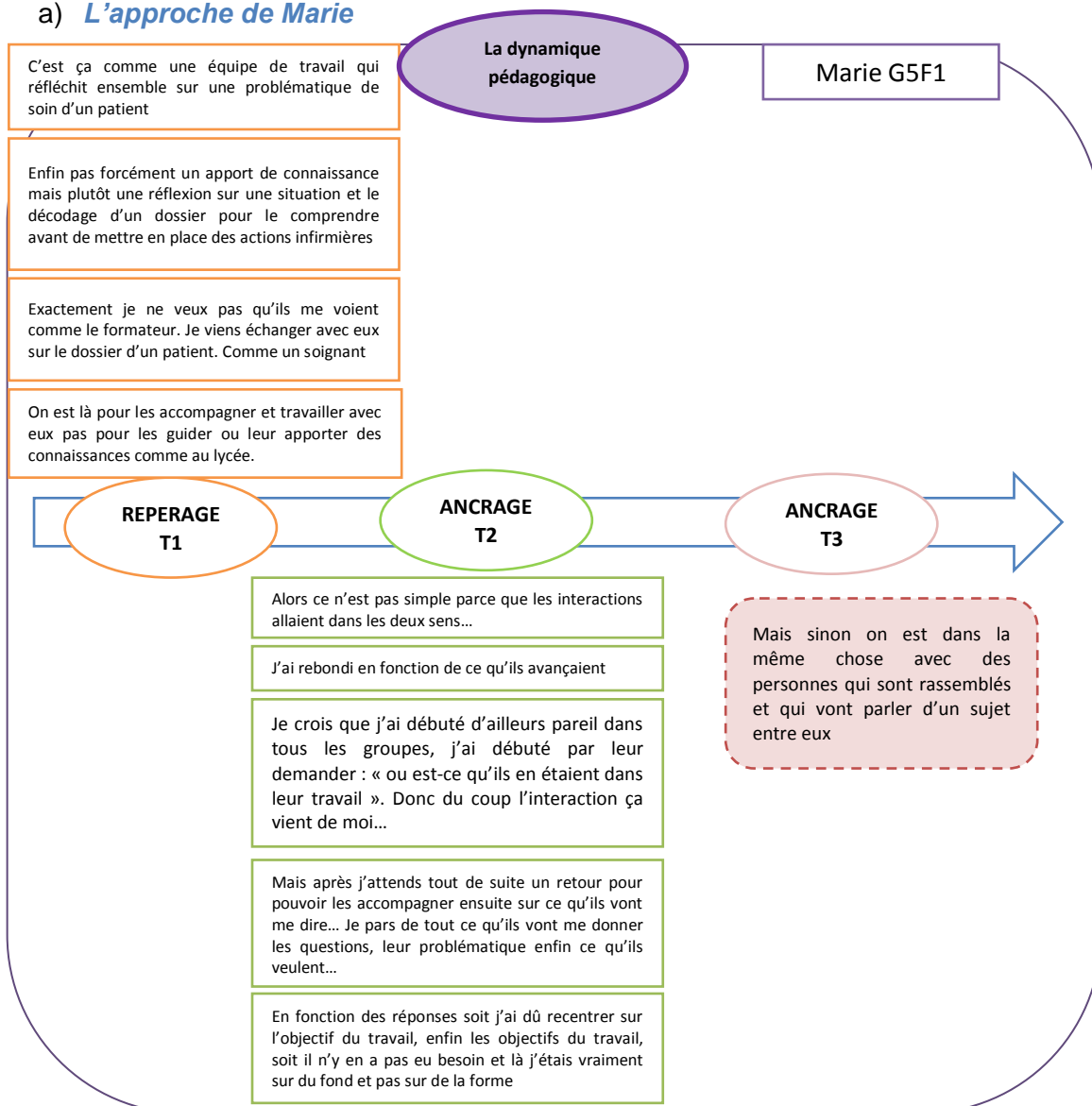


Figure 15 : Approche de Marie

Dès la phase de repérage Marie expose la forme pédagogique qu'elle souhaite insuffler à la séance en croisant avec la similitude de l'étude d'un dossier dans une unité de soins.

« C'est ça comme une équipe de travail qui réfléchit ensemble sur une problématique de soin d'un patient. Voilà, on est en train de discuter sur une situation. Donc pas forcément... Enfin pas forcément un apport de connaissance mais plutôt une réflexion sur une situation et le décodage d'un dossier pour le comprendre avant de mettre en place des actions infirmières. Ils doivent travailler à partir d'un support papier puisqu'on est à l'IFSI mais cela serait pareil en service avec le même dossier. On travaille dans le même sens avec une finalité commune. » (E1-Marie-L.835-841).

Elle met l'accent sur l'importance de travailler avec une visée commune pour former le professionnel de demain. Elle ne cloisonne pas son action et la situe dans une alternance intégrative. Elle donne une place à l'apprenant en l'inscrivant dans une dynamique professionnelle avec une décision argumentée à prendre sur la situation d'un patient. Elle décide de prendre une posture d'accompagnante qui aide au décodage d'un dossier patient. Elle ne se voit pas apporter de la connaissance mais plutôt accompagner la réflexion.

Dans la phase d'ancrage elle confirme les aspirations mentionnées précédemment et sa manière de guider les étudiants. Elle est consciente que c'est elle qui initie l'échange afin de créer des interactions lui permettant de repérer comment accompagner le groupe dans son cheminement. Elle sait que certains étudiants sont en difficulté par rapport aux consignes de travail et à la manière de cheminer dans leurs apprentissages. Elle estime que c'est de son rôle de les accompagner sans apprendre à leur place.

« Ils doivent prendre de nouvelles marques et de nouveaux repères. On est là pour les accompagner et travailler avec eux pas pour les guider ou leur apporter des connaissances comme au lycée. Il y a de nouveaux termes à apprendre, une nouvelle façon de travailler à partir d'objectif par exemple et certains ont encore du mal à comprendre notre manière de travailler. On travaille avec eux mais on n'apprend pas à leur place. On n'est pas dans un rapport d'évaluation sanction. » (E1-Marie-L.872-877).

Majoritairement, dans les différents groupes elle procède de la même manière en s'assurant que l'objectif est bien compris et que les étudiants sont au clair sur la réflexion à construire.

Il y a peu d'écart entre la vision du repérage et celle de l'ancrage malgré la complexité de la tâche.

b) L'approche d'Anna

Nous retrouvons dans la phase de repérage la même intention pédagogique de vouloir créer des espaces d'échange pour faciliter la communication et le partage d'informations entre les étudiants et le formateur. L'enseignant est là pour écouter et recadrer si besoin en fonction de la finalité visée. La forme pédagogique est également présente, anticipée et conçue dès la formalisation du dispositif pédagogique.

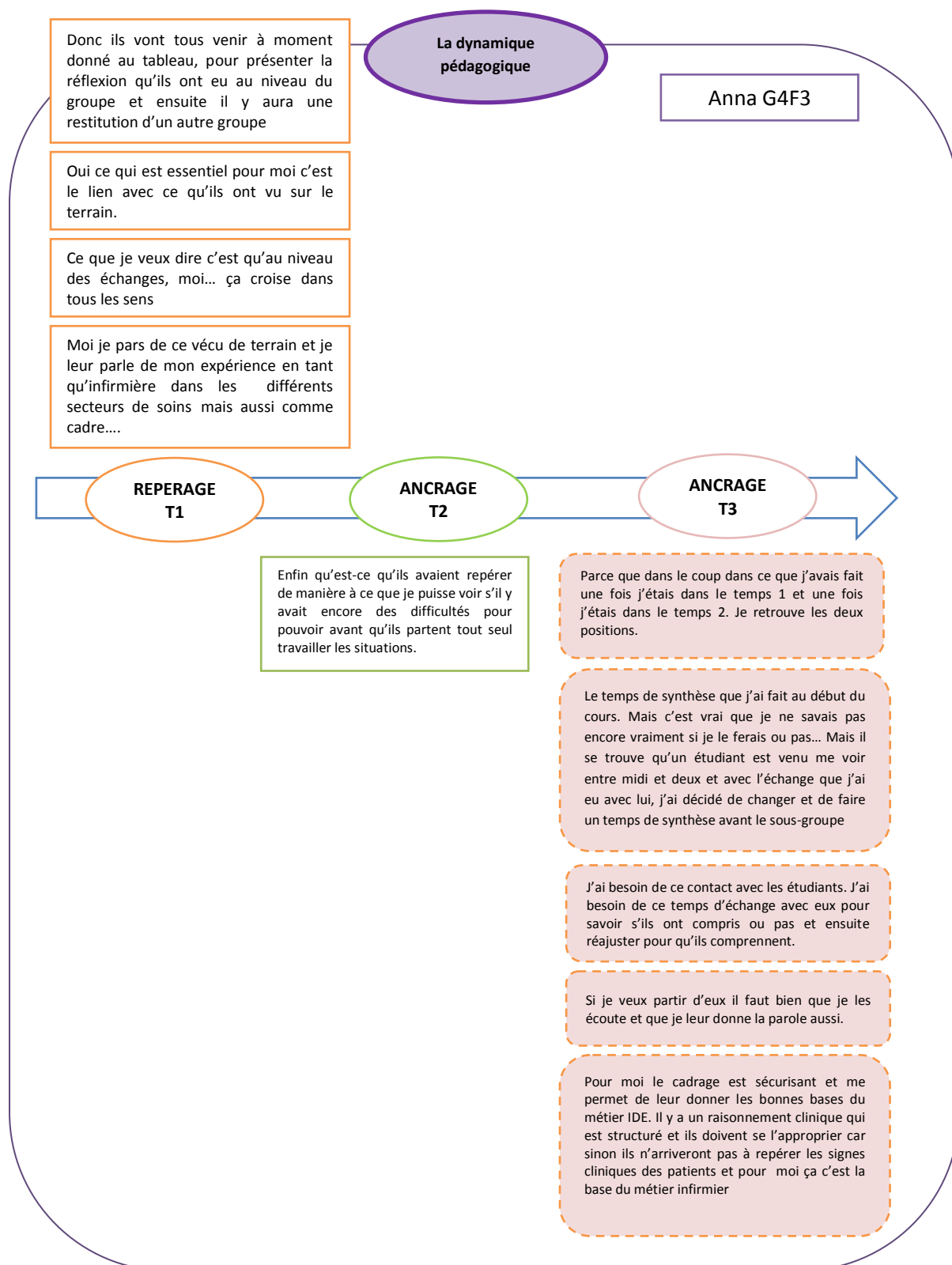


Figure 16 : Approche d'Anna

Pour Anna le lien avec son expérience professionnelle de soignant, comme infirmière ou comme cadre, fait partie intégrante de son dispositif. Elle est positionnée dès la conception de la séance.

« Je dirais que ce qui est essentiel pour moi... Oui ce qui est essentiel pour moi c'est le lien avec ce qu'ils ont vu sur le terrain. La psychiatrie est une discipline où il faut repérer des signes cliniques. Beaucoup de choses se jouent dans l'observation. Moi je pars de ce vécu de terrain et je leur parle de mon expérience en tant qu'infirmière dans les différents secteurs de soins mais aussi comme cadre.... Là c'est un peu différent c'est plus en lien avec le profil d'IDE que je souhaitais accueillir dans mon unité... c'est important pour qu'ils comprennent... Je dois leur transmettre cette spécificité de la psychiatrie et donc j'ai besoin de leur parler de mon expérience d'IDE... Après comme cadre c'est surtout mes souvenirs en lien avec l'encadrement des jeunes DE et ce qu'ils leur manquaient en arrivant comme la structure, un schéma de pensée, la réflexion infirmière pour certains heureusement pas pour tous. Donc c'est pour cela que j'accroche sur le cadre et la structure, voilà.» (E1-Anna-L.793-806)

Il nous semble intéressant de relever ici que ce qui anime Anna se décompose en deux parties. D'un côté son souhait de transmettre les spécificités de l'exercice d'une infirmière travaillant en psychiatrie en insistant sur un des axes du cœur de métier à savoir l'observation clinique. De l'autre côté émane le profil du jeune professionnel qu'elle accueillait dans son unité comme cadre de santé. A partir de ce qu'elle appelle « *des manques en arrivant* », elle structure son dispositif pédagogique et son animation de la séance. C'est la raison pour laquelle elle privilégie l'analyse de la situation autour d'une structure et d'un cadre prédéterminés afin de construire le schéma de pensée de l'étudiant. Nous pouvons voir que lors du croisement des dessins, Anna finalise ses propos en disant :

« Pour moi le cadrage est sécurisant et me permet de leur donner les bonnes bases du métier IDE. Il y a un raisonnement clinique qui est structuré et ils doivent se l'approprier car sinon ils n'arriveront pas à repérer les signes cliniques des patients et pour moi ça c'est la base du métier infirmier. » (E2-Anna-L.

Le raisonnement clinique est omni présent dans les propos d'Anna et accompagne la structuration des apports à cibler pour les ESI.

Un élément majeur va réorienter la trame prévue par Anna. Sa rencontre avec un étudiant de 1^{ère} année dans le cadre d'un suivi pédagogique va l'amener à revoir son jugement et à modifier l'organisation de son activité pédagogique.

« Mais il se trouve qu'un étudiant est venu me voir entre midi et deux et avec l'échange que j'ai eu avec lui, j'ai décidé de changer et de faire un temps de synthèse avant le sous-groupe. » (E2-Anna-L.892-894)

L'échange avec l'étudiant convainc Anna d'accentuer l'axe méthodologique du TD. Elle restructure son intervention en mettant l'accent sur le cadre pour donner des repères et inscrire l'étudiant, en début de formation, tout de suite, dans les règles de l'art. Elle porte un jugement sur la manière de fonctionner en évoquant le rythme qui est parfois imposé aux étudiants et qui ne facilite pas forcément leur apprentissage.

« En fait nous avons échangé sur les méthodes de travail de cet étudiant qui est en semestre 1 et je me suis rendue compte que parfois on allait trop vite. Pour nous c'est facile et c'est clair mais que pour un étudiant de 1^{ère} année ce n'est pas simple et qu'il lui faut une structure et un cadre sinon cela part dans tous les sens. Il n'a pas encore de repère et de cadre, oui de cadre. Je me suis donc dis en partant en cours qu'il fallait que je recadre pour les mettre en sécurité et leur donner de bonnes habitudes aussi par rapport à une manière de fonctionner. Je pense que parfois nous allons trop vite il faut que l'on se mette parfois à leur place pour ralentir et prendre leur rythme sinon on va les perdre... » (E2-Anna-L.896-904)

Notons ici l'expression d'une valeur pédagogique présente chez Anna et qui n'est pas seulement de l'ordre du discours. En effet, elle parle d'adaptation à l'étudiant et nous montre par cet exemple une illustration concrète de sa manière d'agir. Elle ose modifier son projet malgré la trame connue à l'avance par les étudiants.

Dans le même registre, mais sur un plan différent, Victoria part en salle de cours sans savoir comment elle va s'y prendre. Elle dit visualiser l'environnement et le contenu qui s'y trouve. Il faut attendre l'arrivée en salle de cours et le contact avec les étudiants pour qu'elle prenne une décision et anime sa séance.

« Tant que tu ne l'as pas vécu, moi je ne peux pas imaginer comme cela va se passer. Moi j'avais la vision de la salle donc pour moi c'était claire... Maintenant après comment on allait le faire, voilà... Je ne savais pas trop... Ça c'est vraiment bien prêté. Je savais qu'il y avait deux lits... Mais m'a difficulté à moi c'était de savoir si je faisais les deux scènes l'une après l'autre ou si j'enchainais et arrivée dans la salle quand j'ai vu les étudiants je me suis dit que j'allais en exploiter une et que je ferais l'autre après. » (E2-Victoria-L.855-861)

Cette première approche issue de l'analyse des verbatim des dessins nous permet de dégager certains modes opératoires qu'il est nécessaire d'enrichir par l'analyse des verbatim collectés à la fois dans la phase de repérage mais également dans l'agir situationnel.

2.2. L'analyse de l'activité des CSF

Dans un premier temps nous avons procédé pour chaque CSF à la réalisation d'un « schéma des raisonnements » sur la phase de repérage. (Tome 2A, 2B et 2C) Puis nous avons dégagé sur les phases d'ancrage (retour simple et auto-confrontation avec le film) « le parcours d'action » des professionnels. A l'issue de l'agencement des données nous avons pu établir une proposition de structure conceptuelle de la situation qui sera présentée dans la partie suivante.

L'analyse des activités réelles et des tâches redéfinies par les CSF a permis d'explicitier et de rendre visible certains savoirs tacites issus de l'expérience.

A l'aide des outils de la didactique professionnelle, nous avons identifié les actions, les invariants opératoires, les règles d'action et les différents buts et objectifs qui ont été déterminés par l'activité des CSF et ceci en lien avec la conception et l'animation du dispositif pédagogique. Ainsi quatre activités principales se sont dégagées :

- l'organisation pédagogique,
- le choix du contenu pédagogique,
- l'animation de la séance,
- la connaissance du groupe ESI.

Pour certains formateurs une cinquième activité a été établie, à savoir l'identification des ressources du CSF ; nous la traiterons dans la partie suivante.

Toutes ces activités sont en interrelation les unes avec les autres. Les mots véhiculés dans les échanges montrent les liens qu'il existe entre ces quatre domaines et déterminent parfois les conditions pour la réussite de ceux-ci.

Pour rendre notre propos compréhensif nous l'avons structuré autour des quatre activités principales émanant de la construction et la mise en œuvre du dispositif pédagogique. Nous vous proposons de suivre trois formateurs : Camille (G4F1), Karine (G1F2) et Eve (G3F3) qui nous révèlent leur vision.

2.2.1. Présentation du cheminement et du questionnement de Camille

Nous suivons Camille. Le schéma des raisonnements ([annexe 8](#)) et le parcours d'action ([annexe 9](#)) sous leurs formes complètes se trouvent en annexe.

a) L'organisation pédagogique

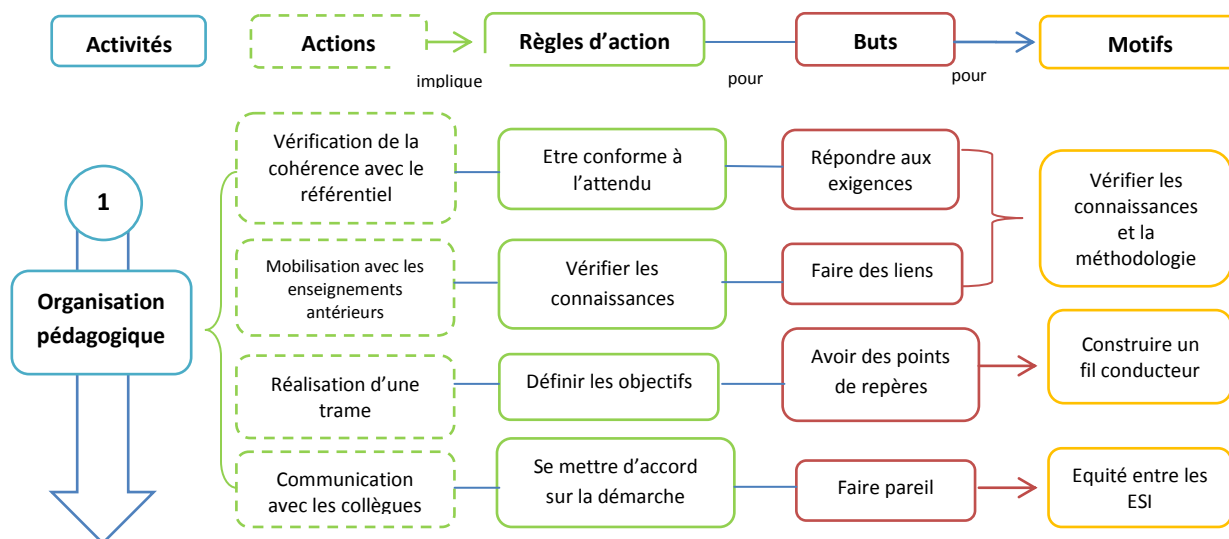


Figure 17 : Schéma des raisonnements de Camille : l'organisation pédagogique

Les éléments qui sont essentiels pour Camille témoignent de l'importance d'être conforme au référentiel de formation. C'est selon elle une exigence qui demande à être respectée.

« Enfin, moi, je vois deux choses à la fois la méthodologie que je leur donne et que je leur demande de suivre. Donc une cohérence entre le référentiel de formation, ma fiche pédagogique parce que moi j'ai construit le T.D. en m'appuyant sur le référentiel de formation mais aussi en tenant compte de l'ensemble de la progression dans l'unité d'enseignement,

voilà. Donc cette cohérence je dois la garder et en même temps m'assurer qu'elle est suivie et donc à moment donnée la valider et ensuite l'évaluer. C'est ce que me demande le référentiel.» (E3-Camille-L.80-89)

Nous retrouvons cette idée dans les propos de Camille au moment du retour simple sur l'activité. Nous pouvons constater que cet élément lui sert de fil conducteur et même de grille de lecture pour valider ou non les propositions des étudiants.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb ⁵⁹ quand
Donner une méthodologie	Respect de la méthodologie (193)	Les données sont dans les bonnes cases (194)	Ils respectent la méthodologie demandée par le référentiel (192)	Suivent ma grille de lecture (195)	Donne une grille de lecture et une méthodologie	Respect de la méthodologie (400)
		Je suis concentrée sur ce qu'ils projettent et sur ce qu'ils ont écrit (197)	Je ne vois pas les interactions entre eux (196)	Je n'oublie rien (198) Je laisse quelque chose le plus juste possible (199)	Je corrige et je valorise le travail (200) Je réajuste (217)	

Le deuxième élément qui apparaît concerne la mobilisation des enseignements antérieurs et les apports réalisés dans les autres U.E. Il semble y avoir d'ailleurs un enjeu pour le formateur mettant ainsi l'étudiant dans une logique de soumission. Le CSF se trouve dans l'obligation de faire appliquer une consigne et de la contrôler

« Après je voudrais que la méthodologie soit acquise ou qu'ils montrent qu'ils remobilisent la démarche. Je voudrais que les étudiants réalisent des liens entre la situation de l'enfant, le polyhandicap, le champ relationnel avec les parents mais également pour arriver tout doucement à la notion d'institutionnalisation de l'enfant. Je voudrais qu'ils n'oublient pas la notion de la famille et de sa prise en charge. Ils ont eu des consignes donc j'attends qu'ils les respectent. Ils connaissent maintenant l'ensemble de la démarche donc j'attends que cela soit respecté. Ils ne sont pas libres de faire comme ils veulent. Il y a un chemin, une logique à suivre. Demain sur le terrain, ils n'auront pas le choix. » (E1-Camille-L.491-500)

Dans l'agir situationnel cela n'est pas si simple mais reste néanmoins une priorité qui nécessite de repositionner le niveau d'exigence attendu par le formateur.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Vérifier les connaissances	Je pose des questions en lien avec les connaissances (130) je reprends on ne parle pas d'IMC chez un enfant (131)	Ils ont des difficultés à répondre (133)	Ils n'ont pas fait de recherche pour comprendre (134) Ils n'ont pas repris leur cours pour faire des liens (135)	ils ne peuvent pas réaliser l'analyse de la situation. (136) Ils n'ont pas compris (141)	Je reprends aussi le déficit moteur de l'enfant et je m'aperçois qu'ils n'ont pas les connaissances de base. (133)	Je leur donne le niveau d'exigence que moi j'attends (159)
	Je leur dit : « c'est important pour moi que je vois que vous avez		C'est vrai que j'incite beaucoup (164) Mais il faut	Pour moi c'est important qu'ils aient conscience de ça car cela va	Je pense que c'est important de leur dire. (161) Je fais à nouveau un	Je donne le cadre (161)

⁵⁹ Pb : lire partout problème

	compris que cet enfant... » (163)		qu'ils comprennent cela (165)	conditionner tout le reste. (162)	cours méthodologique sur la manière de transmettre les choses. Je les reprends sur les éléments mis sous forme de traits et pas sous forme narrative avec des liens entre les signes et les connaissances qu'ils ont. (166-168) J'écoute, je valide, je questionne et je vérifie les connaissances. (273)	
--	-----------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------	--	--

La troisième action est la réalisation d'une trame pédagogique qui reprend les objectifs et les finalités du cours. Cela permet de faire un lien avec le référentiel de formation mais également d'inscrire l'enseignement dans une continuité. C'est un point de repère à la fois pour le formateur mais également pour l'étudiant.

Pour finir nous retrouvons le positionnement du collectif de travail. Camille pointe la nécessité de travailler ensemble et de construire une trame commune afin d'avoir des points de repères. L'idée ici est de « faire pareil », « d'avoir la même trame », pour mener une démarche commune dans tous les groupes avec comme principe « l'équité entre les ESI ».

b) Les choix et le contenu pédagogique

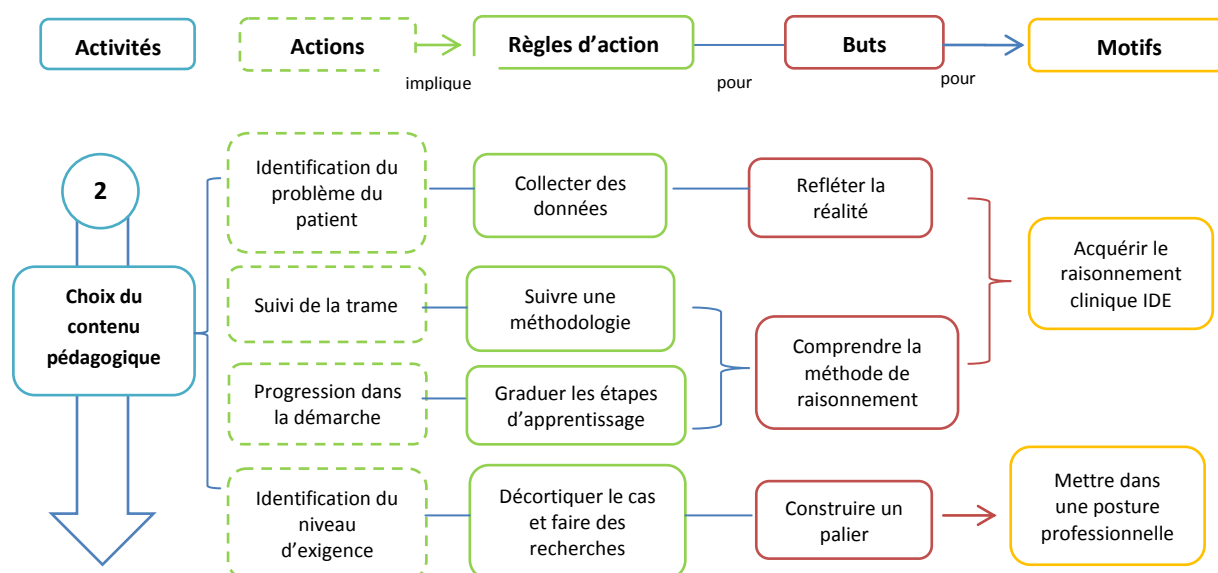


Figure 18 : Schéma des raisonnements de Camille : les choix et le contenu pédagogique

Dans la structuration de son dispositif pédagogique, Camille a le souci d'allier l'analyse d'une situation d'un patient et l'acquisition d'une méthodologie, pour que l'étudiant construise son raisonnement clinique infirmier. Ces deux thématiques constituent son fil conducteur et lui servent de guide pour faire des choix en situation de cours.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Analyse de la situation			Le raisonnement clinique c'est toujours compliqué pour eux parce qu'ils veulent vraiment avoir le corriger type (36)	Ils veulent des recettes toutes faites (37)	C'est pour ça que je ne leur donne pas de corriger parce que je veux qu'ils comprennent que l'analyse ça viennent d'eux. (39) Il suffit qu'elle soit argumentée et cohérente. (41)	
	Lien avec la situation du cas de la personne pas des généralités	J'entends ses réponses	L'étudiant a compris la situation	Qu'il propose des soins adaptés à la personne (117)		Il respecte la méthodologie (193)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Méthodologie	Donne une structure (44)		Je veux un chemin assez logique dans la réflexion (44)		Je repars du début en leur demandant de dire ce qu'ils pensent de la présentation (45) Je reste sur un aspect méthodologique (46) Je dois vérifier et contrôler (107)f	J'ai tout vérifié et contrôlé qu'ils ont tout acquis (107)
		Ils ne savent pas présenter un patient (68)	Ils suivent bêtement une trame (68) Je dis qu'ils ont travaillé comme un devoir d'école (74)	Ils ne se posent pas les bonnes questions (69) Ils ne font pas de lien avec l'exercice professionnel (74) Ils ont voulu me faire plaisir et suivre les consignes (75)	Je leur demande si c'est comme ça qu'on présente un patient dans le service (70) je leur fait un cours (124). je leur donne les éléments importants et je reprends les éléments du cours que je leur ai donné en amont. (125)	Je suis soulagée quand ils disent non (72)
	Je suis la fiche pédagogique (118)		Je ne peux pas m'en écarter (118)	C'est un point de repère pour moi et les ESI	je la prends souvent et je relis pour être sûre que je suis bien toujours dans l'objectif. Sur les images on voit que je regarde le corrigé et la fiche pédagogique (119)	Ils sont capables de retranscrire la méthodologie (350)

Ce qui nous semble intéressant de montrer ici, c'est que les éléments énoncés dans la phase de repérage s'expriment dans les phases d'ancrage à une nuance prêt. En effet, les notions de « *rigueur* », « *de respect des consignes* » deviennent une des caractéristiques du formateur et en fait une de ses empreintes. A tel point que les étudiants qui ont décodé sa manière d'agir l'utilisent. Ils répondent ainsi à la conformité attendue par le formateur. Quand cela se produit, Camille n'est pas satisfaite car elle le relie à l'exercice professionnel infirmier. Pour elle, « *ils suivent bêtement la trame* » et « *travaillent comme à l'école* » pour « *lui faire plaisir* ». Ce constat la chagrine. Elle interagit alors avec les étudiants en essayant d'établir un lien avec leurs stages et l'expérience qu'ils ont construite au moment de la

présentation d'un patient dans une unité de soins. Suivant la réponse des apprenants, elle adopte l'une ou l'autre de deux postures : soit elle est « *soulagée* » et poursuit l'écoute des arguments du groupe ; soit elle n'est pas satisfaite ou perçoit que les étudiants sont en difficulté ce qui la conduit « *à reprendre en réalisant un cours* ».

Par ailleurs, la fiche pédagogique est vraiment un repère pour Camille. C'est un élément capital à la fois dans la phase de construction mais essentiellement dans la mise en œuvre de la séquence de cours. Comme elle le précise, « *je ne peux pas m'en écarter* ». D'ailleurs elle le soulignera à 10 reprises au cours des différents temps d'entretien. Camille y fait référence, la consulte régulièrement notamment lorsqu'un groupe d'étudiants énoncent des arguments qui ne sont pas en adéquation avec sa vision ou son analyse. Elle revient systématiquement à son corrigé-type, qui est une ressource pour elle. C'est un document qui ne la quitte pas et qui lui permet de rester conforme à la méthodologie décidée dans le collectif de formateurs. En revanche malgré les sollicitations des étudiants, qui ont repéré que Camille cochant sur une trame les éléments qu'ils énonçaient, elle ne souhaite pas leur transmettre. Elle l'explique en disant « *je veux qu'ils comprennent que l'analyse ça vient d'eux* ». Son souhait du départ de « *mettre les ESI dans une posture professionnelle* » se confirme ici.

c) L'animation de la séance

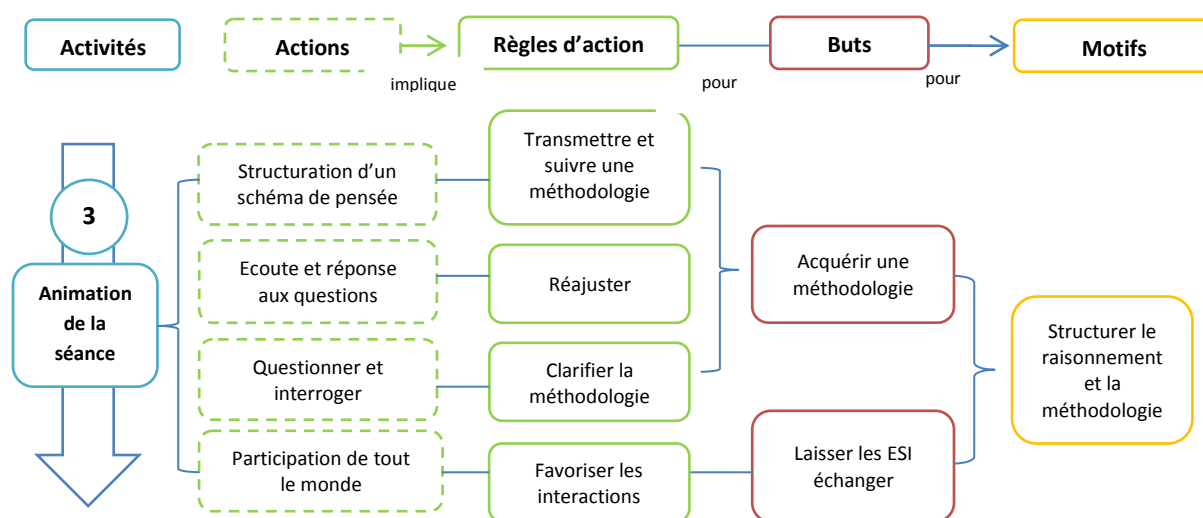


Figure 19 : Schéma des raisonnements de Camille : l'animation de la séance

Les intentions de Camille sont toujours dans le même registre en lien avec l'acquisition d'une méthodologie. Pour cela elle envisage de structurer le cheminement intellectuel des apprenants, d'être à leur écoute, de favoriser le questionnement et les interactions entre eux.

Elle n'envisage pas d'apporter de réponses mais plutôt de solliciter les étudiants pour qu'ils interagissent entre eux.

Au début du TD, Camille cherche une place dans la salle et s'installe, comme nous l'avons vue précédemment, ce qui lui occasionne de nombreux débats pour trouver la meilleure alternative possible. Le choix d'être devant ou au milieu des étudiants est source de questionnement et d'interrogation. Puis il est nécessaire de débiter l'activité.

Tableau 12c : Parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Retour sur les travaux en sous-groupe	Rappel des objectifs du TD et la démarche poursuivie	La vieille quand ils ont travaillé que le temps que j'avais pour la partie était un peu juste. Deux heures (15-16)	Ils ont quand même besoin de temps pour se mettre au travail (18)	Ils ne sont pas dans le TD au départ. Je dois rappeler les règles	Faire le point Faire que tout le monde se concentre sur le TD	Tout le monde est concentré et a préparé ses affaires

Tableau 13c : Parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Installation dans la salle	Je demande au 1 ^{er} groupe de commencer	1 ^{er} groupe met beaucoup de temps à s'installer (10)	Je remarque que ce n'est pas encore quelque chose d'instinctif chez eux (11)	Je dois encore reprendre	Qu'ils ont besoin que je leur donne mon accord pour commencer. (11)	Ils commencent

Nous pouvons constater qu'à l'arrivée en salle de cours, Camille a besoin d'inscrire le T.D. dans une logique pédagogique et de contextualiser l'intervention. Elle donne un cadre à l'activité en redonnant les objectifs de la démarche. C'est une manière pour elle de recentrer les étudiants et de capter leur attention. Néanmoins, le premier groupe met du « *temps pour s'installer* ». Ce qui lui laisse supposer que « *ce n'est pas encore intuitif* ». Malgré son souhait de laisser les étudiants autonomes elle intervient et « *donne son accord* ». Ensuite le cours peut commencer et elle peut déployer sa stratégie d'accompagnement. Mais des aléas vont venir interférer.

Tableau 12d : Parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation		Je mesure un écart entre les groupes	Je me rends compte que tout le monde n'a pas compris la même chose (55) Ils ont tous le même sujet et pour autant ils en ont fait une interprétation différente suivant les groupes. (63) (85) (90)	Ils vont ranger les données dans des cases différentes et ce n'est pas toujours très judicieux mais parce qu'ils ne comprennent pas encore totalement le sens des items (64-66)	C'est normal parce que c'est le début (66) C'est pour ça que je les mets en groupe pour faire ce travail et qu'ensuite je fais une restitution orale devant tout le monde. Parce que je sais que c'est un exercice difficile et qu'on ne peut pas le faire tout seul dans son coin... (67-69) Je guide vers l'évaluation (93)	Ils partagent en groupe
	Correction des supports des ESI	des groupes qui corrigent d'emblée quand ils sont au tableau sur leur support. (243)	ça m'agace un peu (244)	Je trouve que l'on perd du temps parce que c'est fait en même temps (245)	Je ne dis rien (254) Je ne les écoute pas car je suis sous l'emprise de ma colère (287) au début	

Tableau 13d : Parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le Pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je reprends la grille de correction et j'essaie de cocher ce qu'ils disent (27)		Je me perds, je ne comprends vraiment pas pourquoi ils ne sont pas repartis de ce que nous avons travaillé précédemment (28)		Je tourne mes fiches, je reprends mes papiers (30)	Je reprends tout avec eux
	Je fais les gros yeux, je fais des grimaces (32)				...heureusement que les étudiants ne me voient pas parce que j'en fais des grimaces (31) Je joue toujours avec mon crayon... Mon corps parle pour moi... (32)	Je prends ma correction Bon ce qui est bien c'est que je les écoute sans dire un mot...
	J'essaie de reprendre avec eux pour qu'ils identifient le problème (188)	...mais ils n'y arrivent pas (188) Mais c'est pareil ils n'arrivent pas à faire des liens (191)	qu'ils identifient le problème		Je les reprends sur le problème et sur l'argumentation. (191) Je reprends mon corrigé je ne me souviens plus exactement de la formulation correcte. Je veux dire la même chose à tous les groupes	J'ai repris mes notes et que j'ai dit pareil à tous les groupes (194-196)

Les présentations successives des groupes amènent à des disparités et mettent en évidence des incompréhensions sur certains paramètres du cas patient. Camille se sent dans l'obligation de « reprendre » et de « ranger les données dans des cases » ; c'est, selon elle, la meilleure manière d'accompagner les étudiants dans la structuration de l'analyse du cas. Elle révèle à ce moment-là que le choix de privilégier l'apprentissage en groupe facilite la compréhension parce « qu'on ne peut pas le faire tout seul dans son coin... ». De plus pour elle, « apprendre le raisonnement clinique c'est plus compliqué que faire un geste technique ». (E2-Camille-L.321). La notion de groupe est pour Camille une force à mobiliser. Elle permet, selon elle, une mobilisation des ressources de l'ensemble des étudiants en matière de connaissances, d'analyse et d'expérience de stage. C'est également un atout au moment de la restitution collective devant les pairs. La deuxième approche visée ici et de faire travailler les étudiants dans les mêmes conditions que demain dans l'exercice professionnel. Pour Camille « c'est une base du métier [...] Il faut travailler avec tout le monde. C'est ça la réalité du travail infirmier ». Elle évoque néanmoins un frein, à partir du moment où le groupe part sur une mauvaise voie ; ce qui lui demande une vigilance importante pour tout « contrôler et valider ».

Au vu des « écarts entre les groupes », Camille va faire des choix pour tenir sa ligne directrice. Tout d'abord, elle a besoin de se rassurer et de vérifier la conformité avec sa grille de correction, « Je reprends la grille de correction et j'essaie de cocher ce qu'ils disent ». Mais pour autant, suivant les arguments présentés par les étudiants, elle « se perd » et « ne comprend pas pourquoi ils ne sont pas repartis de ce que nous avons travaillé précédemment ». Elle va prendre alors différentes postures. Pour le premier groupe, elle « pose beaucoup de questions et les sollicite beaucoup » en espérant que les réajustements seront pris en compte par les groupes suivants. Comme elle le précise, « je mets vraiment mon énergie dans le début du TD et j'en fais comme un moment important dans mon animation et dans ma manière de guider la restitution du travail » (E2-Caroline-L. 148-149). Son investissement est important. Néanmoins, malgré le fait qu'elle souhaite « être équitable entre tous les groupes », elle réalise qu'elle consacre trop de temps à ce groupe-là, entraînant une disparité de temps de parole entre les apprenants, ce qui la contrarie. Mais elle ne voit pas comment faire autrement car le cadrage de début est capital. Pour les groupes suivants l'accompagnement se complique notamment lorsque les étudiants n'ont pas ajusté, ou bien sont partis sur une mauvaise piste. Dans ce cas, le langage non verbal s'exprime : « Je fais les gros yeux, je fais des grimaces », « ça m'agace ». Camille n'est alors plus en capacité de se concentrer. Elle précise : « Je ne les écoute pas car je suis sous l'emprise de ma colère ». Elle préfère rester concentrée sur sa trame pédagogique et sur son corrigé-type plutôt que d'intervenir. Néanmoins elle donnera un réajustement sous forme de cours, en fin de séance, en s'appuyant sur la trame préétablie.

Par ailleurs ce qui impacte les choix d'action de Camille concerne sa volonté de garder « *une cohérence d'un groupe à l'autre* ». Sa priorité est d'assurer un discours unique entre les apprenants avec la même ligne directrice pour ne pas avoir de réprimande au moment de l'évaluation.

Enfin, dans son animation Camille attache une importance particulière à la manière dont les étudiants construisent leur analyse et l'argumentation des données qu'ils ont mobilisées. Elle vérifie que les caractéristiques du patient sont identifiées et qu'elles sont mises en corrélation avec les aspects plus thérapeutiques. Les réactions du patient, de sa famille doivent être prises en compte au même titre que les transmissions sur les soins ou les prescriptions médicales. Elle renvoie d'ailleurs les étudiants à l'importance de leur rôle propre et à la spécificité du travail infirmier. Elle ajuste la formulation des hypothèses surtout quand l'interprétation des étudiants montre l'oubli de l'analyse de certains paramètres. Elle perçoit cette activité comme un point essentiel de son rôle de formateur.

d) La connaissance du groupe des étudiants

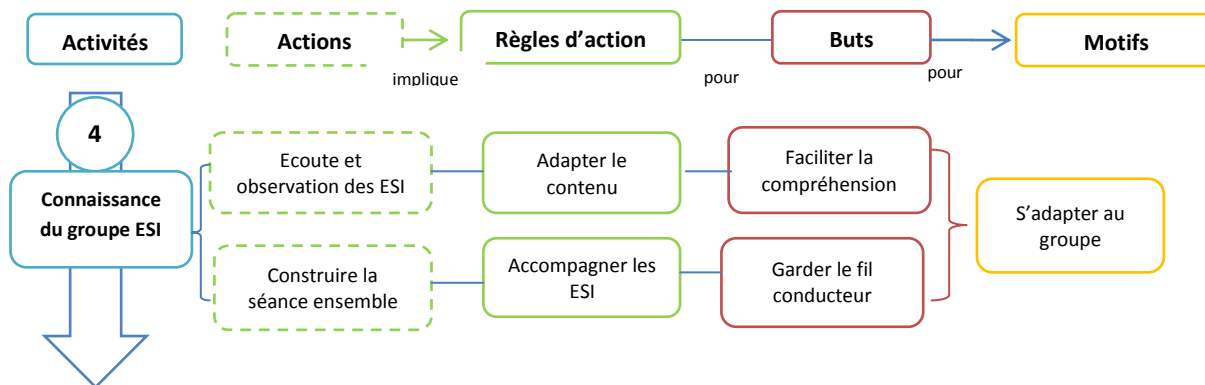


Figure 20 : Schéma des raisonnements de Camille : la connaissance du groupe des étudiants

L'approche principale ici est l'adaptation au groupe. Pour ce faire, Camille prend le temps d'écouter et d'observer toutes les manifestations de compréhension, d'incompréhension, de questionnement émanant des étudiants.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Valoriser le travail de chacun (158)	Les réajustements et les évolutions par rapport au travail de groupe d'hier (168)	Ils ont pris du temps pour travailler (159)	Si je ne les fait pas passer, je ne les valorise pas et ils vont se dire que la prochaine fois ce n'est pas la peine de faire le travail car tous les groupes ne passeront pas (160) Ils peuvent se dire : « ça ne sert à rien que l'on bosse puisque de toute façon elle n'écoute pas ce qu'on a fait comme boulot ». (203)		Je les ai tous écouté. C'est mon devoir (167)

Tableau 13e : Parcours d'action de Camille G4F1 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Dynamique de groupe	J'écoute, j'écris	Le groupe fini en demandant ce que les autres en pensent (35)	Ils donnent une ouverture et ils ont besoin du regard de leurs collègues (36)	Que c'est bien (36) Pour moi c'est une excellente porte d'entrée et c'est pour ça que je ne dis rien et que j'attends aussi parce que je voudrais que cela viennent d'eux enfin surtout des autres qui ont écouté (38)	Je repose la même question que le groupe, et j'attends (40) J'interviens là parce que je préfère que l'on reparte sur un plan et quelque chose de structuré pour éviter de se perdre et avoir un chemin assez logique dans la réflexion (43-45)	Il y a une étudiante qui se risque et qui dit que son groupe n'a pas fait comme ça enfin que ce n'est pas ce qu'ils avaient compris de faire (42)

Camille a vraiment la volonté de construire son animation de cours avec les étudiants. Elle s'appuie sur certaines initiatives individuelles des apprenants en les laissant gérer le temps de parole et de questionnement. Elle ne rebondit que pour faire la synthèse ou appuyer les réflexions, voire pour structurer le débat pour canaliser les propos et rester dans la trame pédagogique.

Par ailleurs, elle a le souci de les valoriser et s'assure que tous les groupes se sont exprimés. C'est une manière pour elle de reconnaître tous les travaux réalisés et surtout ne pas en laisser un de côté. En œuvrant de cette manière elle envoie un message fort aux étudiants, témoignant de l'importance d'effectuer le travail demandé.

2.2.2. Présentation du cheminement et du questionnement de Karine

Nous suivons maintenant Karine, dont le schéma des raisonnements (**annexe 10**) et le parcours d'action (**annexe 11**) sous leurs formes complètes se trouvent en annexe.

a) L'organisation pédagogique

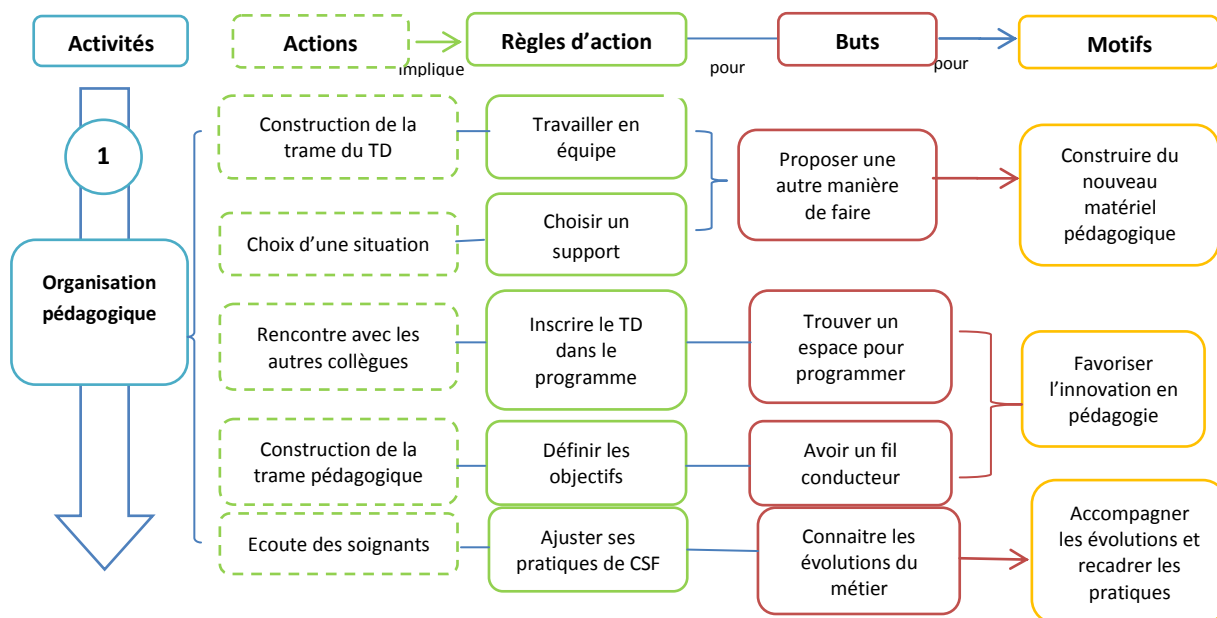


Figure 21 : Schéma des raisonnements de Karine : L'organisation pédagogique

Comme précédemment nous retrouvons la construction d'une trame pédagogique comme élément de base pour structurer l'intervention et l'inscrire dans un continuum de l'activité de formation. Les objectifs donnent une visée commune d'autant plus quand le T.D. est réalisé par plusieurs formateurs en même temps ; ce qui justifie un temps de concertation.

Tableau 14a : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Présenter le TD	Je présente ce que l'on va faire (15) Je donne les objectifs (41)	Ils écoutent, ils sont attentifs	Je veux qu'ils repèrent les étapes (42)		Je donne le cadre Je fixe les différentes étapes du TD Je l'inscrit dans une réalité professionnelle	Ils voient ou je vais

Tableau 15a : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Présenter le TD	Je réexplique dans quel TD on se trouve (16)	Ils écoutent tous (30)	C'est important que je leur dis qu'on est à la fois dans les soins relationnels, dans les soins palliatifs et dans l'éthique (17)	C'est bien pour eux et pour moi (18)	Le fait de réexpliquer et de bien positionner ça c'est très bien. Après c'est clair pour eux et pour moi.	J'ai posé le cadre du TD
	Je justifie ma présence (21)	Ils savent que je ne suis pas référente de cette UE (24)	Je dois leur donner des explications	Je dois être crédible	De leur dire que je fais partie d'un groupe franco-Belge qui travaille sur cette méthode, je trouve que c'est important car cela donne du sens et légitimise ma présence	Je suis au clair avec moi-même (23)
	Je donne le cadre (38)	Ils m'écoutent tous (30)	C'est la 1 ^{ère} fois ce n'est pas simple pour moi (39).	Je suis stressée (39)		

Karine a besoin dès le début de son intervention de témoigner de sa légitimité auprès des étudiants. Le fait de s'adresser à des étudiants de 3^{ème} année, qui connaissent bien le dispositif pédagogique et le nom des formateurs référents des UE, contribue à la « justification » de sa présence. Elle prend d'ailleurs le risque d'aller à la rencontre d'une autre équipe de formateurs pour proposer son projet. Certes elle est « stressée » quand elle débute le TD car il y a un enjeu personnel et collectif face à la nouveauté. Mais une fois la séance installée elle retrouve ses automatismes de formateur et entre dans l'animation en fonction de ce qu'elle est.

Puis, elle enracine son propos dans le partenariat avec les collègues belges, témoignant indirectement de son ouverture auprès des étudiants. Nous pouvons ici faire un lien avec deux éléments. Le premier est l'engagement de Karine dans la démarche Erasmus+ et l'importance pour elle d'inscrire les étudiants dans une perspective de partenariat européen. Le second point est le besoin de varier ses méthodes pédagogiques en proposant de nouvelles approches aux apprenants. Nous trouvons ici une cohérence avec les échanges antérieurs et ses centres d'intérêts pour la formation.

Par ailleurs, la dimension qui diffère ici c'est la conformité avec le référentiel de formation. Karine recherche l'élaboration d'un nouveau matériel afin d'innover et de proposer de nouvelles alternatives pédagogiques aux étudiants. Son expérience de formateur l'amène à s'interroger d'avantage sur la forme que sur le fond, ce qui n'était pas le cas de Camille.

« Parce que je vois bien le nouveau programme il a amené pleins de T.D. Si tu fais 15 T.D. à la suite et que tu as toujours les mêmes méthodes pédagogiques, ils te disent bien qu'ils en ont marrent des « kaki » ou des « quitus ». Donc c'est plus là-dessus que j'ai envie de réfléchir. » (E1-Karine-L.50-54). « J'ai l'impression que tout ce qui est fond c'est bon maintenant et j'ai plus envie de travailler la forme. Tu vois plus réfléchir à comment tu amènes un cours ou un concept nouveau, comment tu choisies ta méthode pédagogique... » (E1-Karine-L.54-57) « J'essaie de les ouvrir vers autre chose » (E3-Farine-L.536)

Trouver de nouvelles façons de dynamiser un cours, de surprendre les étudiants, d'ouvrir sur de nouvelles thématiques en lien avec les réalités professionnelles et les évolutions du métier d'infirmier sont des préoccupations et des questionnements qui animent l'activité de CSF de Karine.

Le dernier point évoqué par Karine est l'importance d'écouter les soignants. Cela lui permet de mesurer les évolutions du métier puis d'ajuster ses pratiques. Sa vision extérieure et distancier favorise l'analyse des conditions de travail des infirmières. Son expérience et sa maturité professionnelle contribuent à prendre position et à dénoncer des pratiques qu'elle juge « dégradées ». C'est un moyen également pour elle d'accompagner les évolutions et de recadrer les pratiques auprès des étudiants.

« ...c'est de former les professionnels et leur redonner les bases de notre profession. [...] Je pense que nous, formateurs, on est à distance de tout cela et voyons bien le système se dégrader. Les soignants eux sont dedans. Quand je vais voir un étudiant en stage j'écoute leur souffrance et j'entends les évolutions du métier. Parfois il faut juste échanger avec eux pour leur donner une bouffée d'oxygène et leur montrer que l'on peut personnaliser le soin avec peu de chose et surtout peu de temps. Je pense que mon rôle est aussi sur le terrain justement parce que je suis témoin de choses que les gens sur le terrain sentent mais ne voit pas. C'est pour moi une mission aussi du cadre de santé formateur. » (E1-Karine-L.99-114)

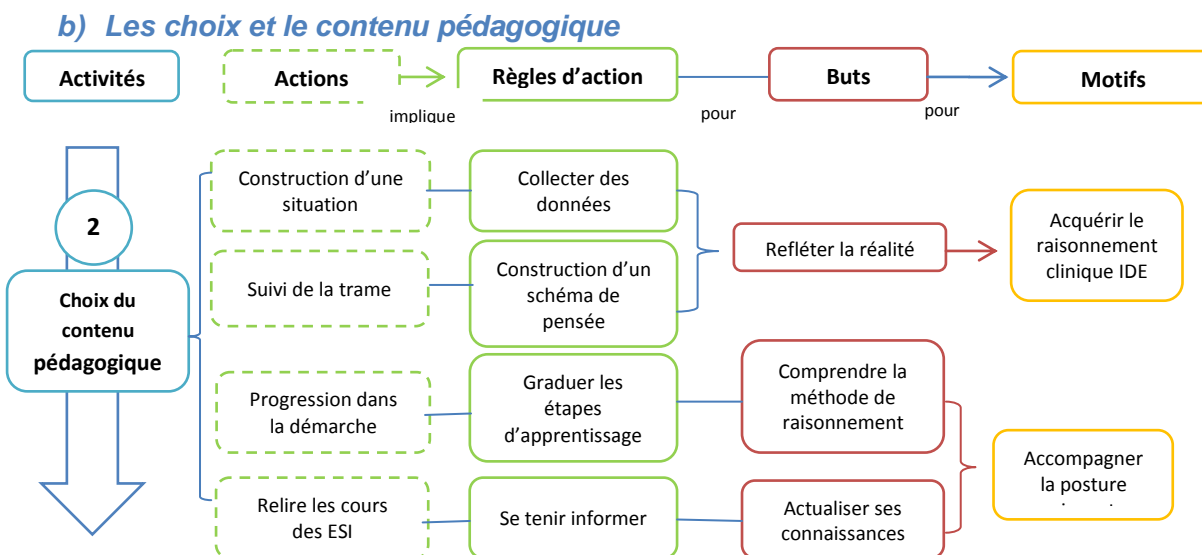


Figure 22 : Schéma des raisonnements de Karine : les choix et le contenu pédagogique

Ce qui nous semble intéressant de relever ici c'est la construction de la situation proposée aux étudiants. Outre le fait qu'elle ait été élaborée en inter IFSI, elle émane surtout du terrain professionnel, lui donnant ainsi une résonance ancrée dans l'exercice infirmier. C'est d'ailleurs une préoccupation de Karine qui cherche à inscrire ses propos dans la réalité des unités de soin. C'est une manière pour elle de rendre plus concret le raisonnement clinique infirmier mais surtout d'accompagner la prise de décision en situation réelle du soin. La posture soignante est clairement recherchée et attendue. Elle constitue une des clés de lecture qui animeront les débats à venir sur la thématique de la fin de vie et des soins relationnels.

Nous retrouvons comme pour Camille la nécessité de suivre une trame. En revanche, ici, elle est perçue comme favorisant la « *structuration d'un schéma de pensée* ». Le fil conducteur de Karine est l'acquisition de la démarche du raisonnement clinique infirmier. Pour se faire, elle va s'assurer que l'analyse s'appuie sur des repères méthodologiques, transférables dans différentes situations de soins. Elle recherche une structure qui prend en compte les données issues de l'analyse des mots ou des attitudes du patient. (Ici joué dans un jeu de rôle).

Tableau 14b : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	J'écoute la présentation d'un groupe (248)	oui, il y a eu trois stratégies différentes de menées entre les différents acteurs... (252)	...ça me déstabilise (249)	C'était carré, structuré (253)	Analyse de la situation (257) Ecoute et question sur le groupe	Certains ESI vont vers ce que nous essayons de leur conseiller (269)

Pour Karine ce qui est important c'est de repérer la stratégie développée par les étudiants en la corrélant avec la structuration choisie. Ainsi même si le cheminement privilégié par les apprenants la « *déstabilise* » ou « *l'étonne* », ce qui prime c'est l'architecture du raisonnement. Elle identifie si c'est « *carré, structuré* ».

Un élément qui nous semble intéressant à souligner c'est le fait que Karine s'autorise à prendre du temps pour « *relire les cours des étudiants* » pour « *se tenir informée* » et « *actualiser ses connaissances* ». Nous notons ici l'envie de ne pas être en décalage avec la réalité et d'avoir une vision sur le contenu de cours dispensé aux étudiants. Deux axes retiennent notre attention dans ce choix. Tout d'abord comme le signale Karine, elle n'est pas responsable de l'UE et n'intervient pas normalement dans les apprentissages. La mobilisation de cette ressource lui permet alors d'être en adéquation avec le dispositif

pédagogique et l'état d'esprit de l'enseignement. Ensuite, Karine exerce depuis plusieurs années comme formateur. Même si elle anime des sessions de formation continue et qu'elle a gardé des contacts avec les unités de soin, son activité d'infirmière est assez éloignée de ses pratiques actuelles. La démarche qu'elle met ici en œuvre lui permet à la fois de se sécuriser mais aussi d'accompagner la posture soignante des étudiants en graduant les différentes étapes de l'analyse. Sa référence de l'UE soins relationnels est une richesse sur laquelle elle peut s'appuyer tout en la corrélant avec l'UE des soins palliatifs. Sa prise de risque pour « proposer une autre manière de faire » et « favoriser l'innovation pédagogique » lui occasionne certes du stress en situation de cours, mais ouvre également de nouvelles perspectives tant pour elle que pour les étudiants.

c) L'animation de la séance

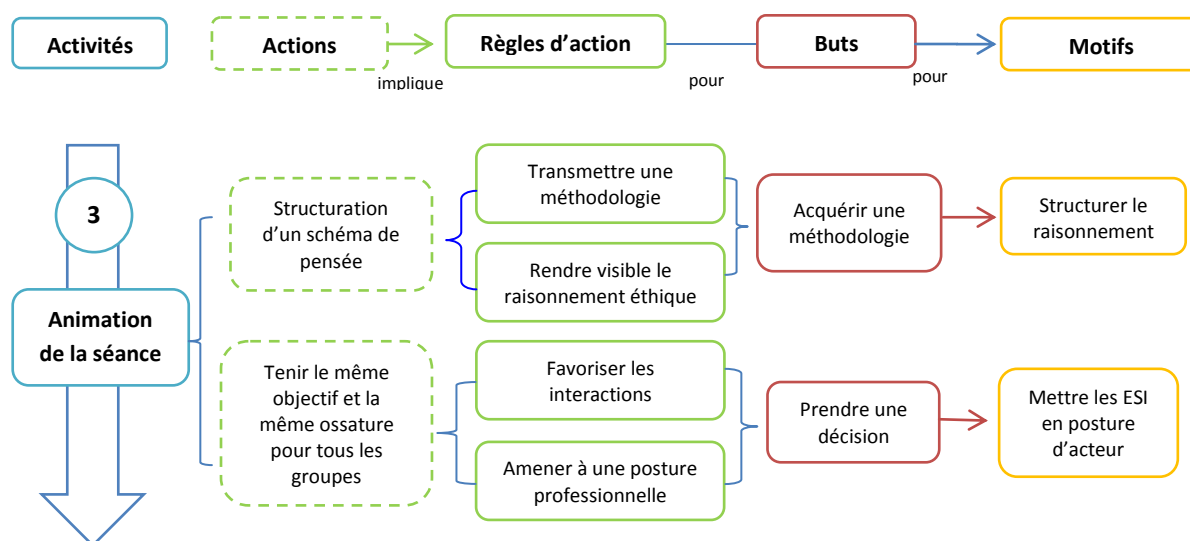


Figure 23 : Schéma des raisonnements de Karine : l'animation de la séance

L'animation de la séance est perçue dans la phase de repérage comme une étape importante du dispositif. C'est en effet dans l'action de cours que la réussite ou non de l'atteinte de l'objectif se joue. Pour Karine le fil conducteur est clairement identifié. Elle envisage de conduire son action autour de deux approches. D'un côté elle souhaite tenir l'axe méthodologique autour de la structuration du raisonnement clinique amenant à la prise de décision infirmière. Pour cela, elle compte sur les interactions entre les étudiants et le partage des expériences de stage pour argumenter les propos. Le deuxième axe est celui de la professionnalisation. Pour ce faire, elle envisage de mettre les « ESI en posture d'acteur ». Elle conçoit son animation autour d'un partenariat entre elle et les étudiants et envisage de leur laisser une place importante dans la construction de la réflexion. De cette manière elle « amène à une posture professionnelle » proche de celle existant dans les

unités de soin. Elle n'envisage pas de « *contrôler ou de vérifier des connaissances* » mais plutôt de viser « *la construction de l'identité professionnelle* ».

Pour atteindre ses objectifs, elle instaure un climat dès son arrivée en salle de cours. Comme elle le précise, « *elle ne connaît pas ce groupe d'ESI* ». « *Je me sens un peu obligée de faire une petite mise en confiance, de prendre un premier contact avec eux* » Ce temps de départ semble pour Karine incontournable pour mettre tout le monde en sécurité et commencer la séance. Elle s'autorise à prendre ce temps pour installer le cadre avant d'entrer dans la thématique du T.D.

Tableau 14c : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Arrivée dans la salle de cours (11)	Je prends la température du groupe (12)	Ils s'installent	Je ne connais pas trop ce groupe-là (12) Je prends un temps d'adaptation pour eux et pour moi	Je me sens un peu obligée de faire une petite mise en confiance, de prendre un premier contact avec eux (13)	J'échange avec eux d'une manière informelle	Je me sens en confiance
	Je pose le décor (187)	Ils écoutent et posent des questions	Et là je me dis mais qu'est-ce que j'ai oublié, (189)	Je peux rattraper le coup comment (189)	Je réponds aux questions et réajuste les données La prochaine fois il faudra que je rajoute tous ces éléments mais il faut que je m'en souviene (190-192) je me dis qu'est-ce que je peux leur dire de plus pour les aider	
Tableau 15b : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Début de l'activité pédagogique	Je demande des acteurs	Tout le monde se regarde	C'est un peu du chantage ce que je fais, mais bon... (79)	J'ai tellement peur que personne ne se propose... (79)	Je suis patiente (77) J'attends que les acteurs se désignent... (78)	Des acteurs se proposent

Les interactions dès le début avec les étudiants amènent Karine à envisager des réajustements immédiats ou pour la prochaine séance. Elle se met à leur écoute et se rend disponible à leurs propositions pour faire évoluer le dispositif envisagé. Comme elle le verbalise :

« *C'est qu'il faut faire confiance aux étudiants dans la réflexion qu'ils ont menée. Tu dois te dire, que dans leur tête il s'est passé des choses merveilleuses mais tu n'y as pas accès et qu'à un certain moment il faut faire confiance à l'étudiant et se dire que cela lui a apporté quelque chose mais que toi tu n'y as pas accès, et toi tu ne le sais pas* » (E2-Karine-L.117).

C'est une ressource pour elle. Karine confirme ainsi sur cet exemple son intention de construire avec les apprenants et en faire des acteurs du dispositif qu'elle a conçu.

Ensuite elle a l'honnêteté de reprendre dans ces propos les débats qui l'anime au moment de la recherche d'acteurs pour jouer les rôles de soignants et de patients. Elle sait que c'est

le point stratégique de son TD et qu'une partie de la réussite de l'atteinte de son objectif va se jouer ici. Ce constat l'amène à utiliser des méthodes qui s'apparente « *un peu à du chantage* ». Néanmoins, elle respecte le temps de concertation des étudiants sans désigner personne alors « *qu'elle est stressée* ». Elle témoigne ainsi d'une certaine maîtrise et d'une certaine assurance dans l'animation. Elle a conscience des enjeux et se laisse du temps pour agir en prenant en compte l'attitude des étudiants.

Puis la situation est analysée et débattue par les apprenants.

Tableau 14d : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Mise en place du jeu de rôle (22)	Je regarde et je les écoute	ils ont tous commencé dans le jeu de rôle par une introduction et donc l'étape de l'accueil, de la présentation donc la civilité et je m'assoie. Puis ils ont pris un temps d'écoute, de communication. Mais en fait ils écoutent, explorent, ils ont essayé de chercher et tu arrives à une conclusion de situation (366-369)	Ils font des liens entre leur cours, les stages... (370)	qu'elles mettent du sens entre comprendre et la situation mais aussi qu'elles donnent du sens entre compétence et situation. Et mettre du lien entre les deux. (373-374)	je trouve qu'elles ont mobilisé leurs savoirs sans que j'ai eu besoin de leur dire : « penser à ça, ou à ça, ou allez chercher ». (379)	Ils sont dans une phase d'appropriation (383)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je guide les ESI dans leur réflexion (54)	une personne a dit : « oui, c'est important de faire changer de sujet à la personne plutôt que de rester sur le sujet de la mort et ceci et cela ». (56)	je ne m'attendais pas trop à dire entre guillemet (57)	On distrait ou on cherche des appuis autrement en tout cas par une négociation, mais une fois que l'étudiante a argumenté ses propos et qu'elle a formulé quel objectif elle avait pour faire comme ça, je trouvais que c'était quelque chose que j'accueillais facilement (60-62) ; pour moi son argumentation était pertinente alors que son action m'a interrogé au départ.	Je dois les accompagner dans leur questionnement (279) Je dois les laisser autonome (278) mais aussi les accompagner C'est une démarche qui doit être accompagnée et ensuite nous on peut valoriser la réflexion de chacun. (280)	Ils se construisent leur identité professionnelle (298)
	Je suis un médiateur entre les ESI d'un même groupe (89)	Il y a des échanges entre les éléments des groupes avec des avis différents (88)	Ils ne sont pas d'accord et ne voient pas les choses pareil	Je dois intervenir et les aider à clarifier leurs idées en les argumentant (88-90)	Je tourne dans les groupes Je prends mon temps de les écouter (105)	Ils prennent une posture professionnelle (168)

Tableau 15c : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je débats avec les ESI (512)	Ils me donnent une place (513)	Je fais partie de la réflexion et le questionnement du groupe (514)	Je travaille dans une équipe avec eux	D'interagir avec eux	On forme une équipe pour réfléchir ensemble
	Je les aide à travailler les variants et invariants de cette situation (562)	Ils jugent la forme et pas le fond (567)	Je trouve que cela vient parasiter. (568)	je me dis mais comment on peut faire pour sortir de là (567)	Je redonne les consignes (561)	

Dans l'agir de la situation nous retrouvons les deux axes développés dans la phase de repérage. La recherche du cheminement intellectuel et de la perception d'une structuration de raisonnement est explorée par Karine. Elle prend d'ailleurs une posture d'observatrice, se mettant géographiquement en retrait au milieu des étudiants, en dehors du champ de vision des animateurs, pour ne pas perturber les échanges et faciliter les interactions. Néanmoins, elle est vigilante pour à la fois décrypter l'architecture du raisonnement et investiguer la posture professionnelle. Elle recherche le cheminement des étudiants autour de la formulation et la vérification d'hypothèse(s) avec une interprétation des données collectées. Elle a une approche systémique avec un croisement des données collectées tant sur le plan thérapeutique que dans les mots verbalisés par le patient. Elle vérifie que les étudiants n'oublient pas la vision du patient et de sa famille. Elle recherche le sens du soin au regard de l'activité infirmière. Elle renvoie les étudiants à des questionnements en prenant une « posture de médiatrice ». Elle alimente les débats, recadre si nécessaire pour « garder un cadre éthique » et professionnel dans les échanges. Pour elle cela fait partie intégrante de son activité de formateur :

« Cela me confirme que nous formateurs, il faut que l'on aille vers les étudiants et qu'on travaille avec eux dans les petits groupes. On dit que l'on doit les laisser autonomes... Peut-être à certain moment mais ensuite on doit les accompagner dans leur questionnement. C'est une démarche qui doit être accompagnée et ensuite nous on peut valoriser la réflexion de chacun » (E2-Karine-L.276-280)

L'articulation entre l'agencement méthodologique et la posture professionnelle est très présente ici. Elle constitue le fil conducteur de l'agir de Karine et l'aide à prendre ses décisions dans l'action. Les valeurs infirmières, la place de l'humain dans les soins, la prise en compte de son environnement sont au cœur des débats.

« ... Parce qu'on travaille et on utilise nos valeurs au quotient pour agir auprès des patients. Mais plus particulièrement dans ce contexte-là, dans le cas d'un refus de soin les valeurs professionnelles mais aussi les valeurs professionnelles du soignant vont venir interférer [...] C'est alors un humain qui répond à un autre humain et pas un professionnel qui mesure ses paroles et qui accompagne une personne dans son choix

mais éclairé celle-ci [...] Là moi, je touche également l'identité professionnelle, un peu les connaissances car elles sont toujours présentes et elles guident la réponse des soignants. » (E2-Karine-L.285-300)

Dans l'animation du TD et l'analyse que Karine en fait, il est intéressant de noter qu'elle mesure la progression des étudiants dans leur cheminement en lien avec leur parcours de formation. En effet, nous sommes ici avec des apprenants de 3^{ème} année proche d'un exercice professionnel infirmier. Elle relève que les étudiants «*ont tous commencé leur évaluation et leur entretien par un temps d'évaluation clinique de la personne* » mettant ainsi en lumière les bases du raisonnement clinique. Durant tout le TD, Karine mesure et valorise les réflexions des apprenants et paraît parfois surprise par leur posture et la qualité de leur questionnement. Elle s'appuie sur ce constat pour mobiliser les expériences de stage et projeter les étudiants dans leur exercice futur en mettant le patient au cœur du débat.

d) La connaissance du groupe des étudiants

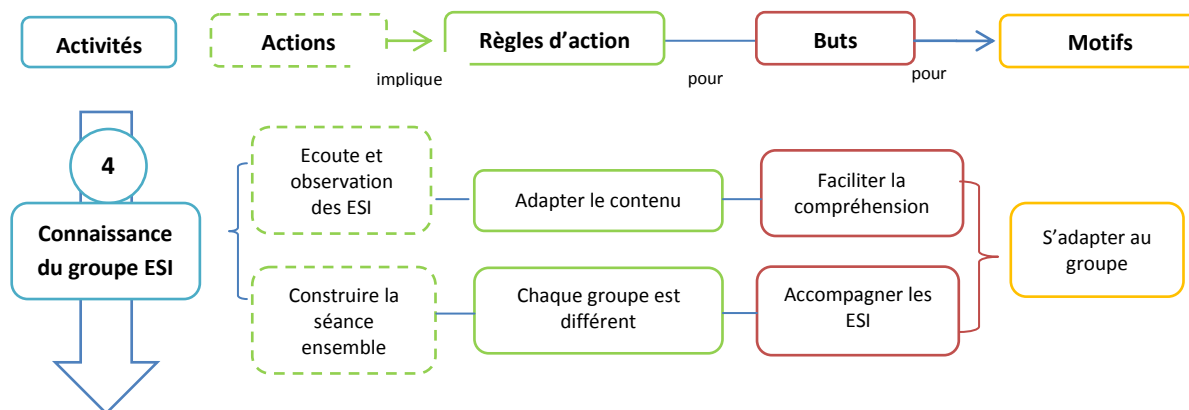


Figure 24 : Schéma des raisonnements de Karine : la connaissance du groupe des étudiants

Quand nous comparons ce schéma avec celui de Camille, cela donne l'impression que nous sommes sur le même champ. Certes il y a un axe commun autour de la volonté de s'adapter au groupe d'apprenants mais la manière d'y arriver nous paraît un peu différente.

Tableau 14e : Parcours d'action de Karine G1F2 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Travail en sous-groupe, échange	Je vais vers un groupe car cela suffit d'airer toute seule (452)	Il y a en ce moment quelque chose qui se passe entre deux personnes. Une qui a jouer un rôle et qui est en train de défendre sa position. Et une	Je me suis sentie un peu en difficulté (453) je suis en train de réfléchir sur comment intervenir s (457) Je ne veux pas	Je suis en train de me dire dans ma tête comment je vais intervenir pour qu'on en sorte quelque chose d'intéressant et	Je ne pensais pas qu'il pourrait y avoir un conflit entre deux personnes sur cette thématique (465) Je connais bien les deux étudiantes (458)	J'ai fait le tour de tous les groupes

		autre qui est en train de lui dire qu'elle ne voyait pas les choses comme ça et que ça n'a pas l'air d'être accepté par celle qui l'a joué, tu vois (454-457)	qu'on reste sur une confrontation mais qu'on en sorte un axe intéressant dans la réflexion (460-462)	de constructif pour l'exercice infirmier (460)	
	Je vais vers un autre groupe qui échange beaucoup p	Un groupe échange beaucoup (487)	Je suis dans la position de me dire est-ce que je laisse échanger et je suis un simple observateur et j'utiliserais cela tout à l'heure ou là, par rapport à ce qui ressort je dois intervenir et déjà faire un premier point avec eux (488)	Je dois faire un choix. Ce n'est pas facile. Je ne sais pas ce qui est le plus formateur pour eux... (492)	Et je trouve que c'est toujours difficile quand tu es formateur... (492) Je ne voulais pas que tout se recentre vers moi. Parce qu'à partir du moment où tu prends la parole en tant que formateur tous les étudiants te regardent et tout se centre sur toi (496) Je trouvais qu'ils discutaient tellement bien entre eux même si par moment ils se coupaient la parole... Je trouvais qu'ils étaient tellement passionnés dans ce qu'ils vivaient et ce qu'ils échangeaient, que je me dis, il faut que je m'efface et en même temps, je suis là. (498)

L'extrait témoigne de deux approches complémentaires. Tout d'abord Karine est interpellée par l'échange qui se déroule entre deux étudiants. Passée la phase de surprise, son cheminement va la conduire à se demander comment elle va intervenir « *pour qu'on en sorte quelque chose d'intéressant et de constructif pour l'exercice infirmier* ». L'axe directeur ici est la construction professionnelle et pas l'envie d'aplanir le tumulte du débat. Au contraire, les échanges reflètent les interactions et les débats d'idées qui se vivent dans les salles de soins. La connaissance des deux étudiants par le formateur est un paramètre qui interfère. En effet, tout en s'assurant que le cadre éthique est respecté, Karine laisse se dérouler l'expression de chacun. Elle va orienter ensuite les échanges autour de la thématique de « *confrontation* » en demandant aux autres membres du groupe comment ils voient les choses dans une perspective infirmière. Elle précise plus tard :

« *Ma connaissance de certains étudiants aussi. J'ai pu faire des liens avec certains par rapport à des stages ou des échanges que nous avons déjà eu.* » (E2-Karine-L391-393)

Dans la deuxième situation, Karine préfère rester en retrait, « *s'effacer* » devant la richesse des échanges qui animent le groupe. Mais ce point est vraiment source de débat intérieur pour elle car le choix n'est pas facile. En intervenant elle craint de rompre la qualité des interventions. Même si la forme des échanges ne la satisfait pas pleinement « *se coupent la parole* » elle garde une posture distanciée tout en témoignant de sa présence. En quelque sorte elle veille sans donner sa vision des choses mais en laissant les étudiants construire leur réflexion et argumenter leur choix comme cela se déroule parfois dans les services

soignants. Elle ne souhaite pas prendre l'ascendant sur la dynamique de groupe et préfère écouter et observer. Les échanges « passionnés » des étudiants, relevant d'une problématique professionnelle infirmière, semblent ici être le moteur de sa prise de décision. L'idée verbalisée dès le départ d'inscrire les étudiants dans une posture d'acteur prend ici une autre dimension. Le CSF se retire pour laisser la construction professionnelle s'affirmer dans un débat entre pairs. Le collectif étudiant est mobilisé comme une ressource pour favoriser le développement de l'identité professionnelle infirmière. Karine se retire et laisse les futurs infirmiers « voler de leurs propres ailes ».

Dans son cheminement Karine évoque l'identification de ses propres ressources, que nous reprendrons plus tard comme un élément satellite de la construction professionnelle des cadres de santé formateurs.

2.2.3. Présentation du cheminement et du questionnement d'Eve

Nous suivons pour finir Eve. Le schéma des raisonnements (**annexe 12**) et le parcours d'action (**annexe 13**) sous leurs formes complètes se trouvent en annexe.

a) L'organisation pédagogique

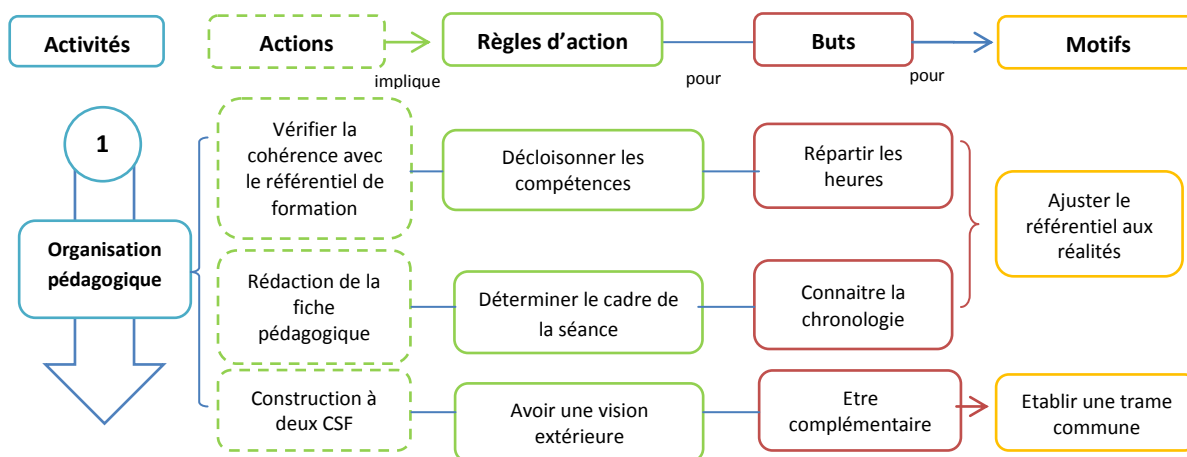


Figure 25 : Schéma des raisonnements d'Eve : L'organisation pédagogique

Nous retrouvons avec la présentation d'Eve les thématiques énoncées précédemment. La conformité avec le référentiel de formation est également une préoccupation surtout sur son aspect organisationnel.

« Pour l'étudiant et pour la profession bien sûr. Mais je vois aussi le biais du référentiel car comme on a beaucoup de contrôle de connaissances, peut-être qu'il faut que l'on réfléchisse comment on peut amener plus d'analyse dans d'autres moments de cours. Surtout pour avoir plus de moments comme pour ce T.D. quoi. Voilà... Parce qu'on voyait quand même que des fois c'était quand même un petit peu juste chez certains étudiants durant la séance notamment en matière de connaissances et de liens qui étaient absents ou peu présents. Bon après le but c'est de dire... Bon plus on en fera, et plus le réflexe viendra. » (E2-Eve-L.810-817)

La construction d'un cadre facilite l'animation du cours et permet de l'inscrire dans une continuité et une chronologie clairement définie à l'avance en adéquation avec le référentiel de formation mais également la programmation. C'est un point essentiel qui ressort durant l'animation et auquel Eve est vigilante. La notion de temps est respectée et l'ordre chronologique établi est un repère.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Donner les consignes (13)	Je demande un rapporteur par groupe (16-17)	Tous les rapporteurs viennent au tableau (17)	Chaque étudiant vient avec son travail (17)	Je gagne du temps. C'est une bonne gestion du temps (31) Tout le monde a travaillé (17)	Faire participer chaque étudiant (24-25)	Je suis dans le temps du TD (14) On a respecté le temps, on s'est retrouvé dans l'horaire une heure ½ (14)
	Suivre les objectifs (19)		Je suis l'ordre chronologique (18)	Je vais pouvoir questionner et requestionner (21)	Poser des questions et vérifier s'il y a une compréhension (21-22) Respecter ce qui a été prévu (46)	Atteinte de l'objectif de départ (153-154)

Le référentiel constitue un repère qui parfois nécessite des adaptations à la réalité professionnelle. L'expérience antérieure de cadre en unité de soins est une ressource mobilisée dès la conception du dispositif et constitue un fil conducteur pour réaliser ses choix et guider son action.

« Après, mon expérience de cadre me dit qu'il faut de la rigueur et une organisation structurée. Donc ça c'est une ressource liée à l'expérience. Je pars d'un point pour aller vers un autre. L'analyse demande une structure. Il faut guider les étudiants pour développer des réflexes professionnels. » (E2-Eve-L.476-480)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Mettre en lien avec la pratique soignante	Croiser les cours et ce qui est vu sur le terrain (170)	Ils ont les éléments de réponse (114)	C'est l'axe que je travaille avec eux (171)	Je ne souhaite pas mettre sur le marché seulement un professionnel infirmier excellent en technique mais aussi quelqu'un qui sait ce qu'il fait et pourquoi il le fait. (172-173)	Je ne dois pas rester seulement sur la technique. Je dois m'assurer qu'ils aient bien l'ensemble des connaissances théoriques pour comprendre la situation de soins. Comme quand j'étais cadre (202-203)	Ils donnent du sens à ce qu'ils font (233)

Dans cet extrait nous pouvons dégager un lien fort avec l'exercice professionnel. Eve dévoile ici sa vision du jeune infirmier qu'elle souhaite former. Elle exprime sa volonté d'explorer toutes les facettes des compétences d'une infirmière mais surtout de développer le raisonnement clinique et la prise de décision. Pour ce faire, elle se donne les moyens, notamment par le contrôle vérifiant les acquis des étudiants. Comme nous le verrons ensuite

le fil conducteur d'Eve fait référence à son souhait de « *mettre sur le marché un professionnel infirmier [pas seulement] excellent en technique mais aussi quelqu'un qui sait ce qu'il fait et pourquoi il le fait.* ». La justification des actes professionnels réalisés par les futurs infirmiers est ici essentielle pour Eve. Certes les aspects technique et protocolaire des soins sont essentiels mais ce qu'elle souhaite avant tout c'est que les jeunes professionnels comprennent et argumentent leur choix pour pouvoir les verbaliser et les expliquer ensuite aux patients. Son rôle est de donner « *une ossature* » au raisonnement clinique afin d'agir de manière éclairée. L'axe métier est très fort. Il est néanmoins orienté par l'expérience antérieure d'Eve et son niveau d'exigence par rapport à l'accueil d'une nouvelle infirmière. La structuration de l'intervention pédagogique relève, pour Eve, d'une double nécessité à la fois pour le CSF et pour l'étudiant. Pour le formateur il favorise la clarification de la méthodologie et détermine le chemin à suivre en étant fidèle à la trame définie. Pour l'étudiant il donne une ossature au cours et établit le fil conducteur à suivre.

b) Les choix et le contenu pédagogique

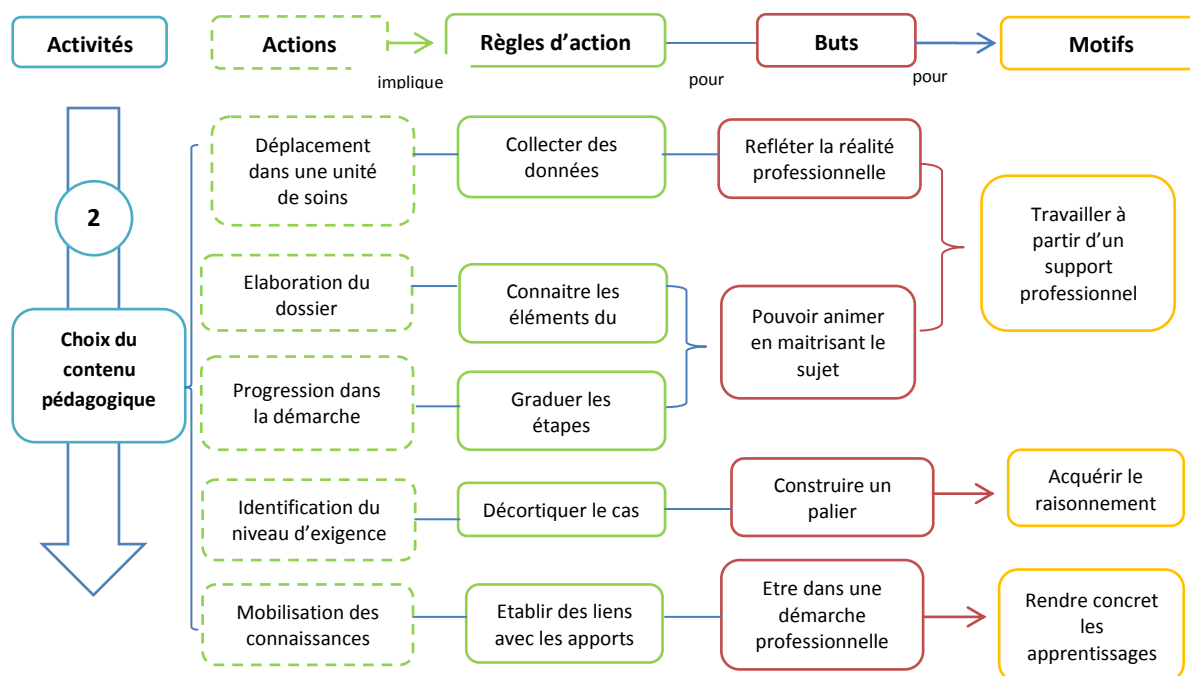


Figure 26 : Schéma des raisonnements d'Eve : les choix et le contenu pédagogique

La volonté de « *refléter la réalité professionnelle* » s'exprime dès la conception du support pédagogique. Son déplacement dans les unités de soin pour collecter les données en est un exemple concret qui se confirme ensuite dans la phase d'ancrage. Cette démarche vise un double objectif. Elle permet à Eve d'avoir un support conforme aux pratiques actuelles. Mais aussi offre à Eve l'opportunité de maîtriser le contenu pour pouvoir ensuite animer en toute sécurité. Elle le voit comme un atout pour « *pouvoir animer en maîtrisant le sujet* ». Le

niveau d'exigence attendu est identifié en amont de la séance avec l'identification de palier d'apprentissage comme l'ont déjà exprimé Camille et Karine. Les buts poursuivis se croisent avec des motifs complémentaires.

L'élément important qui va servir de ligne directrice à Eve concerne la mobilisation des connaissances acquises lors des apprentissages antérieurs des étudiants. « *Etablir des liens avec les apports théoriques* » devient la clé de voute du dispositif pédagogique. Ainsi :

« Ils[les étudiants] ont les éléments de réponse mais ils n'arrivent pas à faire des liens. C'est encore très flou et obscur pour eux. Faire un cours pour faire un cours, je trouve que cela n'a pas d'intérêt Mais croiser les connaissances qu'ils ont avec une situation de soins cela me semble beaucoup plus pertinent. Moi, je pense toujours aux étudiants ou aux jeunes professionnels que j'accueillais dans mon service » (E2-Eve-L.114-119)

Deux éléments sont mis en avant dans cet extrait. Tout d'abord, l'intérêt limité de faire un cours sans le mettre en relation avec l'exercice professionnel. Selon Eve il doit y avoir une cohérence entre les savoirs à enseigner et la pratique professionnelle pour rendre plus concret les apprentissages. Le deuxième aspect fait à nouveau référence à son expérience antérieure de cadre dans une unité de soins et corrobore sa vision du jeune professionnel. Nous pouvons constater que dans la phase de réalisation Eve va prendre des décisions et agir au nom de ce principe. Il est capital pour elle de mettre sur le marché un professionnel infirmier compétent qui sait mobiliser ses connaissances, les verbaliser pour argumenter ses choix. En situation de cours, cela va conduire Eve à être dans une certaine posture de contrôle où rigueur et précision vont être de mise.

Tableau 16c : Parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T2 (retour simple sur l'activité)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Recadre, requestionner, approfondir (28)	Ils sortent du contenu (26)	On s'écarte (27)	Ils demandent des précisions, c'est nécessaire	clarifier des aspects de cours (304) En fonction de la réponse que les étudiants me donnent je vois s'ils ont compris ou pas et donc je pose une autre question pour être sûre (309) Je pose une autre question (310)	Il a enrichi ses connaissances, sa compréhension et sa pratique soignante quelque part dans la réflexion (43-44)
	Questionne les données (534)	Ils font un lien avec le recueil de données (532)	Ils sont dans la singularité de la personne (535)			Donne du sens à ce que je fais (539)
	Mobilisation des connaissances	Des ESI posent des questions sur la calciparine (298)	On aborde autre chose (298) Besoin de compléments d'informations (301)	C'est intéressant (299)	Permet de revenir sur des points et de clarifier des aspects de cours qu'ils pensent ne pas avoir compris ou qui demandent des précisions (303-305) Je peux croiser avec plusieurs choses (308)	Ancrer les données et les connaissances (344)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Contrôle des connaissances	Ajuste ensemble en liant la théorie, les cours de médecins, les soins inf... (45)	Les ESI comprennent mieux (52)	Ils mettent facilement la pathologie dessus car ils identifient le bon fonctionnement du corps humain (53)	On ne peut pas analyser la situation autrement (49) sans avoir bien compris Je suis stricte (54)	Bien assemblé les bons morceaux ensemble sur les données de biologie et de physiopathologie (50)	Ils ont compris la situation de base et les données (50)
		Je suis stricte (54) Sensible (55)	Je veux des éléments précis les chiffres normaux (56)	Plus performant sur le terrain (58)	De les questionner et de vérifier les données précises J'agis au nom de la qualité et de la sécurité pour le patient (59) M'assure que c'est acquis et intégré dans leur mode de réflexion. (60- Fait répéter à chaque cours (61)	Ils donnent les chiffres justes

Dans la phase d'ancrage Eve verbalise la nécessité de « recadrer », « approfondir », « clarifier des aspects de cours », « ancrer les données et les connaissances ». Elle dit être « stricte » et exiger « des éléments précis ». Elle met sa démarche en lien avec « la qualité et de la sécurité pour le patient ». Pour Eve son rôle de formateur ici est de s'assurer « que c'est acquis et intégré dans leur mode de réflexion ».

Eve revient sur l'importance de faire des liens entre les données en précisant le sens de la démarche de soins et plus spécialement le questionnement autour du raisonnement clinique infirmier. Elle met l'usager au cœur de sa réflexion et pense que c'est atteint quand les étudiants « sont dans la singularité de la personne ». Nous retrouvons ici des éléments en lien avec le paradigme infirmier comme l'avait déjà évoqué Karine.

c) **L'animation de la séance**

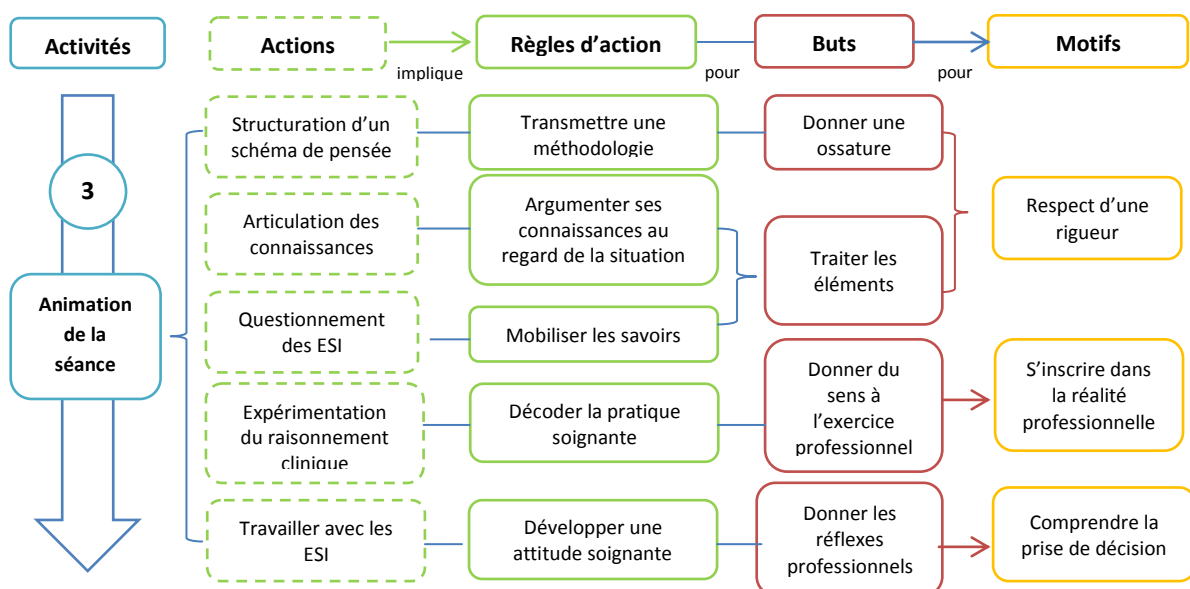


Figure 27 : Schéma des raisonnements d'Eve : l'animation de la séance

Comme dans les deux étapes précédentes nous retrouvons l'idée de conduire le cours en s'appuyant sur une « ossature ». L'argumentation « *de[s] connaissances [de l'étudiant] au regard de la situation* » est attendue. Cette dernière doit être précise et doit reprendre les différents paramètres témoignant de l'appropriation du contexte et de l'environnement de soin du patient. La réflexion des étudiants s'inscrit alors dans les réalités professionnelles pour être validée. Eve souhaite travailler avec les apprenants pour leur faire acquérir « *les réflexes professionnels* ». Les interactions ne sont pas recherchées en première intention comme c'était le cas avec les deux formateurs précédents. Eve utilise un terme fort en disant « travailler » car pour elle cela relève réellement d'un travail qui demande concentration et précision. Les étudiants doivent ainsi fournir un effort.

A l'inverse de Camille et de Karine qui prennent le temps de poser le contexte du cours, de rappeler les objectifs et la trame pédagogique, Eve cherche la rentabilité et l'opérationnalité dans un temps restreint. L'objectif est de redonner les consignes sans perdre de temps afin que les étudiants s'installent rapidement pour entrer dans le vif du sujet.

Tableau 17b : Parcours d'action d'Eve G3F3 en situation de cours T3 (autoconfrontation avec le film)

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Donner les consignes (16)	Je donne les objectifs et pose le contexte du travail (16-17)	Les ESI sont rapidement volontaires pour venir devant (18)	Les ESI ont compris le principe (20) et (32)	Je ne perds pas de temps	Je leur demande de s'installer (21) et (34)	Ils s'installent rapidement (35)

Dans le temps d'autoconfrontation avec le film, en regardant les images, Eve confirme l'installation efficace. Ainsi, les étudiants ont identifié sa manière de fonctionner et rapidement se mettent en place, ce qui n'était vraiment pas le cas avec Camille et Karine. L'animation se déroule ensuite en suivant le fil conducteur programmé par Eve. Tel un métronome, elle enchaîne la confrontation entre les connaissances des étudiants et les pratiques qu'ils ont identifiées sur les terrains de stage. Elle écoute et interagit rapidement avec eux pour faire préciser puis recadrer les bonnes pratiques professionnelles en lien avec l'aspect protocolaire d'un acte. Eve recherche systématiquement la verbalisation et l'argumentation « *du chemin de pensée de l'infirmière* ». Elle souhaite que les étudiants établissent des liens pour construire leur raisonnement avec une visée plutôt intuitive qu'analytique. Les termes « *d'ossature* », et « *de squelette* » sont souvent utilisés pour caractériser la structuration souhaitée. Ces expressions sont doublement intéressantes car elles relèvent également du langage d'une unité de traumatologie et montrent la colonne vertébrale préconisée par Eve.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je les écoute parler de leur pratique (379)	ESI discours différents (375) Certains jetaient les premières gouttes d'insuline avant d'injecter (376)	Pratique différentes	Ils ne font pas tous pareil et qu'il faut préciser	Voir les pratiques (380) Décoder (380) d'aller questionner ce qu'ils ont vu eux dans les pratiques et du coup échanger les points de vue et peut-être après essayer d'amener à un argumentaire ou en tout cas essayer de les amener à réfléchir à ce qu'ils font (381-383)	Un professionnel compétent sur le marché (258)
	Questionne les compétences (99)	repérer les connaissances qu'il faut choisir pour répondre à la situation du patient et ils en oublient toujours beaucoup, je trouve (105)	Ils cherchent les réponses	Eux vont rester sur les connaissances (103) Ils doivent voir les choses autrement (110)	Mais je dois leur montrer en quoi cela est important et surtout en quoi cela va leur servir dans le cadre d'un patient dans un service. Ce n'est pas toujours un cas papier, c'est aussi un vrai cas et une vraie personne (107-109)	
	Utilise le tableau (157)	J'ai tout sous les yeux et je peux tracer une sorte de chemin (159)	Les ESI me donnent les paramètres (158)	Qu'ils ont compris	Je peux ainsi clarifier des choses, en questionner d'autres pour voir à la fois ce qu'ils ont compris et en même temps mettre à jour leurs connaissances. (160) Le tableau m'aide à noter mais aussi à revenir sur la logique dans le soin. (161-162) Intellectualisant les données et pour les comprendre (167)	
	Questionner demander des clarifications	Ils sont perdus	Ils n'ont pas développé le chemin de pensée infirmière	Que ce n'est pas fait en stage par les professionnels (242)	Développer le chemin de pensée infirmière, la ligne directrice de réflexion d'un soin (241)	
Donner une méthodologie	Est-ce que tout le monde est bien là où l'on est ?	Qu'ils ont besoin d'une ossature (271) D'un squelette (519)	Que ça les aide à cadrer les choses (273)	Qu'ils pourront reproduire après (275)	De cadrer les choses avec une méthodologie rigoureuse (272) Je leur donne une méthodologie (272)	Ils sortent de cours avec la méthodologie Ils ont gagné en analyse (521)

Dans ces propos nous retrouvons plusieurs mots clés qu'elle exprime souvent « *je répète et je rajoute* », « *je fais attention à la cohérence* », « *j'écris dans des cases* », « *je suis obligée de reprendre* », « *je vois le travail qu'il reste encore à faire avec eux* ». Eve est dans une approche systémique concernant l'analyse des données du cas patient. Elle mobilise à la fois les données issues des traitements, de la maladie mais également les informations provenant du vécu du patient et de son entourage. Elle oblige les étudiants à croiser les différents paramètres afin d'avoir une vision holistique de la situation. Ce qui la conduit à revenir sur l'architecture de l'analyse et le sens du soin au regard de l'activité infirmière.

A l'inverse de Camille et de Karine, qui sont assises au milieu des étudiants, Eve est debout et se déplace du coin de la salle au tableau. Elle est omni présente et intervient régulièrement en posant des questions et en reprenant les propos des étudiants pour les clarifier et les compléter. Un temps indéniable est passé sur certaines techniques de soin (injection de calciparine, injection d'insuline...) que les étudiants ont vu en stage. C'est l'occasion pour Eve de rappeler les règles de bonnes pratiques et reprendre les conduites déviantes des professionnels.

Dans son animation Eve a besoin de matérialiser au tableau les différents temps de l'analyse. Elle prend alors conscience que les étudiants « *n'ont pas repéré les bonnes données* ». Elle va alors essayer de reprendre avec eux le chemin de la réflexion en vérifiant les connaissances à mobiliser mais surtout leur degré de compréhension. Elle trace « *un chemin* » en mettant des numéros sur les différentes étapes du raisonnement. Elle pointe alors plusieurs fois l'architecture pour familiariser les étudiants avec la méthodologie. Comme Eve le précise « *c'est difficile* » pour elle car elle pensait la méthodologie acquise chez les étudiants.

« Oui, c'est difficile, moi je suis obligée de faire sans arrêt des allers retours... Je suis obligée de poser des questions, d'aller les chercher de leur faire faire les liens... Ce n'est vraiment pas construit chez eux... Je suis surprise... Je ne voyais pas les choses comme ça. » (E3-Eve-L.121-125)

Partant de ce constat elle ajuste son animation et va se mettre au tableau. Elle prend alors la posture de l'enseignant qui dirige le cours et l'oriente en fonction de son fil conducteur.

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je mets la trame au tableau (138)	Ils n'y arrivent pas (134) Ils n'arrivent pas à faire l'analyse de la situation (141)	J'attends les éléments que je veux qu'ils ressortent (138) Ils n'ont pas repéré les données justes (142)	C'est normal qu'ils ne s'en sortent pas (143)	J'ai déjà écrit des choses plus loin (139) Je repars en arrière (144) Ils ne peuvent pas comprendre le traitement sans avoir identifié ou se trouve le problème (145)	
	Je leur dit 1, 2,3 Je le montre avec le crayon au tableau	Il le voit et suivre le chemin, c'est bon maintenant (146)	Cela se met en place petit à petit (147)	Je découvre le mode de fonctionnement de ce groupe (154)		
	Je fais des flèches sur le tableau (187)	Je vois que c'est plus clair pour tout le monde (190)	Je fais des liens entre les données (188)	C'est important de le faire figurer sur le tableau (189) Cela donne du sens dans ce que j'écris (189)	Pour que tout le monde voit (190) C'est plus simple (191) J'utilise de la couleur c'est pour que cela soit plus lisible et plus claire pour tout le monde du coup... (192)	

L'étape des flèches rend plus lisible l'analyse ce qui lui permet de dire qu'elle « *voit que c'est plus clair pour tout le monde.* ». Eve a besoin de visualiser. A travers son cheminement nous

pouvons constater que le cadre qu'elle suggère aux étudiants est également le cadre qu'elle s'impose à elle-même. A l'inverse de Camille et Karine qui se laissent imprégner par le rythme des étudiants au point parfois de changer la ligne directrice du TD, ici rien ne la modifie. L'ajustement se fait en prenant une posture plutôt dirigiste et de contrôle. L'écoute des étudiants est présente surtout en lien avec les pratiques professionnelles :

« ... Moi je trouve intéressant de les écouter parler et de voir les pratiques qu'ils ont fait et qu'ils ont plus ou moins décodé. [...] C'est mon rôle de formateur d'aller questionner ce qu'ils ont vu eux dans les pratiques et du coup échanger les points de vue et peut-être après essayer d'amener à un argumentaire ou en tout cas essayer de les amener à réfléchir à ce qu'ils font. »
(E2-Eve-L.379-384)

Ce point est important pour Eve qui est vigilante et concentrée dès que les étudiants évoquent les pratiques réalisées ou repérées sur le terrain. Elle consacre du temps et les laisse interagir entre eux pour identifier les différentes techniques mises en place dans les unités. Puis, elle interpelle les étudiants en les amenant à réfléchir sur les règles à appliquer ou les ressources à mobiliser pour savoir si la technique est convenablement effectuée. Elle repositionne les notions de responsabilité, de sécurité et de qualité en parlant de « *conformité* ». Le patient et la place de l'humain dans les soins sont évoqué en lien avec la sécurité des soins. La connaissance de la personne hospitalisée est mise comme une priorité afin de « *singulariser* » les soins et pas « *tomber dans la standardisation* ». Eve est consciente que « *le chemin est parfois mince au vu des organisations actuelles.* » Elle rend sensibles les étudiants et en tient compte dans l'analyse de la situation une fois l'architecture posée clairement.

d) La connaissance du groupe des étudiants

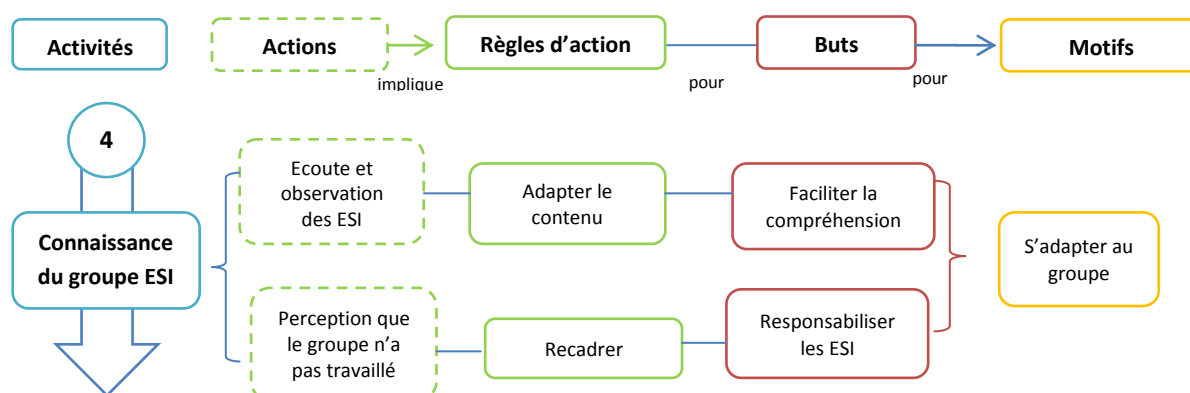


Figure 28 : Schéma des raisonnements d'Eve : la connaissance du groupe des étudiants

Nous retrouvons ici la même volonté que Camille et Karine de s'adapter au groupe d'étudiants pour adapter la séance. Toutefois, l'objectif est clair et malgré les difficultés des

apprenants, l'ajustement se réalisera par un changement de posture d'Eve qui reprend les rênes du TD à son compte en se rendant au tableau.

Par ailleurs, Eve à deux reprises va aller vérifier le travail des étudiants pour s'assurer que la consigne a bien été respectée et suivie. Elle prend cette posture en constatant que les étudiants ne prennent pas spontanément la parole et qu'elle a l'impression qu'ils n'ont rien sur leur écran d'ordinateur portable. C'est une manière pour elle de rappeler la responsabilité des étudiants dans leurs apprentissages.

Dans la phase d'ancrage Eve exprime peu d'éléments sur sa connaissance du groupe d'apprenants. Elle reste essentiellement centrée sur la méthodologie et la structuration de l'analyse.

Pour que tout cela soit possible, les CSF mobilisent différentes ressources qui viennent compléter et enrichir la compréhension des prises de décision. C'est également un appui qui enracine les choix dans une histoire et un vécu personnel. La lecture des situations d'enseignement prend alors un autre éclairage en fonction des points d'ancrage de chacun.

3. Regard sur les ressources des CSF

Lors des différents échanges les cadres de santé formateurs parlent de leurs activités. Pour rendre le travail possible ils s'appuient sur différentes ressources qu'ils mobilisent quotidiennement. En analysant les échanges nous pouvons en identifier de quatre types en lien avec :



Ces différentes ressources sont classées par ordre d'importance et seront développées dans les propos suivants. Notons ici que certaines d'entre elles sont présentées spontanément par les CSF, soit au moment de l'énoncé de leur vision de leur rôle de formateur, soit dans l'analyse de leur activité. Nous les retrouvons pour certains dans les schémas des raisonnements.

Par ailleurs, trois autres thématiques sont évoquées par certains formateurs mais restent marginales par rapport à la somme de données collectées. Nous retrouvons ainsi comme ressources satellites : la connaissance du matériel pédagogique, les recherches réalisées sur le terrain professionnel et la connaissance du groupe d'apprenants.

Nous avons ensuite constitué des nuages de mots clés qui seront positionnés en début de paragraphe afin de rendre compte des verbatim le plus souvent énoncées.

3.1. Le collectif de travail



Le collectif de travail fait partie d'une des principales ressources repérées par les CSF. Elle se matérialise néanmoins sous différentes formes en fonction surtout de l'ancienneté dans la fonction de CSF. Chacun ne va pas puiser dans le collectif de travail les mêmes atouts.

Nous pouvons faire le constat que dans les cinq structures où nous sommes allées enquêter chacun semble avoir trouvé sa

place ce qui donne une dynamique au collectif de travail. Néanmoins, nous tenons à préciser que nous sommes bien conscients que cela n'est pas forcément le reflet de toutes les équipes pédagogiques, mais bien l'analyse des propos de ces quinze personnes.

Le collectif de travail est une force dès lors que les différents membres décident de partager une aventure ensemble et de construire, dans le cadre du travail, des échanges constructifs. Cette notion de partage se concrétise essentiellement sous deux formes. La première est explicitée par les CSF qui débutent leur exercice en formation sous la forme de transmissions des trames pédagogiques et des supports de cours.

« Les ressources c'est vraiment les collègues. Après, quand je suis arrivée j'avais tous les classeurs des cours d'avant sur mon bureau. Une des collègues qui le faisait avant est toujours disponible pour répondre à mes questions. Ça c'est vraiment chouette. Il y a une solidarité dans l'équipe. » (E1-Marie-L.637-640)

Les propos de Marie se retrouvent dans plusieurs discours témoignant de l'envie de partager mais également de favoriser une continuité dans les apprentissages. C'est une manière indirecte de transmettre certains codes en lien avec l'histoire de la construction pédagogique. C'est sécurisant pour le nouveau formateur qui peut s'appuyer sur une vision de l'arborescence de l'unité d'enseignement et avoir une approche plus concrète de la transcription du référentiel de formation.

« C'est comme les cours que l'on m'a donnés quand je suis arrivée à l'IFSI. J'ai trouvé cela sympa car pour commencer c'est un bon point de repère. Après au fil du temps je me suis constitué mes propres données. Mais au début c'était vraiment sympa. » (E1-Patricia-L.405-408)

Le deuxième axe qui anime la majorité des CSF est d'échanger autour de ses expériences pédagogiques, de son vécu de cours, de débriefer une rencontre complexe avec un étudiant. La confrontation des points de vue est ici essentielle pour envisager des axes d'amélioration

mais aussi, tout simplement, pour verbaliser à un collègue un ressenti. C'est une manière de s'enrichir professionnellement en s'adossant à des collègues qui vivent la même chose et qui ont peut-être trouvé des pistes, des « petits trucs » qui peuvent se transmettre.

« Une autre ressource c'est les échanges avec les collègues. Le travail en équipe est important pour moi. » (E1-Patricia-L.403-404)

« J'en parle aussi avec les collègues mais seulement les anciens semblent plus sereins... Ils ne se posent même plus ces questions... Ils y vont à l'instinct j'ai l'impression... Moi, je n'en suis pas encore là... » (E2-Camille-L.679-681)

Le questionnement collectif des pratiques est ici mobilisé ce qui permet d'envisager des pistes de réflexion, voire des débats, pour faire progresser les activités pédagogiques et l'accompagnement des étudiants.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la construction d'un dispositif pédagogique est souvent une affaire de concertation entre plusieurs collègues. Il y a un besoin de concevoir ensemble afin d'avoir une ligne directrice commune. C'est souvent appréhendé comme une marque de qualité et de cohérence pour les différents intervenants de la séquence pédagogique. « *La confrontation des idées* » (E1-Marie-L.618) est une ressource dès lors que chacun se respecte et accepte la parole de l'autre sur des principes de communication. La force du groupe s'exprime et permet d'envisager des évolutions dans les maquettes pédagogiques avec un axe créatif et de changement plus important. Deux temps majeurs semblent se concrétiser à la fois sur un temps de conception puis sur un temps d'évaluation afin d'envisager les pistes d'amélioration suivantes. L'espace consacré une fois la séance pédagogique réalisée permet de revenir sur les objectifs visés, d'échanger sur des postures d'étudiants, de parler de son animation pédagogique au regard de la dynamique de groupe et de réajuster.

« C'est intéressant de travailler avec de nouvelles personnes car comme c'est une unité cœur de métier suivant le service ou les services où nous avons travaillé comme infirmière on a vu des outils, des méthodologies différentes et c'est complémentaire. Nous pouvons donc utiliser des exemples de la pratique soignante qui sont complémentaires et très différents. » (E1-Fabienne-L.447-452)

Certains CSF réalisent la séquence pédagogique en binôme ce qui permet de se répartir les tâches et d'enrichir les apports de cours dispensés aux étudiants.

« Après j'ai l'habitude de travailler avec cette collègue et on s'entend très bien. Nous avons une vision identique des choses et de la manière de dispenser l'apprentissage aux étudiants donc c'est facile pour moi et pour nous deux. » (E3-Fabienne-L.333-341)

« Je trouve que c'est important... Enfin, je trouve que c'est intéressant quand on est deux. Parce que comme ça dans le même temps, il y en a une qui anime et dans le même temps l'autre peut préparer la synthèse. C'est plus facile dans la gestion et l'animation de l'atelier. » (E3-Fabienne-L.479-488)

des savoirs théoriques, procéduraux et pratiques se conjuguent pour agencer la séquence de cours autour des attendus du métier. Le contact avec les professionnels du terrain est facilitant car tout le monde parle un langage commun.

*« [Je] m'appuie surtout sur mon expérience professionnelle d'infirmière » (E1-Béatrice-L.130).
« Après, pour la réalisation du film, ma connaissance du terrain. Le film a été tourné sur un terrain de stage où je suis référente et ensuite l'étudiant est un étudiant que j'ai en suivi pédagogique donc je le connais un peu » (E1-Béatrice-L.355-357)
« C'est l'exercice infirmier qui guide ma réflexion. » (E1-Fabienne-L. 135)*

Son expérience en qualité de CSF est majoritairement retracée par les CSF qui ont déjà expérimenté plusieurs approches pédagogiques.

« Après j'ai acquis au fil du temps de l'expérience comme formateur. J'ai vu des générations d'étudiants. [...] Donc, oui j'ai de l'expérience à la fois sur la connaissance des étudiants et de leur niveau à ce stade de la formation et surtout vers quoi je vais les emmener pour qu'ils soient des jeunes professionnels compétents. Et j'ai aussi une certaine vision de l'approche pédagogique. J'ai déjà expérimenté plusieurs choses avec des personnes différentes. Je peux m'adapter et réajuster en séance. Je ne suis plus bêtement une trame. Je m'adapte, tu vois... Je m'adapte à eux. » (E1-Valérie-L360-368) « C'est mon expérience moi en tant que formateur que je mobilise à travers cette séquence. L'expérience d'avoir déjà mis en place les modules dont celui sur l'encadrement et aujourd'hui c'est l'unité d'enseignement et l'unité d'intégration qui prend la suite. Oui c'est l'expérience aussi en tant qu'encadrante infirmière sur le terrain dans des unités de service, avec surtout mon vécu à moi... » (E2-Valérie-L.530-534)

Ce qui nous semble intéressant dans cet extrait c'est que les propos émanent à la fois de la phase de repérage et de la phase d'ancrage. Valérie présente un continuum dans l'approche et dans la réflexion de sa construction professionnelle en lien avec son expérience. Elle a identifié ses ressources et les points sur lesquels elle se sent à l'aise et en sécurité ainsi que les aspects encore à approfondir. L'expérimentation des éléments tels que la connaissance des étudiants, le niveau de formation, l'objectif professionnel à atteindre, les méthodes pédagogiques à investiguer deviennent alors des atouts pour envisager la conception et la mise en œuvre du dispositif pédagogique. Les compétences qu'elle a développées au fil de son exercice facilitent sa prise de décision et l'engagent dans une adaptation de la trame pédagogique. Sa maturité professionnelle l'amène donc à se détacher des supports pour agir rapidement en fonction des besoins et des demandes du public.

« Mon expérience, oui je vais dire mon expérience de formateur, oui parce que mon expérience est importante [...]. Tu vois maintenant je vais en cours et je sais que peu importe ce qui va se passer, je saurais répondre. Je connais le niveau des étudiants et j'ai de l'expérience en pédagogie. » (E1-Karine-L.350-354)

Tous les CS qui ont une expérience de CS dans une unité de soins sollicitent cette ressource. Ils reviennent souvent sur leurs expériences de CS. Ils mettent en avant les enjeux de l'exercice professionnel infirmier et l'impact des contraintes économiques sur l'activité de l'infirmier, voire sur celle des soignants en général. Ils se projettent comme s'ils devaient demain revenir sur le terrain et accueillir un jeune professionnel infirmier. Ils ont

majoritairement conceptualisé le profil type qu'ils souhaiteraient ; ce qui impacte leur vision et leurs choix pédagogiques. D'une manière générale les termes de rigueur, de cadrage, de structure sont très présents. Ils l'argumentent justement en se référant aux exigences actuelles du terrain et à la place que les infirmières doivent prendre dans les équipes.

« Après mon expérience de cadre me dit qu'il faut de la rigueur et une organisation structurée. Donc ça c'est une ressource liée à l'expérience. » (E1-Eve-L.476-478)

« Pour moi ce qui est important mais je pense que c'est en lien avec ma pratique de cadre sur le terrain c'est qu'ils réalisent un lien avec ce qu'ils ont vu sur le terrain et le contexte actuel du soin. Ma pratique de cadre me sert. Je ne veux pas former des jeunes professionnels qui ne savent rien faire et qui ne comprennent rien au contexte du soin. C'est pour ça que je leur donne un cadre car je pense que cela les structure et les aide ensuite une fois sur le terrain. » (E2-Eve-L.983-988)

L'expérience antérieure associée à une posture distanciée amène les CSF à porter un regard sur l'exercice infirmier et sur les pratiques actuelles transmises aux étudiants. Leurs analyses du contexte et de la transmission des savoirs par les professionnels sont peu élogieuses, peut-être même inquiétantes. Il s'en suit alors une reconfiguration des apports à enseigner aux étudiants. L'expérience acquise durant les stages est presque systématiquement recherchée et ceci peu importe le contenu ou l'objectif du cours. Le CSF explore les techniques de soins, croise les données vues par les étudiants, puis réajuste les actes en s'appuyant sur les règles de bonnes pratiques. L'argumentation est attendue pour asseoir le raisonnement et surtout l'engager dans une continuité d'apprentissage. Le but ici est d'amener l'étudiant à se questionner et non à reproduire les activités développées par les infirmières au lit du patient.

Dans tous les cas l'expérience antérieure est potentialisée dès lors que le formateur entre dans une pratique de questionnement et d'analyse de ses modes opératoires.

3.3. L'analyse de sa pratique professionnelle



L'analyse de sa pratique professionnelle est la troisième ressource recensée. Elle est mobilisée à la fois par les CSF avec un profil F2 et F3 mais très peu pour les CSF débutants. Le questionnement de sa pratique est perçu comme une plus-value pour faire évoluer ses dispositifs. C'est en quelque sorte un « garde-fou » qui permet de rester attentif et vigilant aux choix opérés.

« Je me questionne beaucoup là-dessus car le contenu c'est assez facile mais comment le faire passer, donc comment et surtout quelles méthodes utiliser ce n'est pas facile. Les étudiants changent, nous aussi et on sent bien qu'il faut faire évoluer les choses. Je me questionne beaucoup là-dessus. J'en discute aussi avec les collègues. » (E1-Christina-L. 146-150)

En prenant le temps de s'interroger sur son activité cela permet de s'ajuster de manière consciente et éviter d'entrer dans une certaine « routine » de son exercice. Le fait d'animer la séquence pédagogique puis d'y revenir de manière rétrospective individuellement ou collectivement contribue amplement à faire évoluer le dispositif. C'est également une marque du développement de l'acteur. Il a accès ainsi à de nouvelles ressources, voire de nouvelles compétences et surtout construit de nouveaux savoirs.

« Après, où je pense que c'est aussi mon rôle c'est de m'interroger sur ce que je fais au quotidien ou régulièrement par rapport à ma pratique de formateur. Je pense que c'est le rôle peut-être personnel mais ici la directrice vient de l'inscrire aussi sur le plan institutionnel de réfléchir à nos actions, à notre pédagogie au regard de l'évolution de la jeunesse mais aussi du contexte de soin, de l'évolution de la profession et des réalités du terrain. Voilà... Il faut faire évoluer nos pratiques et pour cela il faut s'arrêter de temps en temps et se poser et questionner ce que l'on fait, ce que je fais... Voilà où je situe mon rôle aujourd'hui. Au début, je n'aurais pas pensé à parler de cela mais aujourd'hui cela me semble incontournable. » (E1-Valérie-L.615-624)

Dans ce temps privilégié de formation des CSF, les étudiants jouent un rôle important. Ils sont souvent les déclencheurs des sources de questionnement.

« Les étudiants aussi posent des questions et viennent interroger ma manière d'être avec eux et mes choix pédagogiques. Quand je sors de cours je sais si cela a marché ou pas.... Après je m'interroge sur ce que je dois modifier, ou changer. Donc je dirais que les étudiants sur ce plan-là sont aussi des ressources pour moi car ils me permettent de me remettre en cause et de faire évoluer mon dispositif. » (E1-Valérie-L.68-73)

« En sortant de cours je m'évalue et me mets des remarques pour l'année suivante. Je trouve que c'est important de s'interroger. Je sens quand je suis satisfaite ou pas et je me questionne sur une autre possibilité pédagogique, ou une autre orientation. » (E1-Béatrice-L.375-378)

Nous percevons bien dans ces propos que c'est dans l'action que l'expérience s'enrichit et s'accroît. L'acteur renormalise ses activités et développe de nouvelles approches. Il entre en interaction avec son environnement et son milieu en analysant son contexte de travail. Les acteurs présents viennent interférer dans ses choix et ses prises de décisions. La notion « situation et action du sujet » prend alors tout son sens. La variabilité des situations de formation que rencontre un CSF l'amène à enrichir son patrimoine et à interroger sa clinique pédagogique. La pratique réflexive déclenche une identification des paramètres qui viennent interférer dans le process orientant le mode opératoire. Par son questionnement et ses ajustements le CSF va construire sa propre réponse et témoigner de sa signature pédagogique. Nous sommes un peu dans une boucle vertueuse où la pratique pédagogique participe à accroître et à étoffer l'exercice même du CSF. Son activité devient une ressource pour progresser et élargir son champ d'intervention.

Nous reprenons le schéma de raisonnement de Béatrice qui, dans le dernier temps, a inscrit dans ses activités une étape autour de l'identification des ressources du CSF (comme d'autres de ses collègues). Cette démarche enracine donc cette activité comme un temps

prévu et anticipé dans l'exercice même du CSF. C'est un espace envisagé qui est ancré dans la pratique comme peut l'être la conception ou l'animation d'un cours. Ce point montre les évolutions de conception pédagogique et surtout l'adéquation avec le référentiel de formation de 2009. Alors qu'il est demandé d'inscrire les étudiants dans une posture de questionnement et d'analyse de sa pratique, les CSF ont suivi le mouvement en s'engageant dans un processus identique.

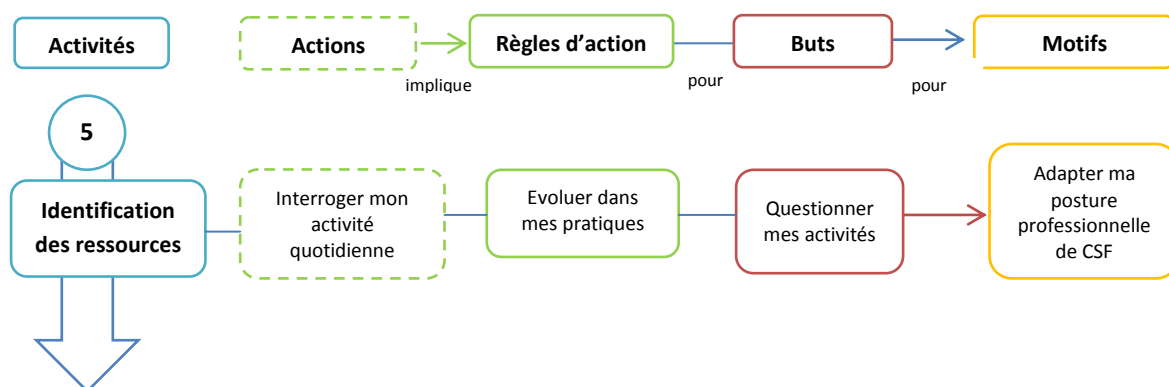
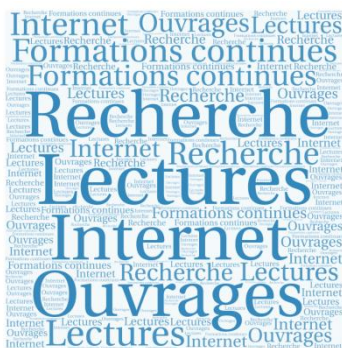


Figure 29 : Schéma des raisonnements sur l'identification des ressources du CSF

Le but verbalisé est bien de « *questionner ses activités* » pour faire « *évoluer ses pratiques* » afin « *d'adapter sa posture professionnelle.* » Nous retrouvons le mouvement évoqué précédemment. Pour alimenter ce processus, la formation continue, les recherches, et les lectures sont souvent des atouts permettant d'élargir son champ de vision.

Nous pouvons identifier des éléments en lien avec la posture de praticien réflexif énoncé par Schön.

3.4. La formation continue – Les recherches – Les lectures



Une ressource qui est fortement mise en avant par les CSF est le temps passé à faire des recherches dans des ouvrages ou des revues. L'actualisation des connaissances professionnelles tant dans le champ spécifique aux techniques et aux savoirs infirmiers que dans celui de la pédagogie devient alors une activité parallèle mais indispensable à l'exercice de son métier.

Les CSF font presque systématiquement des recherches pour actualiser leurs connaissances et être en adéquation avec les avancées ou les préconisations liées aux pratiques soignantes. Ils utilisent les plateformes universitaires, les Moodle afin d'avoir une connaissance précise des dispositifs proposés aux étudiants.

« Mes connaissances et le fait que je me tiens informée de l'actualité car sur ce sujet il y a beaucoup de choses dans notre profession. » (E1-Valérie-L.578-582)

« Mes ressources je les situe plus dans mes lectures surtout... Vous voyez j'ai encore de nombreuses revues de sorties et quelques livres. Les sites internet qui parlent de l'évaluation. » (E1-Béatrice-L. 353-355)

Certains formateurs suivent les événements culturels et cinématographiques afin d'informer les étudiants de la projection d'un film en lien avec une thématique abordée en cours. Ils exercent une sorte de veille professionnelle pour enrichir la culture soignante.

4. Regard sur l'exercice du métier d'infirmier

Nous souhaiterions compléter le regard sur l'exercice du métier infirmier en enrichissant nos propos précédents par l'axe des spécificités qui caractérisent la profession infirmière et la distinguent des autres professions de santé.

Les CSF ont ainsi mis en exergue des éléments constitutifs, ce qu'ils qualifient comme le cœur de métier de l'activité d'une infirmière. Ils en dégagent quelques fondements qui sont directement investis dans leurs enseignements et leurs démarches pédagogiques. Volontairement nous ne les reprendrons pas tous ici car certains ont déjà été développés dans les propos précédents. Nous articulerons la vision que les CSF ont des spécificités de l'activité de l'infirmière au regard de la singularité du patient ainsi que le raisonnement clinique qui doit être mis en place pour dispenser des soins sécurisés et de qualité.

4.1. Le patient un acteur dans l'apprentissage

Tous les cadres de santé évoquent l'importance d'orchestrer l'activité infirmière autour de la singularité du patient. La dimension humaniste est présente dans les discours.

Par ailleurs, les formateurs prennent régulièrement des exemples émanant de la chambre d'un patient, d'une rencontre avec une famille ou relatent les propos d'un usager. Le but est d'interpeller les étudiants et de leur faire prendre conscience que cette dimension est intégrée dans les pratiques infirmières et en constitue une des caractéristiques.

« Un patient c'est un tout... Il a différentes dimensions et l'étudiant doit essayer de ne rien oublier pour que sa prise en soin soit complète... C'est son rôle demain comme futur infirmier mais avant comme stagiaire. » (E1-Eve-L.444-448)

« On ne donne pas des soins standards, mais des soins personnalisés et adaptés à une personne précise. » (E1-Nathalie-L.455-458)

La prise en compte des données de la situation du patient est évoquée comme essentielle pour que l'infirmier pose son jugement clinique. Elle est ensuite retravaillée pour être

retranscrite dans l'activité des CSF et servir de fil conducteur à l'apprentissage des spécificités du métier infirmier.

« Moi j'essaie un petit peu de leur montrer que ce n'est pas parce qu'ils sont dans le même service par exemple en traumatologie et que deux personnes viennent pour la même chose que l'infirmier doit tout faire pareil. Le patient c'est une personne qui à son propre vécu et une histoire qui lui appartient. Ce ne sont pas les mêmes personnes même si elles vont avoir des soins identiques [...] Il faut donc à moment donné que j'ai en tant qu'infirmière suffisamment de données et que j'arrive à bien analyser pour avoir une prise en charge pertinente. Pour moi le recueil d'information est important voir capital pour ensuite sélectionner et analyser... Et bien sur des connaissances parce que s'ils n'ont pas de connaissances ils n'arriveront pas... » (E2-Justine-879)

L'histoire du patient, son cadre de vie ainsi que son vécu de la maladie sont des exemples de données auxquelles les CSF sont sensibles. Ils veillent à insuffler des réflexes chez les étudiants à la fois sur le temps de formation à l'institut mais également sur le terrain.

4.2. Accompagner l'apprentissage du jugement clinique infirmier

Le rôle infirmier est décrit avec précision par l'ensemble des CSF Il constitue un point sensible qui guide les activités pédagogiques des professionnels. Les situations de soins sont choisies et analysées avec les étudiants en suivant les normes du métier d'infirmier.

« Le rôle infirmier il est assez vaste en fait. Et on n'est pas des exécutantes dans tout ça. Donc c'est donner du sens et pouvoir personnaliser sa prise en charge dans tout ça. Avoir une bonne compréhension de la situation pour pouvoir personnaliser et après être pertinente dans son rôle infirmier, voilà. » (E1-Justine-L.494-497)

Les formateurs développent tous l'axe du raisonnement clinique infirmier. Il constitue en quelque sorte la pierre angulaire des dispositifs pédagogiques qu'ils construisent. Notons d'ailleurs ici que c'est une activité qu'ils ne délèguent pas. Ils en gardent l'entière responsabilité et souhaitent la transmettre aux étudiants.

De plus, les CSF estiment que ce processus n'est pas inné et que l'appropriation du raisonnement clinique demande de l'entraînement et de la structuration. C'est pour eux une étape déterminante dans l'analyse d'une situation d'un patient. C'est de là que vont pouvoir être questionnées et co-construites les actions de soins en pluridisciplinarité. Ils distinguent les gestes professionnels relevant de la gestuelle en lien avec l'apprentissage d'un acte et des aptitudes de raisonnement et de questionnement pour comprendre la situation d'un patient.

« Le reste c'est de la gestuelle à apprendre et ça ce n'est pas compliqué. Par contre raisonner et poser un jugement clinique ce n'est pas quelque chose qui s'improvise ou qui s'apprend sur le tas. » (E2-Camille-L.317-319)

« Enfin, l'analyse, le questionnement et la compréhension que l'on a des situations, c'est déterminant dans le quotidien de chaque soignant ». (E1-Denise-L.563-564)

« C'est de décortiquer le dossier et faire des liens entre les données médicales, la pathologie du patient, les signes cliniques pour dégager les soins infirmiers. Ce qui est important c'est l'analyse du dossier mais surtout avant tout sa compréhension. C'est la base du travail infirmier demain (E1-Nathalie-L.77-181)

L'accompagnement de l'apprenant dans l'identification de ses ressources est un point essentiel de l'apprentissage. Le formateur recherche la mobilisation des savoirs théoriques, procéduraux et techniques. Le savoir expérientiel lié à l'expérience vécue en stage est appréhendé pour s'appuyer sur des données concrètes en lien avec des vignettes cliniques et des images de patient. Le fait que le CSF ait construit sa séance pédagogique autour de situations issues du terrain, qu'il s'appuie sur une expérience infirmière l'amène à prendre une posture soignante auprès des étudiants et donne de la cohérence aux propos.

« C'est l'alimentation des différentes ressources et leurs mobilisations pour construire sa réponse en soin en lien avec une situation de patient donné. C'est là que je situe le cœur de métier avec les éléments que j'ai donnés avant. L'articulation théorie et pratique, son vécu de stage, son expérience personnelle et professionnelle. C'est le tout mais pour répondre à une situation de patient précis. C'est spécifique à l'activité infirmière. C'est le raisonnement clinique de l'infirmière au lit du patient. C'est le travail quotidien. Mon T.D. c'est le quotidien, la manière de réagir en situations. » (E1-Christina-371-387)

Les CSF ont conscience que leurs discours peuvent être en décalage avec une certaine réalité de l'exercice actuel des professionnels infirmiers. Les étudiants voient et expérimentent des écarts entre les discours véhiculés en formation et ceux transmis dans les unités de soin. Mais cela ne les empêchent pas d'essayer de tenir les rênes de ce qui leur semble être les bonnes pratiques en adéquation avec leurs valeurs.

« C'est notre raison d'exister. C'est à partir de cette analyse que l'infirmière va dégager les actions spécifiques pour le patient. C'est ce qui va faire sa particularité. C'est à partir de là que les soins seront adaptés à une personne. Tout part de l'analyse de la situation pour ensuite dégager le projet de soins et les actions précises pour une personne, le malade. C'est le travail normalement de toutes les infirmières. Elles ne sont pas seulement des exécutantes elles sont là pour réfléchir et construire avec les données du patient. Je me bats pour cela car tu vois sur le terrain, ce n'est pas ce que les étudiants vont voir en stage. Je sais que je suis en décalage par rapport à la réalité de l'exercice, ou plutôt la réalité actuelle de l'exercice infirmier. Mais ce n'est pas cela être infirmière. Un professionnel qui ne connaît pas son patient il fait des soins routiniers, pas adaptés. Des soins standardisés, bref tout ce que je rejette.... Je sais que je suis en contre-courant ». (E1-Fabienne-L.176-189)

4.3. Quelle vision de l'exercice infirmier ?

Les CSF au fil des échanges expriment leur perception de l'exercice infirmier. Ils relèvent l'expertise du champ infirmier. Ils expriment également des spécificités liées à la prise en soins, l'approche du patient ainsi que l'analyse des situations mais, globalement peu d'éléments concrets sont mentionnés.

« Nous n'analysons pas le contexte de soins comme les autres professionnels paramédicaux. » (E1-Patricia-L.34)

« Elle adapte en fonction de son jugement et de la situation du patient... Elle a un esprit créatif et curieux pour pouvoir faire face à toutes les situations qui se présentent à elle. Je leurs montre

qu'il faut chercher pour comprendre et se poser des questions... La solution est souvent sous nos yeux... Il faut la chercher » (E3-Justine-L.163-168)

Nous pourrions dire qu'ils se sentent investis de la mission de transmettre les particularités de l'exercice infirmier. Ils sont conscients que ce rôle est dévolu aux infirmières des unités de soin. Néanmoins, grâce à leurs expériences antérieures d'infirmière, les CSF verbalisent une légitimité à transmettre les codes de la profession. Les formateurs voient leur rôle sur cet axe là en complémentarité des professionnels du terrain. Le fait que les étudiants vivent une alternance intégrative permet de revenir à distance de l'action sur les éléments spécifiques de l'exercice infirmier. L'analyse loin « du feu de l'action » permet un regard distancié propice aux apprentissages soignants. L'expérience infirmière permet de comprendre les propos des étudiants et d'aller plus rapidement à l'essence même du questionnement. C'est une manière également d'accompagner la construction professionnelle.

« Je pense que l'infirmière comme tous les professionnels ont une expertise spécifique. Mais cette expertise elle doit se transmettre entre les générations car sinon elle va se perdre. Mais cette expertise elle s'exprime surtout sur le terrain au contact des patients... Enfin c'est ce que je pense... Nous à l'IFSI on en parle de la spécificité du métier mais aussi du raisonnement soignant mais concrètement c'est sur le terrain que les étudiants le voient, pas ici. Comme on est des infirmières ils voient bien que notre raisonnement et le même que celui des infirmières du terrain... Mais nous on y va par d'autres voies parce que notre but c'est de les aider à construire leurs propres cheminements à eux. C'est quelque chose qui se construit dans le temps avec les modèles et les personnes qu'on rencontre. Ce n'est pas simple et cela prend du temps... » (E2-Justine-L.712-722)

Suivant l'expérience antérieure des formateurs, les attentes concernant un type d'infirmière attendu dans le recrutement d'un service sont explicitées aux étudiants. Des liens sont établis et le niveau d'exigence est clairement posé.

« Moi, ici, en tant que cadre de l'unité, je n'ai pas besoin d'une infirmière qui exécute bien les gestes... J'ai besoin, comme les patients d'une infirmière qui sait réajuster ses gestes, qui sait analyser ce qu'elle fait. J'ai besoin d'une infirmière qui comprend ce qu'elle fait et qui sait dépister les erreurs médicales potentielles notamment par rapport à un traitement.[...] Voilà, je donne le décor et mon niveau d'exigence. [...] Je trouve que c'est important qu'ils comprennent ce qu'on attend d'eux après sur le terrain car c'est certes un outil d'école pour apprendre le raisonnement et la logique mais c'est aussi l'outil quotidien d'analyse de l'infirmière. Donc oui je suis dans les fondements du métier d'infirmière. Ce T.D. constitue encore plus qu'une base c'est un incontournable pour toutes les infirmières. » (E2-Fabienne-L.326-355)

Nous allons maintenant dégager la structure conceptuelle de la situation présentée par les CSF.

5. Premiers résultats de l'analyse du travail

Nous avons dégagé les caractéristiques de l'activité des CSF en mettant en lumière différents indicateurs. Nous nous inscrivons pleinement dans le principe qu'une situation à une dynamique singulière. Néanmoins nous rejoignons les auteurs qui précisent que certaines particularités peuvent être généralisées à d'autres situations. Ainsi chaque

situation comprend des composants qui se manifestent à différents moments. Certains d'entre eux peuvent être singuliers et/ou reproductibles.

L'observation du travail informe dans un premier temps sur les caractéristiques d'une situation. Les modes d'activité du sujet, ses choix d'action vont venir préciser et éclairer l'agir situationnel de l'acteur. Les informations transmises à ce moment-là sont des indicateurs précieux pour comprendre les raisons d'agir. Les raisonnements de la personne, les dilemmes qui l'animent enrichissent alors la lecture de la situation. Le sujet identifie les indices qui l'ont poussé à formuler telle ou telle hypothèse en vue de la prise d'une décision dans l'ici et le maintenant de l'action. Le professionnel établit alors des correspondances entre son activité, les éléments de la situation et l'analyse qu'il réalise souvent à distance de l'évènement.

Pour le chercheur, la conceptualisation dans l'action guide l'analyse de l'activité humaine. Les schèmes et les invariants opératoires (Piaget, Vergnaud) sont des composants indispensables pour structurer la réflexion. Par la construction des schémas des raisonnements, et des points de vue ainsi que le parcours d'action des CSF nous avons pu identifier la partie observable et non observable des différentes actions réalisées par les formateurs. S'en est dégagé ensuite la distinction des invariants pouvant laisser penser qu'une structure conceptuelle pouvait s'élaborer. Au regard des activités nous avons repéré un groupe de tâches généralisables à l'ensemble des actions réalisées par les CSF.

5.1. La généralisation des activités et des tâches de l'action des CSF

Nous avons déterminé quatre activités majeures récurrentes de l'activité d'un CSF ; à savoir :

- L'organisation pédagogique
- Le choix du contenu pédagogique
- L'animation de la séance
- La connaissance du groupe d'étudiants en soins infirmiers.

Pour chacune de ces activités nous pouvons indiquer les tâches spécifiques qui les dépeignent. Nous les avons concrétisées dans la figure suivante (**figure 30**).

Nous tenons à préciser que l'ensemble des tâches décrites ont été attribuées à une activité. Néanmoins suivant les formateurs la trame ne s'effectue pas de manière rectiligne. Il y a des perméabilités entre les cellules. En effet suivant l'expérience du sujet, son sens de l'observation, sa connaissance du groupe d'étudiants, il va structurer différemment les différentes tâches à réaliser. Le diagnostic qu'il va poser va le conduire à l'identification d'une famille de situation. De là il va mobiliser ses ressources, activer ses schèmes opératoires pour construire la réponse qui lui semble la plus acceptable sur le moment.

L'énergie qu'il va déployer l'amène à formuler son point de vue, l'engageant dans une dynamique entre adhérence et désadhérence. Toutefois, nous avons pu repérer que c'était souvent les mêmes indices qui venaient perturber ou enrichir la réalisation de l'action.



Figure 30 : Identification des tâches au regard des activités

Volontairement nous n'avons pas retenu le cinquième élément (identification des ressources des CSF) car il n'est intégré dans les pratiques que de certains formateurs.

Les différents outils créés ont été des supports précieux pour établir l'identification des tâches. Le formateur suit le chemin qui lui semble le plus efficace pour accommoder son

action. Il progresse le plus souvent en se fiant « aux concepts organisateurs de l'action » en lien avec « les règles d'action » et le « but » à atteindre et ceci pour une classe de situations données. La singularité s'exprime grâce aux visions individuelles des situations de travail.

Cette maquette peut être un outil intéressant pour caractériser une partie de l'activité des CSF et rendre opérant les différentes actions qu'ils entreprennent. C'est également un support permettant de mettre en évidence un processus de réalisation déterminant une certaine chronologie dans les opérations à exécuter. Nonobstant, nous restons prudent quant à son utilisation. La matrice ne constitue qu'une trame qui peut guider l'activité de l'acteur. Elle ne se substitue pas aux raisonnements de l'opérateur et ni à son intelligence de l'analyse de la situation dans l'agir.

Nous avons ensuite défini différents concepts organisateurs.

5.2. La structure conceptuelle de la situation

Nous nous appuyons sur les recherches de Pierre Pastré (1999, 2002) et utilisons le terme de « structure conceptuelle d'une situation » entendue comme un ensemble de concepts permettant de concevoir, de concrétiser et d'évaluer une action. Les outils nous ont permis de saisir l'activité de travail des formateurs en repérant ce qui est réalisé réellement, ce qui aurait pu se matérialiser et ce qui est sujet à débat. La prise de conscience de l'acteur au moment de la phase d'ancrage permet d'explicitier son action mais aussi de la modéliser. La verbalisation de certains dilemmes amène le sujet à renormaliser pour prendre des décisions. Il témoigne ainsi d'une certaine maturation dans son potentiel d'action.

L'analyse de l'activité des quinze cadres de santé formateurs a permis de dégager quatre concepts organisateurs. (**Figure 31**)

Structurer le raisonnement clinique infirmier

Ce concept organisateur est structuré autour de trois invariants opératoires auxquels sont associés un ensemble d'indicateurs.

- **Construire le dispositif pédagogique** avec comme indicateurs : a) établir une trame et des objectifs ; b) établir du lien avec le référentiel ; c) travailler avec les collègues.
- **Tisser des liens entre les savoirs** avec comme indicateurs : a) vérifier les connaissances ; b) rechercher la verbalisation des choix décisionnels ; c) repérer la collecte des données.
- **Prendre une décision par rapport à un cas patient** avec comme indicateurs : a) structurer le raisonnement ; b) guider l'argumentation du choix des ESI ; c) solliciter le positionnement ; d) mobiliser les concepts en soins infirmiers.

S'adapter aux groupes d'apprenants

Ce concept organisateur est structuré autour de trois invariants opératoires auxquels sont associés un ensemble d'indicateurs.

- **Repérer l'installation des ESI** : a) percevoir la motivation ; b) adapter la trame.
- **Rechercher les interactions et les débats entre les ESI** : a) repérer les échanges entre les ESI ; b) cibler les besoins ; d) réajuster et faire le modérateur.
- **Guider le questionnement** : a) clarifier la méthodologie ; b) donner une ossature ; c) pousser le questionnement.

Etablir des liens avec l'exercice infirmier

Ce concept organisateur est structuré autour de deux invariants opératoires auxquels sont associés un ensemble d'indicateurs.

- **Travailler en équipe** : a) rencontrer les infirmières des unités de soins ; b) travailler avec les collègues CSF ; c) mutualiser les ressources.
- **Accompagner les évolutions du métier infirmier** : a) ajuster les pratiques soignantes ; b) transmettre les règles de bonnes pratiques ; c) valoriser les actions ; d) décoder les pratiques infirmières.

Engager les étudiants en soins infirmiers dans une posture professionnelle

Ce concept organisateur est structuré autour de trois invariants opératoires auxquels sont associés un ensemble d'indicateurs.

- **Co-construire une posture infirmière** : a) donner une place aux étudiants en soins infirmiers ; b) favoriser l'expression des valeurs infirmières ; d) développer le langage professionnel.
- **Dégager les actions de soins** : a) rechercher les réflexes professionnels ; b) responsabiliser les étudiants en soins infirmiers dans les prises de décisions.
- **Poser les bases de la profession infirmière** : a) structurer le raisonnement clinique infirmier ; b) solliciter la prise de décision ; c) pousser les ESI à mesurer l'impact de leurs choix sur le patient.

A partir des indicateurs identifiés et des informations collectées, le formateur émet des hypothèses en se référant aux invariants opératoires qu'il ramène ensuite à un des concepts organisateurs. La mobilisation des quatre concepts organisateurs permet dans un second temps de graduer et d'agencer les objectifs. Puis, le sujet établit un diagnostic en croisant les données recueillies notamment par le biais de l'observation. Après avoir mobilisé ses ressources et renormalisé son action, il dégage une tactique en sélectionnant les règles d'action les mieux adaptées.

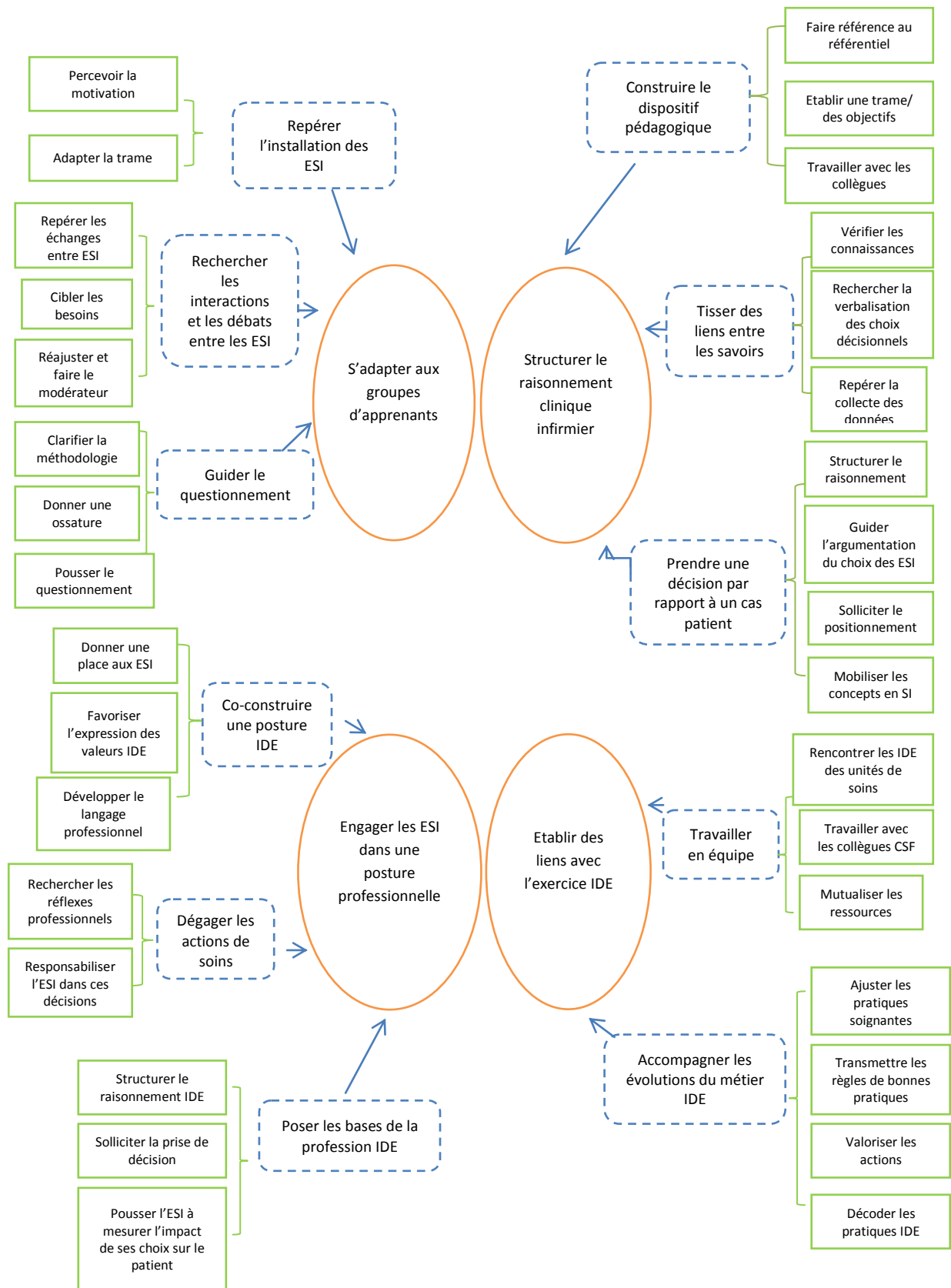


Figure 31 : Structure conceptuelle de la situation

L'établissement de l'arborescence de la structure conceptuelle permet d'envisager des pistes pour le développement des compétences des CSF.

Conclusion du chapitre 8

L'analyse des données a permis de dégager les points de vue des acteurs et de percevoir leurs raisonnements dans l'agir des situations de formation. Quatre thématiques ont guidé la structuration du traitement des verbatim. Elles ont permis d'identifier des éléments essentiels caractérisant l'activité des CSF. Le fait d'avoir fait le choix de singulariser les propos de Camille, Karine et Eve a facilité le repérage des modes opératoires et des règles d'action liés au management du dispositif pédagogique. Nous avons ainsi pu mettre en lumière le « traitement pédagogique » opéré par les acteurs.

A l'issue de ce chapitre, nous pouvons confirmer que les CSF témoignent d'une signature pédagogique qui leur est propre. Nous avons pu repérer qu'elle émanait le plus souvent d'une corrélation entre l'expérience antérieure et les valeurs professionnelles de l'acteur. Les centres d'intérêts et la perception de son rôle de CSF sont des indices qui orientent l'analyse de l'action. Ils viennent préciser les choix et les prises de décisions, même si les débats ne sont pas tranchés et restent encore parfois problématiques.

L'analyse des données met également en évidence des caractéristiques marquées chez certains formateurs nous permettant d'envisager la possibilité d'établir des portraits reprenant certains traits des professionnels.

Les marques du métier infirmier sont bien présentes. Elles s'expriment aussi bien dans la phase de conception que dans la phase de mise en œuvre du dispositif au contact des étudiants. Dans la construction du dispositif pédagogique, le métier d'infirmier est mobilisé pour garantir une certaine conformité avec les réalités actuelles du contexte des soins. Les CSF sont vigilants à la collecte des données. Ils se déplacent sur le terrain ou contactent d'anciens collègues pour être au plus proche des pratiques professionnelles. Des marques du métier d'infirmier sont également visibles au moment de l'animation en situation de cours. Des exemples concrets de l'exercice infirmier sont systématiquement recherchés. Les formateurs investiguent les espaces pour découvrir comment les étudiants se sont approprié les pratiques. Parfois ils sont amenés à recadrer afin de redonner les règles conformes à l'exercice professionnel. Par ailleurs, les spécificités du métier infirmier sont identifiées autour de l'analyse des données d'un patient, du raisonnement clinique infirmier, de la singularité de la prise en soins, de la sécurité et la qualité des soins dispensés. Les valeurs d'humanité, de travail en équipe, de responsabilité, de qualité sont véhiculées.

Les objectifs, les modes opératoires, et les règles d'action permettent de qualifier l'activité spécifique d'un dispositif de formation et d'envisager la matérialisation d'une structure conceptuelle. L'élaboration d'une trame pédagogique est évoquée par la majorité des CSF ; ils témoignent ainsi du besoin d'avoir un fil conducteur commun d'autant plus quand le TD est dispensé par plusieurs formateurs en même temps. L'équité entre les apprenants est recherchée. En revanche, l'animation en salle de cours laisse entrevoir de nombreux imprévus qui demandent un traitement spécifique par le formateur en action. Les choix opérés révèlent de la signature du CSF intervenant. Les modifications du synopsis réalisées dans l'agir sont le plus souvent marquées par une volonté de s'adapter aux groupes d'apprenants. Les CSF poussent les étudiants à structurer et argumenter leurs prises de décisions. Ils orientent leurs interventions afin donner du sens à l'exercice professionnel. Ils sollicitent le questionnement chez les étudiants afin qu'ils structurent leurs raisonnements cliniques infirmiers et qu'ils s'engagent dans une posture soignante.

L'analyse des données a permis également de repérer les ressources des CSF et d'identifier les espaces de développement professionnel.

Chapitre 9 : La didactique du raisonnement clinique en formation

« Il s'agit moins d'analyser le travail actuel que les conditions et les processus par lesquels des professionnels deviennent ou sont devenus des professionnels capables de se débrouiller avec les situations lorsqu'elles se présentent sur leur chemin. » (Mayen, 2012, p.63)

Chapitre 9 : La didactique du raisonnement clinique en formation

L'objectif central de l'analyse didactique réalisé lors de cette étude était d'apporter un éclairage compréhensif sur l'exercice des cadres de santé formateurs.

Dans ce chapitre, nous nous attarderons sur différents aspects qui caractérisent l'activité des cadres de santé formateurs à un niveau d'analyse générale. Nous nous appuierons sur l'analyse des propos du chapitre précédent et croiserons les données avec les hypothèses de travail pour en faire une synthèse.

Les CSF assurent au quotidien différentes tâches qui viennent caractériser leur poste de travail. Nous avons dans notre étude tenté de mettre à jour une approche des situations qui composent effectivement le métier de formateur en institut de formation en soins infirmiers. Nous allons donc apporter une lecture des éléments qui orientent les choix et structurent leur raisonnement pédagogique. Nous avons sélectionné les résultats qui nous semblent le plus significatifs. Notre propos sera agencé en quatre sections.

Dans **la première section**, nous reviendrons sur l'expression du savoir en acte des cadres de santé formateurs, notamment concernant la structuration de l'action pédagogique. Ainsi, la double anticipation de l'activité de conception viendra éclairer l'expression des « débats de normes » des acteurs. Dans **la deuxième section**, nous aborderons l'accompagnement des étudiants. Ce dispositif appréhendé sous l'angle de l'activité des formateurs précisera les actions déployées pour permettre la construction d'un point de vue du travail infirmier par l'apprenant. La **troisième section** témoignera du souci des CSF d'articuler les exigences du milieu de soin avec l'apprentissage en formation initiale. Enfin la **quatrième section** abordera le potentiel d'apprentissage d'une situation de formation managée par les CSF. L'activité des formateurs devient ici une réelle ressource pour le développement professionnel. Nous concluons ce chapitre par un retour sur les hypothèses de cette recherche et proposerons une évolution du cadre de notre étude au regard des données collectées sur le terrain.

1. L'expression du savoir en acte des cadres de santé formateurs

A travers notre étude, nous avons essayé de mettre en lumière les raisonnements qui sous-tendent l'action des CSF. Nous avons donc identifié différentes activités qui caractérisent le métier de formateur en institut de formation en soins infirmiers.

Les actions pédagogiques réalisées témoignent concrètement d'une réalité de l'activité. Nous retrouvons ainsi des éléments explicitant les faces visibles et invisibles du métier de formateur.

Nous avons procédé à l'analyse de l'activité en nous centrant sur les éléments constituant un dispositif pédagogique. Nous retrouvons dans les propos des CSF l'approche définie par Michel Foucault (1994, [1977]) et Marc Weisser (2007, 2010) et retenons l'idée qu'il constitue un réseau en interaction avec différents éléments. C'est également un moyen d'anticiper l'action à venir en jalonnant et en aiguillant la construction de la trame pédagogique. Les choix didactiques et pédagogiques sont le plus souvent une marque du collectif de travail dans sa phase de conception puis prennent l'allure d'un fil conducteur avec une interprétation individuelle en situation de cours. Dans tous les cas, le dispositif donne le cadre de l'intervention et sert de point de repère dans les moments de doute ou d'incertitude.

« Un dispositif pédagogique d'une unité d'enseignement ça ne s'improvise pas. Ça s'inscrit dans une continuité en fonction de l'ordre des unités d'enseignement. Ils ont eu des choses avant. Ils en auront après. Il faut tenir compte de tout. Sinon l'étudiant se perd et nous aussi. Ça n'a pas, peu ou pas de sens. Je suis sensible à cela c'est important. Ça doit s'inscrire dans un parcours de formation mais aussi d'apprentissage. Il faut le parler en équipe ce n'est pas moi toute seul dans mon coin qui peut décider une part oui pour le contenu mais j'ai besoin de savoir où je m'inscris dans le parcours de l'étudiant pour l'aider à faire des liens. » (E1-Valérie-L.194-202)

1.1. La structuration de l'action pédagogique

1.1.1. « L'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu » dans l'espace de formation : une forme de « signature pédagogique » du CSF

Nous reprenons ici l'approche proposée par Brigitte Albero autour des spécificités d'un dispositif de formation.

Les schémas de l'expression des points de vue, ceux des raisonnements ainsi que l'analyse des parcours d'action des acteurs témoignent d'une « *conception rationnelle finalisée* » avec l'identification d'un but et la formulation d'objectifs. Nous pouvons également repérer « *une combinaison adaptée de moyens matériels et humains* ». En effet, la construction du dispositif permet d'envisager les problématiques organisationnelles en termes de nombre de

formateurs et de salle de cours à prévoir. Il facilite le dialogue et la communication entre les concepteurs afin d'arriver à une démarche commune à enseigner auprès des étudiants.

« Je rajouterai la collaboration avec les collègues [...]. Cela permet de gagner en cohérence et de travailler ensemble. [...]. Il faut être cohérent dans nos pratiques pédagogiques et dans notre travail quotidien. C'est important. » (E1-Christina-L.82-90)

« ...Je pourrais voir mon dispositif comme un frise avec différents éléments du contexte mais surtout avec différents temps. Tu vois j'ai même pour moi fait une frise pour présenter l'ensemble du dispositif aux étudiants. » (E1-Denise-L.95-98) Au moment de la réalisation du dessin « Peut-être moi donné une forme de cadre, d'abord les objectifs de la séance et puis en deux je fais un cadre comme ça parce que je pense que des fois peut-être situer et peut-être pourquoi pas faire à la fin une synthèse [...] (Dessine)... entre le début et la fin... (E1-Denise-L749-753)

Par ailleurs, les CSF adaptent majoritairement leur dispositif pédagogique au contexte. Ils prennent en compte les réalités des exigences actuelles en lien avec les pratiques professionnelles. Pour ce faire ils se déplacent dans les unités de soin ou échangent avec les infirmiers, les aides-soignantes, les professionnels de santé. C'est pour eux une base de données essentielle. Ils adaptent généralement leur discours en mesurant les évolutions des organisations de soins au regard de la charge de travail, des avancées technologiques et du niveau de qualification des agents. De plus, les modifications du système de santé se matérialisent à travers le choix des situations d'apprentissage proposées aux étudiants. L'ouverture sur les structures extra hospitalières, sur la collaboration avec le monde médico-social, sur une dynamique autour du parcours patient, par exemple, prennent de plus en plus de place dans les enseignements.

Lors des observations nous avons pu déterminer plusieurs situations imprévues demandant une adaptation immédiate. Cela a été le cas par exemple pour Patricia qui est alertée par les étudiants au sujet d'une problématique de salle. Ils lui signalent que l'espace de cours qu'elle a réservée est déjà occupée. Après vérification elle va s'accommoder de la nouvelle situation. Elle va d'ailleurs devoir recentrer son animation en transformant son synopsis. Elle va se trouver progressivement en difficulté car elle ne percevra pas les réactions des étudiants rendant les interactions plus complexes que ce qu'elle avait envisagé au départ.

« Après je n'avais pas mesuré que la salle était moins adaptée. [...] mais au finale non ce n'était pas une bonne idée à la fois pour les étudiants et pour moi. Tout le monde était mal installé. Je n'aurais pas dû accepter mais cela était trop tard. Je pensais que cela irait quand même. [...] Je m'étais cassée la tête à tout déménager et puis comme la salle était grande, c'est vrai que suivant ou on est placé on n'entend pas forcément tout non plus. C'est pour ça que j'avais visé une salle plus petite et plus resserré parce que je m'étais dit que comme ça on allait mieux entendre les échanges et ils seraient plus à l'aise pour échanger.» (E2-Patricia-L.492-504)

Nous avons vu dans la partie théorique que la cohérence d'un dispositif se mesure dans la durée mais surtout dans sa faculté à s'adapter. Lors de l'analyse des verbatim, des indices aiguillent vers des indicateurs témoignant d'une accommodation. Nous relevons ici les innovations pédagogiques proposées par Patricia sur la démarche éthique, par Karine sur la

thématique de la fin de vie, par Valérie sur l'encadrement, par Denise sur l'architecture de son dispositif pédagogique avec des autres collègues, par Béatrice sur la thématique de l'évaluation. Mais une place importante est également à réserver à toutes les maquettes pédagogiques qui ont été ajustées au regard du groupe d'apprenants, au regard des évolutions de la structuration des paliers d'apprentissage, voire en lien avec l'évolution des pratiques pédagogiques.

Nous avons constaté à plusieurs reprises que le dispositif semblait avoir une certaine flexibilité et une ouverture sur l'extérieur. Les marques qui jalonnent les discours font référence aux partenariats avec les unités de soins, à la volonté de l'équipe de direction de faire évoluer les dispositifs existants, aux questionnements avec des collègues d'autres IFSI ou d'autres pays. Il en résulte alors des modifications avec une modernisation des ingénieries existantes. Le renouvellement des équipes pédagogiques avec l'arrivée de nouveaux formateurs n'est pas étranger aussi à cette dynamique. La transmission des savoirs pédagogiques entraînent indéniablement des questionnements avec des argumentations pour clarifier ses idées. C'est une richesse d'ouverture qui passe par la communication entre collègues. Le plus souvent cela engendre un avancement et une transformation du design pédagogique. Néanmoins une étude plus approfondie avec une collecte de données supplémentaire s'inscrivant dans une temporalité plus longue serait indispensable pour prendre position.

Les trois temps objectivés par Brigitte Albero (2010) autour de « *l'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu* » d'un dispositif prend effectivement toute sa dimension dans la construction pédagogique des CSF. Dans un premier temps des discours, l'axe stratégique est défini en partie par le référentiel de formation. Ce dernier est systématiquement retravaillé et aménagé par toutes les équipes de formateurs pour le rendre viable dans le contexte actuel. Dans les propos des professionnels tous partent d'un descriptif linéaire en lien avec le référentiel de formation. Puis plus ou moins rapidement, le discours évolue en précisant les raisons des transformations pour rendre l'enseignement possible. Les CSF établissent alors des priorités dans la sélection des activités à prioriser. Ils rendent opérationnels et concrets le design pédagogique. La rédaction presque systématique d'une trame pédagogique en est tangiblement la preuve.

Cependant, comme nous l'avons perçu avec les propos plus détaillés de Camille, de Karine et d'Eve, chaque acteur va interpréter et esquisser sa propre représentation du dispositif. C'est vraiment une marque singulière propre à chaque formateur révélant ainsi sa particularité dans sa signature pédagogique.

« La compétence 1. Elle va se distinguer sur trois temps de formation : semestre 1, semestre 2 et semestre 3. La séquence qui s'inscrit là et plus précisément inscrite dans la compétence 1, U.E.3.1 qui est raisonnement et démarche clinique. On est actuellement sur le semestre 1 de

formation. Donc c'est les tous débuts de l'enseignement du raisonnement et de la démarche clinique et c'est la première unité d'enseignement 3.1 S1... » (E1-Léa-L.38-44)

« En fait, en termes de savoirs académiques pour l'instant en ce qui concerne la démarche de soins ce n'est pas identifié en tant que tel. Je les laisse volontairement vagabonder dans ce recueil d'informations. Le programme lui nous dit d'aller déjà plus loin dans la démarche. Il nous dit de leur faire déjà identifier des diagnostics infirmiers, des diagnostics médicaux. Volontairement je ne suis pas allée jusque-là sur le semestre 1. Parce que je pense que c'est trop tôt et parce que je pense qu'il faut vraiment aiguïser leur sens de l'observation et de la récolte de données. Et si je veux arriver à ce qu'ils recueillent des données significatives il faut que je les entraîne à cela avant. Et j'ai l'intime conviction que ça sera beaucoup plus facile après d'aller coller un raisonnement qui correspond quand même à une démarche bien institutionnalisée, bien théorisée dans laquelle on veut que les étudiants rentrent. Je n'ai rien contre la démarche, mais je pense qu'il faut que ça crée du sens avant. Donc j'ai volontairement ralenti les étapes pour qu'il y ait du sens là-dedans. » (E1-Léa-L.240-257)

Ce qui nous semble intéressant dans les propos de Léa c'est la manière dont elle aménage l'apprentissage du diagnostic infirmier et plus particulièrement le recueil de données d'un patient. Pour elle c'est une étape essentielle pour bâtir le raisonnement infirmier. Elle préfère donc ralentir et adapter le dispositif pour faciliter l'apprentissage des étudiants. Elle évoque une notion d'entraînement et de répétition pour que la démarche s'inscrive dans un processus d'acquisition progressif. Ce qui est visé ici relève du développement d'un réflexe professionnel infirmier et Léa sait que cela demande du temps. Il lui semble alors plus judicieux de respecter les étapes d'apprentissage et non la trame du référentiel.

1.1.2. La double anticipation de l'activité de conception : une expression des « débats de normes »

Comme dans toutes activités les CSF n'échappent pas à la notion de double anticipation dans leur travail. Pour illustrer notre propos nous nous appuyerons sur les verbatim de Justine et Béatrice.

Le temps de conception « pour » la formation s'appuie sur les modèles de référence, sur un cadre théorique et les traces sont visibles dans les propos des CSF. Le descriptif des tâches dans la phase de conceptualisation est présent. Ce dernier est évoqué avec aisance. Un certain détachement est même perceptible chez certains formateurs. Un peu comme un allant de soi défini par un cadre qui s'impose à eux mais dont ils savent déjà à l'avance qu'ils pourront le modifier.

« Donc pour ma part là je suis dans la démarche et le raisonnement clinique qui est en lien avec la compétence 1 [...] Enfin ça au semestre 1 et puis je suis au semestre 2 dans le raisonnement clinique et le projet de soins. » (E1-Justine-L.64-67)

« Alors je dirais que mon dispositif pédagogique s'inscrit dans l'U.E. 3.5 du semestre 4 donc en deuxième année. C'est une U.E. qui entre dans l'encadrement des professionnels de soins. Moi j'ai demandé que cette U.E. soit plutôt placée en fin de semestre. » (E1-Béatrice-L.160-163)

Dans la phase de repérage, Justine suit la prescription du référentiel de formation. Elle inscrit sa séquence pédagogique dans une continuité en suivant la temporalité des semestres

d'enseignement. Les propos de Béatrice empruntent dans un premier temps le même cheminement que ceux de Justine. Puis progressivement ils s'en détachent pour apporter une donnée supplémentaire. L'expérience antérieure de l'acteur l'amène à modifier le déroulement prévu par le référentiel. Elle respecte la règle en gardant le semestre de référence mais propose un agencement différent. Nous percevons ici le dialogue qui s'exerce entre « l'acteur et son milieu », tel que le présente Yves Schwartz et Louis Durrive. Béatrice réadapte la norme pour la rendre possible et viable dans son activité de formateur.

L'activité de conception « dans » la formation au moment de l'action permet de relever des indices témoignant d'une corrélation ou non avec le projet initialement conçu. Nous verrons d'ailleurs que ce dispositif n'est pas neutre. Il engage de formateur dans des choix voire dans une insécurité qui peut être déstabilisante. Dans la phase d'ancrage les formateurs esquissent une verbalisation des choix effectués dans l'agir situationnel. Les dilemmes sont perceptibles et les écarts avec le synopsis de départ sont visibles pour l'observateur mais pas toujours pour l'acteur lui-même. L'auto-confrontation avec le film permet le plus souvent aux formateurs de conscientiser leurs actions. Ils mesurent alors, les facteurs déclenchant et favorisant le changement de stratégie dans l'animation de la séance.

« Alors au départ, c'est vrai que lorsque je suis arrivée dans la salle... Il a fallu gérer un petit peu... [...] Après c'est vrai que quand j'ai pris la parole... C'est vrai que je n'y avais pas pensé avant.... Mais.... Je me suis dit que je n'allais pas faire comme j'avais prévu au départ mais que j'allais reprendre par rapport à leur difficulté qu'ils avaient eu pour faire l'exercice... » (E2-Justine-L.12-17)

A l'arrivée en salle de cours, Justine se trouve prise au dépourvu. Elle pensait pouvoir s'installer, sortir ses documents (pour être à l'abri du regard des étudiants) et choisir sa place. Dans l'action elle est amenée à aider les étudiants à installer le matériel pour que la restitution puisse s'organiser. A sa prise de parole elle décide de changer le design pédagogique. Elle argumente son choix en disant :

« Enfin s'ils en avaient rencontré parce que c'est vrai qu'ils étaient en autonomie le TD précédent et que moi je n'avais pas pris le temps d'aller les voir... » (E2-Justine-L.17-19)

La référence au TD précédent a ici toute son importance car l'antériorité et le souvenir de la séquence analogue engendrent une modification du suivi de la trame pédagogique décidée dans le collectif de travail. Nous percevons ici l'enjeu de la part individuel pour rendre l'activité possible en fonction du système de référence de l'acteur. Justine rajoute plus tard que :

« Ce n'est pas facile pour moi de suivre toujours la trame surtout dans ce genre de TD. Les étudiants font des recherches mais moi aussi parce qu'il faut que je les guide et que je les oriente pour qu'ils prennent des notes qui sont justes pour réussir l'évaluation. » (E2-Justine-L.268-271)

Dès la phase de repérage, Béatrice partage son questionnement et évoque les raisons qui l'on poussée à proposer une nouvelle maquette pédagogique.

« J'ai longtemps réfléchi à comment reconsidérer les choses et emmener les étudiants vers une autre posture et les aider à grandir par rapport à cette thématique de l'évaluation. [...] Oui autrement car ce que vous allez voir, je ne l'ai jamais fait... [...] Je pense que les étudiants vont être surpris. [...] Je pars d'une situation mais elle est réelle, filmée dans un service de soins. Je vais demander aux étudiants de prendre pas une posture fictive mais une posture réelle [...] En théorie tout le monde dit que c'est comme ça qu'il faut faire... Mais c'est un changement de vision, d'état d'esprit mais aussi de manière de construire le dispositif de la séance pédagogique. Là moi je ne vais rien maîtriser... Ce n'est pas forcément simple... Une partie de la séance va totalement m'échapper... il faut aussi en être conscient comme formateur... Je vais en cours sans filet car je ne sais pas comment les étudiants vont mener les choses. » (E1-Béatrice-L.252-270)

L'expérience de Béatrice la conduit à prendre le risque d'aller en cours « sans filet ». Elle le justifie plus tard en disant :

« A partir du moment où tu décides de partir des étudiants pour construire ton contenu, tu es face à un imprévu. Certes j'ai réfléchi à mon dispositif pédagogique, certes j'ai pensé mes différents temps et les activités qui allaient avec mais je ne sais absolument pas au départ comment les étudiants vont réagir et comment cela va être accueilli. » (E2-Béatrice-L.334-340)

Avant le début de la séquence pédagogique Béatrice sait qu'elle va réaménager son activité. La manière dont elle a conçu le dispositif, l'envie d'innovation qu'elle a envisagée l'a conduit à interroger la posture qu'elle aura en cours. Elle est prête, même si cela est déstabilisant à vivre le moment présent en suivant le cours des événements au rythme des propositions des étudiants. Elle se crée un nouveau savoir riche de l'expérience vécue. Sa capacité d'innovation et son acception de se mettre en « danger » l'amène à changer de posture et à partager le savoir avec les apprenants. Elle autorise le doute et l'incertitude dans une logique de remise en question de sa pratique.

Ce qui est intéressant dans la situation de Béatrice mais que l'on retrouve aussi chez Karine, chez Denise, chez Nathalie par exemple, c'est la dynamique pédagogique que provoque l'innovation. Elle entraîne l'acteur puis l'étudiant dans un conflit sociocognitif. Le fait de repenser l'activité pédagogique provoque un changement de point de vue avec une décentration. Béatrice est dans l'obligation de recueillir de nouvelles informations et de structurer ses idées autour d'un autre axe directeur. Ceci l'amène à revoir son organisation et à octroyer une place différente à l'étudiant. Elle met ici en adéquation sa volonté de co-construire avec l'apprenant pour le rendre acteur de ses apprentissages. Nous retrouvons l'idée formulée entre autres par Jean-Jacques Bonniol explicitant que le rôle du formateur est de « créer les conditions » pour que l'apprentissage se réalise.

« La formation n'est-elle pas réussie seulement à partir du moment où elle nous échappe, et où chacun peut faire chemin vers d'autres objectifs que ceux qui sont circonscrits et définis en objectifs de résultats et de procédures par la formation ? [...] (Bonniol, 1996, p.18)

Toutes nouvelles créations engendrent de l'incertitude. Malgré cela, Béatrice revisite sa manière de concevoir sa relation pédagogique et se risque à proposer une nouvelle maquette d'apprentissage. Etudiants et formateurs vont sortir grandis de cette aventure. L'aspect non routinier de la proposition permettant de recentrer les activités de chacun. De nouvelles compétences vont pouvoir être mobilisées et mises en exergue pour chacun des acteurs de la situation.

Dans les exemples de Justine et Béatrice, comme pour les autres CSF, le mouvement de balancier entre la première et la deuxième anticipation est perceptible. Les éléments du registre 1 viennent alimenter les éléments du registre 2.

Devant la multitude des situations pédagogiques que le formateur va rencontrer, il va se composer sa propre expérience. Ce qui va le conduire à

« La construction de représentations des futures situations de travail auxquelles il est susceptible d'être confronté et la mise en rapport de ces exigences avec ses propres compétences actuelles » (Rabardel & Six, 1995, p.36).

Il y a ainsi en quelque sorte un mouvement d'auto-formation. Le sujet par son activité va développer de nouvelles ressources qui seront mobilisables dans une situation similaire. En action, l'acteur ajuste ses savoirs antérieurs pour répondre à la nouvelle activité qui se présente à lui. L'expérience va jaloner sa construction. Elle se positionne alors

« Comme étant au cœur de toute transformation, de toute restructuration des modes de penser et d'agir ; au cœur même de la production de nouvelles représentations et de nouvelles interactions » (Roelens, 1989, p. 67).

Durant les échanges les CSF vont s'interroger sur la place qu'ils souhaitent prendre dans le dispositif de formation et plus largement dans l'ingénierie pédagogie telle que définie par Carré et Jean-Montcler (2004). C'est un cheminement individuel qui va demander de conscientiser l'écart entre le travail prescrit et le travail réel amenant à une réflexion sur soi.

« Dans tous les cas, travailler sur l'écart entre ce qu'on fait et ce qu'on voudrait faire, c'est au bout du compte travailler sur soi, que ce soit pour accroître sa performance ou pour transformer un rapport malheureux ou maladroit au monde et aux autres » (Perrenoud, 2001, p.147)

Alors que dans un premier temps nous pouvions supposer que l'architecture d'un dispositif de formation allait s'imposer à l'acteur, nous constatons qu'il n'en est rien. Le sujet est bien positionné au centre de ses choix en adéquation avec son milieu et ses normes de vie. Les transformations que s'autorise le formateur l'amène à être en adéquation avec ses valeurs. Son activité humaine l'inscrit dans une mouvance en interaction avec son environnement dans lequel « les débats de normes » sont intégrés.

1.2. L'ingénierie pédagogique : une chaîne d'activité pour les CSF

En reprenant les paramètres de la **figure 6** nous pouvons établir plusieurs constats.

Le projet pédagogique et les axes stratégiques : des éléments absents de la réflexion

Tout d'abord la notion de projet pédagogique et d'axes stratégiques sont peu présents dans les discours (seulement trois formateurs sur 15 l'évoquent). Le profil d'année est présenté par un formateur, Léa. Elle l'associe à son management et à sa manière d'animer un cours. Pour elle tout s'articule autour de l'autonomisation des apprenants dès leur entrée en formation. Par nos recherches préalables (**tableau 3**), nous savons que tous les instituts sont dotés d'un projet pédagogique. Lors des échanges, tous les directeurs nous ont confirmé qu'il constituait le point de référence pour guider les actions et assurer une cohérence dans les projets. En revanche seulement deux d'entre eux ont associé les équipes pédagogiques à sa rédaction. Nous pouvons émettre une interrogation quant à son appropriation par les CSF d'où la difficulté de le faire vivre dans les pratiques. Ce document est normalement un point d'ancrage de la réflexion collective des formateurs des instituts. Il balise les orientations d'année et permet l'évaluation des projets instaurés. Nous pouvons donc nous interroger sur l'absence de concertation entre les équipes de direction et l'équipe des CSF pour l'élaboration de ce document. La deuxième hypothèse qui peut être également envisagée c'est que le projet pédagogique n'est mobilisée qu'à certaines périodes de l'année comme la rentrée ou encore les fins de semestre au moment des bilans. L'étude étant en dehors de ces périodes, les acteurs n'y ont pas pensé.

En revanche l'axe professionnalisant du processus est objectivé par tous les CSF. La posture professionnelle, la construction de l'identité d'infirmière ainsi que la mobilisation d'un langage soignant sont recherchés dans toutes les interventions. Le « schéma des raisonnements » de chaque CSF révèle les intentions de chacun. L'axe professionnel est matérialisé de manière explicite ou implicite dans toutes les ossatures pédagogiques.

Le dispositif pédagogique : le point d'ancrage de la réflexion

Le dispositif pédagogique comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises est le point central largement ciblé et décrit par l'ensemble des CSF. Tous les indicateurs sont mobilisés allant de la fiche pédagogique, en passant par les objectifs, la définition des paliers d'apprentissage, ainsi que les modalités d'évaluation. La séance débute majoritairement par la présentation des objectifs de la séquence aux étudiants ainsi que les modalités d'évaluation s'il y a lieu. Cette thématique est évoquée dans tous les temps d'entretien aussi bien dans la phase de repérage que dans les phases d'ancrage. Cela témoigne de l'intérêt mais également de l'importance que les CSF lui accordent. Le management de cette étape

du process atteste du degré d'expertise de l'ensemble des professionnels. La démarche d'apprentissage est envisagée dans sa globalité avec une vision systémique.

« J'ai plusieurs objectifs notés sur la fiche pédagogique que les étudiants ont. Mais je dirais que mon objectif principal c'est le changement de posture et la prise de conscience de son mode de fonctionnement quand ils sont dans la posture d'évaluateur. Si j'ai amorcé un début de questionnement alors c'est super pour moi. » (E1-Béatrice-L.244-248)

« J'ai le sentiment de suivre vraiment tout le temps la fiche pédagogique que j'ai faite avec les différentes étapes parce que je redonne plusieurs fois ce T.D. mais avec des groupes différents donc j'essaie de faire toujours pareil pour ne pas pénaliser un groupe par rapport à un autre (E3-Anna-L.242-245)

« Après tu vois je vais noter sur ma fiche pédagogique tout ce qui n'a pas été afin de revoir et d'améliorer le dispositif et que moi je sois aussi plus à l'aise dans les prochains jours ou l'année prochaine si on reconduit le T.D. dans le même contexte. » (E2-Karine-L.527-530)

La réflexion menée au moment de l'élaboration du dispositif pédagogique jalonne toutes les étapes de la phase de conception à la phase d'évaluation en passant par la phase de mise en œuvre. Un triple objectif semble être suivi par les acteurs. Tout d'abord la trame sert de point de repère voir de fil conducteur et permet à certains formateurs de se recentrer ou de se rassurer au moment de l'animation. En second lieu elle permet aux professionnels de garantir une équité entre les apprenants notamment quand le TD est redonné plusieurs fois par des intervenants différents. Ce point revient systématiquement dans les échanges et constitue un élément essentiel pour les CSF. Le dernier axe concerne l'évaluation. Un temps est consacré de manière collective ou individuelle pour faire le point sur la réalisation de la séance. Des axes d'amélioration sont envisagés et retranscrits par écrit pour garder une trace. C'est une manière de mettre en mémoire son activité et de se constituer un patrimoine pédagogique.

Les méthodes pédagogiques : une source de questionnement

L'hétérogénéité du groupe des apprenants incite les CSF à interroger continuellement les méthodes pédagogiques qu'ils vont mobiliser. Ils agencent donc différentes techniques et outils pour aider les étudiants à progresser dans leurs apprentissages. L'articulation qui est globalement retrouvée vise à allier le développement cognitif de l'apprenant avec la construction d'une identité professionnelle de soignant. Les questionnements au moment de la conception se centre sur la manière de rendre accessible le contenu de cours. Mais également sur la voie de transmission à privilégier pour captiver l'attention des étudiants et donner une dynamique à l'animation.

La connaissance du groupe d'apprenants, son niveau de formation, le profil de la promotion sont examinés pour déterminer les formes pédagogiques à solliciter. Les CSF sont vigilants pour varier les propositions afin de garder une ouverture. Ils veillent à inscrire les étudiants dans une variabilité des outils et supports afin de ne pas standardiser les méthodes

d'apprentissage. Pour eux c'est une garantie de la qualité de la formation qu'ils proposent. Au nom de ce principe ils peuvent en situation de cours faire le choix de modifier la trame envisagée. Cela a été le cas pour plusieurs formateurs au moment de la réalisation de la séance pédagogique. L'observation de l'installation des étudiants en cours, les premiers mots qui sont échangés déterminent le respect ou non de la trame pédagogique. Le formateur s'autorise alors d'ajuster la méthode pédagogique pour atteindre l'objectif visé. Pour ce faire, il mobilise ses ressources, agence différemment son organisation et aménage son dispositif.

Dans tous les temps d'observation nous notons une attention particulière portée aux étudiants. Le formateur est en éveil pour détecter des indices. Il recherche avant tout leurs mises en activité pour atteindre l'objectif de la séance. Sa connaissance du groupe est primordiale pour pouvoir adapter son contenu et faciliter la compréhension des notions à acquérir. Presque systématiquement l'animation est recentrée sur le collectif promotion. Les interactions sont sollicitées pour faciliter les apprentissages mais également pour appréhender les codes professionnels. Les CSF déploient ainsi des stratégies pour permettre aux étudiants de partager leurs savoirs en entrant dans une médiation entre pairs. Certains formateurs, comme Béatrice, Denise, Marie, Karine, Christina par exemple, arrivent d'ailleurs à se mettre en retrait et à laisser les apprenants réguler les débats entre eux. Ils explicitent leur posture en mettant en avant l'importance de co-construire avec les étudiants. Pour eux, c'est une manière d'engager et de motiver les stagiaires dans le développement de leurs apprentissages.

Le second axe vise à mettre les étudiants dans une posture professionnelle. Le travail en équipe est alors sollicité pour témoigner de la richesse de croiser les points de vue, avant la prise d'une décision sur la situation d'un patient. Les CSF balisent leurs interventions en privilégiant le questionnement et l'argumentation. Ils souhaitent développer l'expression d'une pensée infirmière en lien avec les spécificités de l'exercice, notamment concernant le rôle propre de l'activité soignante. Nous pouvons faire un lien avec la pratique enseignante développée par Marguerite Altet

« La pratique de l'enseignant renvoie à une activité professionnelle située, orientée par des fins, des buts et les normes d'un groupe professionnel. Elle se traduit par la mise en œuvre des savoirs, procédés et compétences en actes d'une personne en situation professionnelle » (Altet, 2002, p.86).

Une tension s'exprime souvent dans la conception et la formalisation de l'action pédagogique. D'un côté les formateurs savent qu'ils doivent répondre aux exigences du référentiel de formation, notamment sur le plan du développement des compétences de l'apprenant. Mais ils savent aussi, qu'ils doivent répondre aux exigences du milieu en

amenant l'étudiant à une compréhension de la situation de soin. Cette tension est parfois complexe à tenir et leurs connaissances de l'exercice infirmier les aident à trouver des espaces de remédiation pédagogique.

2. Accompagner les étudiants dans la construction d'un point de vue sur son travail infirmier

Dans les échanges avec les CSF, la thématique des normes du métier infirmier est récurrente. Néanmoins cheminer avec un étudiant pour qu'il acquière des savoirs théoriques et qu'il soit capable de les expliciter dans un exercice pratique reste complexe.

La construction du référentiel de formation de 2009 a inscrit la formation infirmière dans le paradigme de la logique compétence que les formateurs sont sus largement s'approprier. Ainsi comme les CSF le soulignent dans l'étude, la formation c'est restructurée autour de situations révélatrices de l'exercice infirmier. Les CSF cheminent avec les étudiants pour recueillir leur point de vue sur la situation étudiée en lien avec leur prise de décision clinique. Ils structurent leur intervention à la recherche des « nœuds » de l'activité pour guider les étudiants dans l'analyse des indices collectés.

2.1. Décoder les situations de soins pour former

D'un point de vue conceptuel, la majorité des CSF sont dans une approche de l'apprentissage autour des situations professionnelles. La transmission des savoirs et des connaissances sont certes toujours présentes, chez certains formateurs, notamment au moment de l'animation de la séquence de cours. Toutefois, les visions évoluent et laissent entrevoir de nouveaux espaces pédagogiques. Le raisonnement de l'étudiant est favorisé et les CSF soulignent l'importance de l'accompagner pour qu'il prenne une position et une place dans les équipes de soin. L'objectif de la formation est ici recentré autour des savoirs du métier mobilisés dans une situation réelle de l'activité d'une infirmière. Les formateurs cherchent à singulariser l'action en fonction des modes opératoires de l'étudiant. Les discours s'orientent autour de la formalisation des invariants et des aléas de la situation étudiée. Ainsi comme le précise Nathalie :

« Ce qui est important c'est que les ESI aient compris et puisse l'exercer au lit du patient... Le raisonnement clinique est la base de notre métier. Je parle du raisonnement clinique infirmier pas le raisonnement clinique médical, voilà » (E1-Nathalie-L.716-719)

« Après ce qui m'a guidé, je ne sais plus trop mais j'ai l'impression que je suis plus allée... plus vers certains étudiants et du coup je suis plus rentrée dans leur raisonnement, enfin j'ai regardé un peu plus le travail... » (E2-Nathalie-L.139-141)

« Je me dis que je ne lâche pas quelqu'un, un étudiant tant qu'il n'est pas allé jusqu'au bout de son raisonnement... Il y a des fois, je dis que je leur rentre dedans... Mais ce n'est pas physiquement mais il y a quelque chose de cet ordre-là pour les pousser à raisonner et à se questionner. Demain sur le terrain on ne leur fera pas de cadeau. Je pense qu'il faut les préparer à cela et pas les dorloter... A moment donné je ne lâche pas pour qu'il aille au bout de

son raisonnement parce que c'est essentiel dans la construction professionnelle. » (E3-Nathalie-L.807-813)

Nous avons tenu ici à faire figurer les différentes étapes du cheminement de l'acteur en reprenant des verbatim des phases de repérage et d'ancrage.

Ainsi, Nathalie pousse l'étudiant à organiser son activité en explicitant son raisonnement. Elle essaie d'identifier les concepts en action et entraîne l'étudiant à construire ses schèmes opératoires. Elle ne « lâche » pas car il y a selon elle un enjeu pour la « construction professionnelle ». La situation du patient qui sert à l'analyse est une situation réelle issue d'une unité de soin et travaillée en amont avec des infirmiers. Elle inscrit donc les étudiants dans le contexte du monde professionnel actuel. Ils sont dans l'obligation de mobiliser les savoirs théoriques et de les mettre en relation avec les connaissances cliniques acquises en stage. En agissant ainsi, elle espère que l'étudiant concerné pourra mobiliser son raisonnement et prendre une décision dans la réalisation d'un acte de soin. Elle accompagne donc la prise d'information, la structuration d'un diagnostic pour orienter l'action. Elle devient un facilitateur dans la construction des savoirs et dans la structuration des modes opératoires permettant l'organisation de l'activité soignante. La situation analysée devient en quelque sorte un prétexte pour expliciter ses manières de faire et réfléchir son action.

La formation amène ici les étudiants à argumenter un point de vue sur une situation et à justifier les raisons de l'agir infirmier. Ils prennent position et pourront ainsi demain asseoir leur raisonnement dans un collectif de travail pluriprofessionnel. Le fait de mettre les étudiants dans une posture professionnelle, face à des responsabilités infirmières les incitent à construire leur identité de soignant.

La démarche pédagogique mise en place aiguille les étudiants sur l'identification des ressources mobilisées, ainsi que sur les compétences mises en jeu. Implicitement il se dégage un ensemble de savoirs encore à développer et engage les étudiants dans la formulation de nouveaux besoins de formation.

2.2. Le CSF dans la mise en œuvre de son intelligence situationnelle

Nous avons recensé très peu de supports qui spécifient l'activité d'un CSF. Les fiches de postes proposées aux professionnels restent généralistes et conceptuelles. Elles se composent le plus souvent des compétences à mobiliser et des missions à réaliser mais peu transposable pour une application concrète. Le CSF a donc en quelque sorte « carte blanche » pour créer sa propre activité.

Le terme d'intelligence situationnelle est ici retenu pour tenter de rendre plus explicite les compétences déployées par les CSF dans l'activité de formation.

« Ce qui appuie la nécessité de recouvrir au concept de situation, c'est qu'il est essentiel pour assurer le développement des compétences et qu'il concorde bien avec la dimension pragmatique et opératoire de la connaissance : « une situation, c'est d'abord ce qui fait sens pour un sujet. C'est un ensemble d'enjeux, d'opportunités ou de menaces, et l'intelligence de la situation, c'est en premier lieu la capacité à tirer son épingle du jeu. C'est pourquoi il n'est pas très étonnant que les concepts n'acquiescent un sens qu'en référence aux situations qui permettent de les mobiliser » (Pastré, 1999, p.47 cité par Habboub, Lenoir & Tardif, 2008, p.35)

Les rencontres et l'analyse des verbatim des quinze formateurs nous témoignent des raisonnements qu'ils sont amenés à construire pour faire vivre l'ingénierie pédagogique. Les principes organisateurs de l'action se distinguent et permettent de révéler une certaine conception de la tâche à effectuer. Dans notre étude le travail est analysé sous l'angle de l'activité humaine. Il se dévoile alors un ensemble d'interaction avec l'environnement ce qui permet de faire ressortir les articulations émanant du couple action-situation.

L'observation de l'activité humaine des CSF, ne reflète qu'une face de la réalité de leurs actions. Le point de vue de l'acteur doit être systématiquement recherché pour identifier une partie des raisons qui l'ont poussé à agir. Comme le précise Louis Durrive

« Quand on ne lâche pas ce lien entre adhérence et désadhérence, au moment de réfléchir à une question relative à l'humain, on s'aperçoit alors que des analyses qui semblaient coller à la réalité, la refléter, s'en détachent relativement et laissent apparaître l'espace d'un débat – autrement dit l'existence d'un point de vue- chez celui qui fait l'objet de l'analyse. » (Durrive, 2015, p.121)

Ainsi le formateur est en permanence dans une posture l'entraînant dans un mouvement entre adhérence et désadhérence. Le mode de collecte de données de cette étude a engagé chacun des acteurs à témoigner de leur « *effort de vivre* ». Ils ont ainsi mis en relation des faits, des actes pour en donner une lecture singulière. Ils ont le plus souvent pris conscience des éléments qui déclenchaient une modification de leur action. Puis dans une phase explicative ils verbalisent leurs débats intimes révélant les raisons de leur prise de décision. Les indices collectés croisés avec leurs connaissances les poussent à agir et à reconfigurer parfois le design pédagogique. Dans cette recherche nous rejoignons pleinement les propos de Louis Durrive en mettant l'expression du point de vue de l'acteur comme élément décisif pour comprendre ses raisons d'agir dans une situation donnée.

«Le point de vue de la personne devient un enjeu crucial pour le devenir de son activité professionnelle et plus largement sociale. Foyer de perspectives à la fois existentiel et interprétatif, le point de vue est pourtant fréquemment ramené à un simple avis, une opinion plus ou moins superficielle. En réalité, au sens fort, le point de vue est le lieu d'où je regarde le monde et d'où je m'exprime en tant que vivant humain. » (Durrive, 2015, p.73)

L'intelligence situationnelle apparaît dans toutes les situations singulières présentées par les CSF. La mise en mot et l'activité langagière sont ici essentielles pour mettre en débat les différentes solutions possibles. Ainsi les CSF font émerger dans leurs actions mais aussi

dans leurs analyses leur faculté à comprendre les enjeux de la situation professionnelle à laquelle ils sont confrontés. Ils énoncent des éléments précis dans leurs prises d'informations qui témoignent des enjeux pour les apprenants, le monde professionnel et eux même. La tension qui s'exerce à ce moment-là est palpable. Tenir à la fois les orientations pédagogiques et les exigences du métier d'infirmier est complexe. Heureusement majoritairement ils vont s'appuyer sur leurs vécus soit d'infirmier, soit de cadres pour trouver la solution la mieux acceptable sur le moment. L'adaptation trouver dans l'action va ainsi faire ressortir de nombreux espaces de création où l'interaction avec les étudiants occupe une place privilégiée. Ils manifestent une pensée stratégique qui prend forme dans la pratique et qui va guider à la fois les actions et les prises de décision. La distanciation, la mise en désadhérence de son activité humaine fait émerger un questionnement le plus souvent débattus dans le collectif de formateurs. Le dialogue avec les normes préétablies, la confrontation entre le travail prescrit et le travail réel amènent à une analyse fine de son activité. La posture réflexive enrichie la lecture de l'agir et permet de mettre en patrimoine pour un réinvestissement des acquis dans une nouvelle situation. Toute cette démarche expose les CSF et témoigne de leur intelligence de l'action révélant des compétences professionnelles.

3. Articuler travail infirmier et formation initiale, un enjeu pour les CSF

Faire de l'alternance une source de développement et de formation pour les étudiants en soins infirmiers est un véritable challenge que les CSF essayent de relever. Le regard qu'ils portent sur les conditions d'exercice du métier d'aujourd'hui les laissent perplexes et surtout les entraînent vers de nouvelles orientations pédagogiques. Pour eux l'enjeu est de taille car il va déterminer le profil du futur infirmier avec les compétences qui le caractériseront. Tenir les demandes des professionnels des unités de soin et les exigences de requière le métier d'infirmier est un dilemme complexe à articuler.

3.1. Répondre aux exigences du milieu de soin : la contribution des CSF

Tous les CSF évoquent la problématique de l'alternance intégrative en pointant les difficultés que les soignants ont à encadrer les stagiaires.

« Enfin, tu vois c'est dans ce type de TD que les étudiants peuvent vraiment verbaliser et travailler avec nous le cœur de métier infirmier. Sur le terrain tu sais les professionnels n'ont plus le temps aujourd'hui de faire ce travail avec les étudiants. C'est de mon rôle aujourd'hui de le faire. (E2-Victoria-L.873-876)

Cela a été une réelle surprise dans la collecte des données de notre étude. Nous avons pu mesurer et établir les enjeux actuels qui se fédéraient autour de cette thématique. Le regard que les CSF portent sur le terrain est plutôt alarmiste en matière de tutorat. Ils rejoignent

l'étude menée par Marine Do qui réalisait un constat similaire en disant à la fin de sa recherche que :

« Aucun des tuteurs ne s'est approprié la logique réflexive : les actes des étudiants ne sont pas analysés pour comprendre le cheminement de l'action ni les savoirs de références mobilisés » (Do, 2015, p.47)

« Les résultats montrent peu d'évolution des pratiques tutorales pour amener les étudiants à prendre des décisions en autonomie. Cela n'est pas pensé comme un apprentissage. [...] La difficulté des tuteurs à s'approprier la pratique réflexive peut laisser certains étudiants dans l'ignorance du savoir qu'ils auraient pu construire dans l'action qu'ils ont conduite. » (Do, 2015, p.48)

Notons que certains professionnels des unités de soin (des cadres de santé ici) ont peut-être mesuré l'impact de ce constat quand ils disent à travers les propos de Victoria que :

« *« Nous on n'a pas le temps alors on espère que toi t'arrive à le faire »... Je pense qu'on a tous un rôle à jouer et que la formation se fait à la fois sur le terrain mais aussi dans l'IFSI. Mais maintenant c'est à moi de les aider à voir le métier et à interroger ce qu'ils ont vu en service car les soignants n'ont plus le temps d'échanger avec eux... Les étudiants font beaucoup d'actes et souvent tout seul. Je le déplore mais c'est la réalité d'aujourd'hui. Nous formateurs je pense que nous devons rester vigilants car sur le terrain dans les unités plus personne ne fait attention. Les étudiants sont là pour remplacer les agents absents alors qu'ils sont en formation » (E2-Victoria-L.884-893)*

Le constat interroge et met en tension les espaces d'apprentissage. L'alternance prend alors une autre dimension que celle initialement définie. Les deux espaces restent complémentaires et enrichissent le développement de l'apprenant. Mais un certain déséquilibre s'établit et questionne la construction des compétences professionnelles et leurs validations sur le terrain. Apprendre des gestes techniques est une première base du métier mais ne suffit pas à dire que le professionnel est compétent. La reproduction gestuelle et l'apprentissage sur le tas sont des méthodes pédagogiques qui ont largement démontré leurs limites. L'autonomie laissée aux étudiants, notamment en lien avec la charge de travail et la restriction du personnel, a des conséquences immédiates sur les apprentissages. Suivant le niveau du stagiaire cela peut avoir des répercussions graves en matière de sécurité et de qualité des soins pour l'usager. Par ailleurs, les échanges avec les professionnels des unités de soin apportent une lecture des réalités du monde soignant. Mais en même temps la verbalisation de la souffrance et des difficultés d'encadrement entraînent les CSF à investir une nouvelle posture et à questionner le rôle initialement confié au terrain.

« *Les soignants n'aident pas toujours à voir cela. Les étudiants doivent se débrouiller tout seul ou avec internet ou les cours. J'étais vigilante en tant que cadre par rapport à cela car ce n'est pas inné. Les soignants ont acquis des réflexes et ne font plus attention pour eux c'est normal. Mais pour l'étudiant c'est totalement flou. On parle chinois pour lui... Il est sur une autre planète.... Moi maintenant je dois les préparer à la réalité de demain, du stage et demain de leur vie professionnelle. Car le monde du travail à ses exigences et ce n'est pas facile pour un jeune diplômé. Mais on oublie avec l'expérience. C'est dommage. Sur le terrain on n'accompagne pas assez les nouveaux. On ne leur présente pas notre métier et ses secrets.*

Mais la conjoncture est aussi difficile. C'est un tout. Donc maintenant c'est à moi formateur de les préparer à tout cela. » (E1-Anna-L.433-443)

« Vous voyez je trouve qu'aujourd'hui notre profession se cherche. Je dois aider les jeunes professionnels à trouver leur place dans un système qui n'est pas facile. Tout le monde tire de son côté. Les médecins veulent refaire de l'infirmière une auxiliaire, dans la santé publique et encore plus dans la santé communautaire ont veut lui donner une place de pivot et d'organisatrice du réseau de soin... A l'hôpital l'infirmier est coincé entre les procédures à outrance, les injonctions de la direction et les patients voir les familles qui sont de plus en plus exigeantes... Ce n'est pas facile. Le référentiel de 2009 prépare une nouvelle diplômée. Il faut les accompagner car sur le terrain personne ne leur fera de cadeau. C'était déjà le cas avant mais aujourd'hui, c'est encore plus fort. Quand je vais sur le terrain je m'en rends bien compte. Quand je discute avec mes anciennes collègues cadres du terrain ou des membres de mon ancienne équipe... Ce n'est pas facile. Si les étudiants ont une finesse dans l'analyse des situations et qu'ils savent expliquer et argumenter leur choix professionnel, ils vont pouvoir regagner une place et se faire respecter notamment par le corps médical. » (E2-Nathalie-L.369-391)

En entrant dans cette vision fragmentée du travail orientée autour de tâches à accomplir sur un mode Taylorien, les savoirs se fragmentent. L'étudiant se trouve souvent en difficulté car il devient alors périlleux pour lui de mobiliser ses connaissances au service d'une vision globale de la prise en soin du patient. La réalisation des tâches qui lui sont confiés l'amène à avoir une activité de production rentable économiquement pour les établissements de santé. Mais nous pourrions nous interroger sur l'investissement à plus ou moins long terme.

Ce constat est largement mis en évidence dans les propos des CSF qui essaient de rendre vigilant les étudiants. Les formateurs déplorent le manque de structure et de liens entre les savoirs établis par les étudiants. Les enseignants mesurent un décalage entre les performances attendues dans les unités de soin et les compétences effectives développées. Acquérir un geste professionnel est une chose mais savoir l'exercer avec compétences demande d'autre disposition pédagogique. Ainsi :

« Placés en situation de travail, les étudiants doivent reconnaître les savoirs codifiés pour donner du sens à l'expérience vécue » (Astier, 2005 ; Jonnaert, 2002, cité par Do, 2015, p.32)

C'est au regard des données collectées un axe que les CSF ont pleinement investi. La mobilisation systématique des expériences de stage et des situations cliniques vécues au lit du patient accompagne la compréhension de l'expérience vécue. Nous retenons ici plusieurs axes. Tout d'abord le choix des CSF dans la situation pédagogique proposée pour la recherche. Alors qu'aucune consigne n'a été donnée, ils ont tous privilégié une activité en lien avec le cœur de métier infirmier et plus spécialement le raisonnement clinique. C'est un message fort qui confirme les enjeux professionnels détectés par les CSF. Ensuite sur un plan plus pédagogique, l'identification des situations représentatives du métier infirmier n'est pas anodine. Ces dernières émanent majoritairement toutes de la spécificité de l'exercice infirmier vécu dans les unités de soin à l'heure actuelle. La complémentarité avec le terrain s'exprime dans l'espace de formation à ce moment-là et témoigne de la volonté de construire

ensemble de futur professionnel. De plus, les ajustements que les CSF réalisent pour rendre la situation viable dans un format pédagogique n'est possible que parce qu'ils ont une connaissance du métier. Leur exercice antérieur devient ici une force indéniable pour accompagner l'appropriation des codes du métier. La construction de l'analyse autour des spécificités de l'exercice infirmier amène les étudiants à se recentrer sur les caractéristiques de la profession. Le fait de solliciter le questionnement autour du patient et de sa famille, de mesurer les enjeux de la maladie sur son environnement et son espace de vie, d'interroger la singularité du soin aiguillent l'étudiant et structure son raisonnement.

3.2. Valoriser et décomposer le savoir-agir de l'étudiant : un rôle crucial pour le CSF

Un point essentiel mobilisé à tout moment par les CSF combine développement d'une identité professionnelle et cheminement avec une personne singulière. Le champ relationnel est pleinement investi par les formateurs. La relation instaurée avec les apprenants tant sur le plan collectif que sur le plan individuel fait vivre des valeurs de respect et de relation humaine. Une attention à l'autre, à la personne en formation est accordée avec un regard parfois protecteur ou au contraire recadrant si les codes professionnels ne sont pas respectés.

Faire des expériences de stage une source de questionnements pour développer une posture professionnelle est un axe directeur des CSF. En utilisant les incompréhensions, les erreurs de jugement, les mauvaises interprétations de l'analyse d'une situation de soin le formateur engage l'étudiant dans une réflexion sur ses pratiques. Il utilise l'expérience comme une opportunité pour apprendre. L'action réalisée est une ressource pour l'apprentissage. En effet :

« Entre apprendre et agir, l'action est toujours l'occasion d'apprentissage potentiel, de développement, pour peu que les organisations, les collectifs tolèrent les redéfinitions qu'opèrent les étudiants » (Olry, 2019 p.19)

L'analyse de la situation professionnelle guidée par le formateur facilite la mise en mots de l'expérience. La prise de distance amène l'étudiant à identifier la mobilisation de ses ressources face à une situation réelle au lit du patient. Il prend alors conscience de ses modes opératoires qui viennent guider son action. Ici, les gestes professionnels sont positionnés dans un contexte en lien avec l'environnement de soin. La connaissance de la situation du patient permet de recentrer les débats et surtout de justifier des prises de décision soignante. L'acte de soin n'est pas seulement appréhendé sous sa forme technique. Le formateur accompagne le cheminement de la réflexion car il y a ici un réel enjeu pour l'apprentissage professionnel de l'étudiant. Le fait de décortiquer, de décomposer

le savoir-agir du stagiaire participe à la construction du sens donné à l'action. L'apprenant combine et articule les éléments de la situation de soin en formulant des hypothèses probables. Par son expertise pédagogique le formateur aide l'étudiant à combiner les indices, à structurer son raisonnement en mobilisant les différents savoirs en sa possession. Il accompagne d'une certaine manière la transformation du vécu en expérience. Le CSF engage alors l'apprenant à adopter une posture infirmière. Puis, le formateur repère alors les leviers de progression et ensemble ils élaborent le parcours d'apprentissage pour les semestres à venir.

« Le suivi pédagogique est aussi très important pour moi, parce que ça permet effectivement d'amener l'étudiant à cheminer, d'analyser sa pratique dans les différents terrains de stage, puisqu'il y a des interactions. Ils sont de retour de stage régulièrement pour analyser leur pratique qu'ils ramènent des différents stages... Et aussi d'avoir avec eux des objectifs adaptés à leur départ en stage, de les préparer aux stages, mais aussi de les retrouver à leur retour de stage. C'est un ensemble qui se construit dans un suivi. Tous les morceaux s'emboîtent et ne sont pas laissés au hasard. C'est un ensemble complexe qui participe à la construction d'un parcours individualisé pour chaque étudiant que j'ai en groupe de suivi. » (E1-Christina-L.59-67)

Le suivi pédagogique individuel et collectif a souvent été abordé par les CSF. Il permet de porter une attention particulière à l'étudiant dans son processus de formation. Cet accompagnement individuel facilite la connaissance de chacun. La relation pédagogique qui s'instaure devient alors centrale dans le processus d'apprentissage mais également dans la démarche de professionnalisation.

« Après je pense que le suivi pédagogique et la relation que l'on instaure avec les étudiants est primordiale pour les aider à grandir durant les trois années de formation. Je connais très bien mon groupe d'étudiants et c'est plus facile pour adapter mon accompagnement et un peu le personnaliser à chacun. Voilà c'est tout cela que je mets sous mon rôle de formateur. » (E1-Léa-L.392-399)

La formation d'infirmière est une formation complexe qui touche chacun dans son intimité. Dès le premier stage les étudiants vont être confrontés à la souffrance, à la douleur voire à la mort. La relation de soin avec un patient et une famille est engageante et la notion de distance professionnelle relève d'un long apprentissage. Les problématiques éthiques soulevées dans les équipes de soin peuvent déstabiliser un étudiant. Les tâches à réaliser peuvent être des expériences douloureuses à vivre. Le suivi pédagogique est un espace qui peut permettre la verbalisation de ses découvertes au regard de l'exercice de la profession. Lors des échanges le CSF chemine avec l'étudiant pour l'amener à exprimer ses étonnements, ses doutes, voire accueillir ses émotions. C'est également un moment pour valoriser les initiatives prises et redynamiser la confiance. Puis l'accompagnement individualisé va se poursuivre en identifiant les ressources, les potentiels et les forces de l'apprenant pour pouvoir répondre aux différentes situations qui vont se présenter à lui. Ce moment de dualité est l'occasion d'inscrire l'apprenant dans une dynamique de valorisation et parfois de réassurance. C'est également l'opportunité de rappeler certains principes en

lien avec une hygiène de vie où la notion du prendre de soin de soi et de se ressourcer a vraiment toute sa place.

4. L'activité du CSF une ressource pour son développement

Comme nous l'avons développé dans la partie conceptuelle la situation de travail relève d'une double entité. D'un côté elle permet à l'acteur de s'exprimer en mobilisant ses connaissances et ses compétences pour essayer d'atteindre le but fixé et de l'autre elle ouvre la possibilité d'apprendre grâce à l'action réalisée. L'expérience développée par la personne n'est pas suffisante pour développer des apprentissages. Néanmoins, cette dynamique devient possible dès que l'acteur articule son expérience du travail avec une analyse à distance de cette même expérience (Pastré, 1999). Ainsi,

« Le potentiel d'apprentissage d'une situation se rapporte à une situation de travail réelle, effective hic et nunc pour les personnes qui ont à y exercer leur activité professionnelle. Il n'est pas une propriété générale d'une classe de situation générique, mais dépend de la manière dont une situation particulière rencontre l'expérience d'une personne particulière » (Mayen & Gagneur, 2017, p.74)

Dans notre étude, les CSF illustrent avec des démarches précises les espaces qu'ils investissent pour faire de la situation de formation un temps de développement professionnel. Les arbitrages qu'ils sont amenés à faire, les débats de normes qui animent leurs échanges contribuent amplement à modifier leur rapport au travail.

4.1. Les éléments mobilisés pour développer le potentiel d'apprentissage des CSF

Nous avons ici souhaité partir des facteurs favorisant les transformations et le potentiel d'apprentissage d'un sujet développés par Mayen et Gagneur (2017). En effet, durant notre étude plusieurs indicateurs sont venus nourrir les différentes thématiques donnant une visibilité sur l'activité des CSF. Les situations réelles de travail relatées mettent en évidence des zones de potentiel d'apprentissage chez les acteurs. Les arbitrages qu'ils sont amenés à faire dans l'agir de la situation associés à « l'expérience des normes » ne sont pas étrangers à leur développement.

« Faire l'expérience de la diversité et de la variabilité d'une situation »

Au regard du matériel recueilli et de son analyse nous pouvons dire que cette dimension est bien présente dans l'activité des CSF. Majoritairement au moment de la phase d'ancrage les formateurs relèvent les indices propres à la situation. Ils en font une analyse et mettent en débat ses caractéristiques pour les faire évoluer dans une démarche future. Même si les

activités restent dans le cadre de la formation et regroupent des champs connexes avec une ingénierie pédagogique, nous pouvons toutefois relever une diversité dans les tâches à effectuer. Le dispositif en alternance ainsi que le référentiel de formation orientée dans une logique compétence, engagent les formateurs à sortir des instituts pour aller sur le terrain à la rencontre des professionnels et des réalités des unités de soin. De plus même si certaines activités pourraient être cataloguées comme répétitives le public auxquelles elles s'adressent lui n'est jamais le même. Les promotions d'étudiants, les tuteurs de stage, les soignants sont autant de variables qui demandent une adaptation constante. La trame pédagogique élaborée est certes identique mais sa réalisation diffère d'un groupe à l'autre comme nous l'avons vu précédemment.

La comparaison et l'identification des ressemblances et des différences entre situations

Lors des échanges certains formateurs comparent l'activité effectuée avec une expérience antérieure. Ils identifient les éléments similaires et s'attardent sur les divergences en les questionnant. Une sorte d'architecture de l'action se détache ce qui permet d'adapter son agir au travail réel. L'attitude des étudiants, le déroulement de la séance, les savoirs mobilisés, l'expression des expériences de stage sont souvent des éléments déclencheurs conduisant à un arrêt sur image. A ce moment-là les interrogations sont multiples et explorent des champs différents. Souvent les débats aboutissent à la formulation d'indices d'invariances ou le repérage d'aléas caractéristiques à cette situation particulière. Dans l'analyse des propos, Justine, Karine, Béatrice et Nathalie en sont des exemples concrets. Spontanément les données ne sont pas toujours visibles et restent masquées dans les débats intimes de l'acteur. Les échanges avec un collègue (ou ici le chercheur) facilitent leurs expressions. Le formateur apporte alors une lecture singulière de sa vision de la situation et l'inscrit dans une temporalité avec un avant et un après.

Les processus relatifs aux changements de point de vue

Les artéfacts utilisés pour décentrer le formateur des discours entendus ont été des révélateurs permettant l'expression des points de vue de l'acteur. Le fait de dessiner son activité puis de la regarder se matérialiser sous ses yeux d'une manière inattendue à parfois changer la perspective. Le nouvel angle aiguille le concepteur vers des contrées qu'il n'a pas forcément envisagées au départ. De la même manière, les images projetées l'amènent à mettre des mots sur la réalité vécue et à identifier des évolutions possibles. Un changement d'horizon avec un éclairage différent devient alors envisageable. De nouvelles pistes à explorer et à interroger se dégagent donnant parfois une nouvelle dimension à l'activité ou à la connaissance du groupe d'apprenants c'est le cas notamment pour Camille,

Nathalie, Fabienne et Victoria. Les différents acteurs oscillent entre adhérence et désadhérence leur permettant de donner un sens à leur raison d'agir.

« Voilà maintenant je m'arrête, j'ai hâte de voir le film... C'est aussi une manière pour moi de me voir et de questionner ma pratique... Tous les échanges, que nous avons ensemble me pousse à interroger ma pratique de formateur et ma vision de voir les choses... Je pense que je vais modifier des axes... Déjà avec les dessins quand je les regarde je me dis que je pourrais faire autrement » (E2-Victoria-L.884-899)

« Oui dans l'installation je pense que je peux améliorer ma place et le rôle que je joue dans ce TD... J'ai dit que je me faisais toute petite c'est vrai mais je pense que personne ne m'oublie... C'est une idée que je me fais mais en fait j'occupe plus de place que ce que je pense en fait... Voilà... Après un étudiant pourrait aussi jouer le patient... Il faut que je réfléchisse encore... Voilà... Mais en tout cas cela m'interroge. Je crois que je vais me faire une photocopie des dessins... Je peux car je voudrais les garder... Je ne sais pas...Il faut que je réfléchisse encore... Voilà... Je m'arrête maintenant » (E2-Victoria-L.901-908)

La répétition et l'entraînement

A travers les activités et les tâches dévoilées par les CSF nous pouvons constater que certaines d'entre elles se répètent quotidiennement. Certains gestes deviennent plus routiniers. Les raisonnements et les cheminements pour réaliser l'action sont plus aisés. Nous pouvons d'ailleurs constater que la description dans les échanges est plus distanciée. Les règles d'action de la situation peuvent s'établir avec la formulation de buts facilement identifiables. La répétition des gestes professionnels inscrit les CSF dans une certaine sorte d'habitude qui est sécurisante. Cette récurrence facilite par exemple la transmission des savoirs entre pairs surtout au moment de l'arrivée d'un nouveau collègue. De plus, cette forme de sécurité permet à certains formateurs de se détacher de son contenu de cours. C'est ainsi l'occasion de prendre du temps pour être à l'écoute des étudiants et de co-construire une partie de l'enseignement avec eux. Par la répétition et l'entraînement des situations pédagogiques les CSF capitalisent en quelque sorte de l'expérience. Ils peuvent dans certaines situations remobiliser des éléments d'une situation antérieure afin de s'adapter plus facilement à une nouvelle situation rencontrée.

Progressivité

La notion de progressivité est retranscrite par les formateurs sous le terme de palier d'apprentissage. Toutes les constructions pédagogiques font références à ce principe. C'est presque une règle d'action qui semble se concrétiser dans les pratiques des CSF. Les situations professionnelles choisies puis proposées aux étudiants relèvent d'une attention particulière. Les professionnels structurent leurs enseignements en élaborant une trame de progression. Ils ne se basent pas forcément sur une échelle allant du plus simple au plus complexe mais adaptent en fonction du niveau de formation, de l'objectif visé et de la démarche professionnelle recherchée.

Au niveau des pratiques des formateurs nous n'avons pas pu déceler s'il y avait ou non une progression dans les activités pédagogiques confiées. Dans notre étude tous les CSF

semblent réaliser les mêmes tâches sans différentiation en fonction de son ancienneté dans la fonction. Les activités sont organisées en fonction du référentiel et de la ligne pédagogique définie. Il n'a pas été mentionné de tâches réservées plus spécifiquement à l'une ou l'autre personne.

Réflexivité et analyse de l'activité : penser et parler comme facteurs fondamentaux de l'apprentissage

C'est certainement l'item le plus développé par les CSF. La prise de distance par rapport à l'activité déployée semble essentielle. Certains formateurs positionnent d'ailleurs le questionnement de leur pratique comme une pierre angulaire de leur exercice professionnel. Les arbitrages qui se déroulent en action et qui sont ensuite interrogés à distance de celle-ci sont des atouts pour faire évoluer le point de vue de l'acteur. La situation pédagogique est alors explorée amenant le CSF à dialoguer avec son système de normes. Il repense son activité et gagne en expérience. C'est une manière de nourrir sa pratique et de la développer. Le formateur actualise ses compétences, revisite ses connaissances et ses savoirs. Il améliore ainsi la qualité de ses interventions et de son design pédagogique.

« Pour un formateur c'est capital pour moi, sinon il faut changer de métier la remise en question ce n'est pas seulement pour les autres ou pour les étudiants. Il faut aussi que nous interrogeons nos pratiques pour les faire évoluer et pour s'adapter aux apprenants » (E1-Valérie-L.771-774)

« Nous sommes continuellement dans l'amélioration de nos pratiques, dans le questionnement. » (E1-Victoria-L.765-766)

La remise en question est une dynamique qui se déroule de manière collective ou de manière individuelle. Beaucoup de formateurs évoquent leur besoin en sortant de cours d'aller échanger avec les collègues. La dynamique d'équipe est une composante importante pour construire sa réflexion et questionner ses pratiques. L'expérience et les savoirs faire des uns viennent enrichir les pratiques des autres. Ainsi nous retrouvons ici un axe développé par Patrick Mayen :

« La notion de potentiel d'apprentissage est donc liée, non pas exclusivement à un état de l'environnement, mais aux interactions des individus, à un moment de leur dynamique de vie, avec cet environnement. » (Mayen, 2018, p.145)

L'étudiant est également un acteur important dans les interrogations des pratiques des CSF. L'accompagnement d'un apprenant lors d'un suivi pédagogique ou d'une visite de stage, la posture d'une promotion en cours engendrent des questionnements qui ne trouvent pas toujours de réponse immédiatement. La prise de distance devient alors essentielle pour se réorganiser et proposer de nouveaux axes dans l'accompagnement proposé.

« On n'apprend pas de la même manière, on n'apprend pas les mêmes choses au même moment. Moi je n'apprends pas les mêmes choses qu'eux. J'apprends plutôt sur ma mission, sur les sciences de l'éducation sur de la pédagogie et moins sur le raisonnement clinique peut-

être. Mais eux ils m'apprennent aussi sur ma manière, enfin voilà. Lui, par exemple Alain, j'apprends beaucoup dans ma manière de... Enfin je pense m'interroger beaucoup par rapport à son attitude et sur ma manière d'accompagner un étudiant comme ça. Parce que comment je vais l'emmener sans le bloquer celui-là.... Et en même temps à moment donné il va falloir qu'il comprenne aussi » (E2-Léa-L.773-744)

« La valeur ajoutée réside dans des regards croisés sur une même situation, invitant chacun à se décentrer pour mieux appréhender des situations par nature complexes à saisir car faisant intervenir de multiples paramètres » (Osty, 2013, p.37)

Les regards croisés des différents professionnels alimentent les débats et les visions. Les argumentations entraînent les CSF dans l'explicitation de leurs choix et ceci devant le collectif. C'est une responsabilité qui peut être parfois déstabilisante et qui demande une tolérance et une confiance partagée. Mais cette prise de conscience de ses modes opératoires peut devenir une ressource pour rendre son activité humaine plus efficace et de meilleure qualité.

4.2. L'analyse des effets de la démarche de recherche

Nous souhaiterions revenir ici sur la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de cette étude. Il nous semble en effet qu'à bien des égards elle a également contribué au développement du potentiel d'apprentissage des CSF. Les outils utilisés sont devenus au fil des rencontres une ressource pour permettre aux acteurs de concevoir de nouvelles manières de réaliser le travail. Les actions et les questionnements les ont inscrits dans une dynamique les amenant vers « la zone proximale développement » définie par Vygotsky (1997). Ils ont pu ainsi repenser leurs activités et conscientiser la singularisation de leur posture. Progressivement ils ont mis en mots et témoigner de leur intelligence de l'action. Des compétences spécifiques ont vu le jour permettant d'attester de leur professionnalisation.

L'utilisation du dessin : entre effet de surprise et réflexion sur sa pratique

Tous les formateurs ont été surpris par la demande ce qui les a obligés à se poser et à prendre du temps pour se recentrer sur les éléments essentiels à faire figurer sur le papier. La réalisation graphique pose problème ce qui incite chacun à trouver des mots simples, compréhensibles et représentatifs du message qu'il souhaite transmettre. Dans le même temps le trait de crayon laisse une trace visible qui emmène le maître d'œuvre dans des zones qui ne sont pas toujours accessibles au chercheur. Certains regards sont devenus absents quelques instants entraînant l'interprète dans des espaces personnels.

« Oui... Je trouve... Je trouve que dessiner c'est surprenant... Surprenant oui et en même temps cela pousse à réfléchir ... Oui cela me pousse à réfléchir à ma pratique, à ce que je fais

ou ce que je pourrais faire... De voir les deux dessins, c'est bien car on voit la différence et l'évolution mais surtout les choses auxquelles je tiens vraiment. » (E2-Christina-L.771-775)

« Le fait de devoir dessiner. Je trouve, enfin j'ai l'impression que j'en dis deux fois plus avec le dessin que sans... Enfin je ne sais pas c'est une impression. Je parle plus facilement avec le dessin alors... Enfin non, je ne parle pas plus facilement je suis obligée de plus réfléchir et d'argumenter pourquoi je retiens cette idée. Après je trouve que je construis en même temps. Quand je regarde ce dessin je trouve que c'est surprenant le résultat et en même temps très en lien avec ce que je ressens et ce que je veux dire... C'est vraiment surprenant... Après le choix des mots ou des symboles sont en lien avec la situation, non je suis assez fière du résultat... Non c'est vraiment moi... Enfin, je trouve... Oui, plutôt satisfaite... Non satisfaite. Je peux m'en faire une copie... Je crois que je vais le garder... Oui, je voudrais bien le garder. » (E1-Patricia-L.744-754)

Les formateurs expriment une satisfaction dans la réalisation de leurs représentations. Plusieurs signalent qu'un questionnement et une réflexion c'est enclenchée. C'est également pour eux l'occasion d'avancer, pas à pas, au rythme de leur crayon, dans un regard sur l'activité. Ils tracent d'une certaine manière l'agir situationnel qu'ils peuvent remobiliser à distance.

« Je me suis demandé par exemple pourquoi j'avais fait une cible... Pourquoi je suis allée dans le jardinage avec mon histoire sur les graines... Alors que le jardinage ce n'est vraiment pas moi... La nuit qui a suivi, j'ai pensé à vous... Mais en fait le dessin retrace très bien ce que j'ai voulu dire... Après je me suis demandée si ce support je ne pourrais pas l'utiliser avec certains étudiants, ou dans des retours de stage... Comme support pédagogique... Je pense en parler déjà avec les formateurs qui dans l'équipe ont participé à votre recherche pour voir leur ressenti à eux et après le proposer dans une réunion d'équipe. Je n'aime pas dessiné mais je trouve que l'analyse et le questionnement que cela m'a demandé est intéressant dans le développement de ses pratiques... Cela peut être un support aussi pour les étudiants » (E2-Patricia-L.925-935)

Le fait de sortir en quelque sorte des sentiers battus de surprendre les pédagogues qui ont l'habitude d'utiliser des méthodes pédagogiques variées les stimulent dans leurs raisonnements. L'imprévu prédispose à enclencher une réflexion à parler de soi et à sortir des généralités. C'est engageant. Cette implication de l'acteur lui offre la possibilité d'entrée par une autre porte dans une démarche réflexive.

« Je pense avoir fait le tour. Maintenant... Je me rends compte que le dessin nous amène loin... Ou c'est peut-être l'échange avec vous... Je ne sais pas mais en tout cas toute seule je ne pense vraiment pas à tout cela » (E1-Nathalie-L.721-723)

Nous pouvons également faire un constat identique avec l'utilisation de la vidéo. Les images entraînent le CSF dans une prise de conscience de sa posture. Il porte un regard sur lui, sur son action mais également sur sa gestuel, sur le langage de son corps, sur l'intonation de sa voix, sur sa manière d'être avec les autres.

« J'arrête le film. Ce qui me surprend déjà c'est de me voir et surtout de m'entendre. Je ne pensais pas que j'avais cette voix là... Après je trouve que j'ai une posture qui me convient et qui correspond à ce que je veux impulser comme dynamique au T.D. Je trouve que je suis cohérente. Tu vois ce que je veux dire ? Je trouve que ça démarre bien. Je suis satisfaite. » (E3-Béatrice-L.13-17)

Pour nous chercheur ce constat est précieux. Précieux car il inscrit les CSF dans une dynamique d'interrogation avec une verbalisation de leurs choix d'action.

« Il est nécessaire de rapporter le potentiel d'apprentissage d'une situation à ce qu'une personne sait ou sait déjà faire, mais aussi à ce qu'elle pourrait être capable d'apprendre et de faire avec un environnement aidant » (Mayen, 2018, p.145)

L'échange avec un tiers professionnel

Tous les échanges ont été des moments de rencontre et de partage d'expérience. La posture du chercheur invite à être disponible et à l'écoute des différents acteurs. C'est un espace privilégié pour observer les pratiques, entendre les points de vue et participer indirectement à la construction d'une personne. Le temps de partage a permis de comprendre le travail et a contribué aussi à envisager des transformations pour les futures activités.

« Non, c'est bon... Je ne sais pas si je peux dire ça mais c'est intéressant l'échange que nous avons... Je trouve que cela manque dans notre métier... Ça manque de prendre du temps pour soi et échanger avec quelqu'un sur ce que l'on fait, ou ce que l'on teste... On ne se connaît pas et j'ai l'impression qu'ensemble nous construisons quelque chose... Quelque chose qui me pousse à réfléchir et à interroger ce que je fais... Oui c'est bien... C'est un bon moment pour moi... » (E2-Béatrice-L.755-760)

« Non, merci à toi car sans toi je n'aurais jamais réfléchi à ce T.D. de cette manière. Tu vois d'en parler cela m'aide aussi. C'est un plus pour ma pratique de formateur. Maintenant j'ai hâte de voir le film.... Tu vois je pense que c'est quelque chose que l'on devrait instaurer dans notre quotidien. Tu vois avoir quelqu'un d'extérieur qui ne nous connaît pas qui vient faire un temps d'échange avec nous en dehors d'un contexte d'évaluation, comme toi en ce moment... Tes questions poussent à réfléchir et à se poser des questions auxquelles je n'aurais jamais pensé. Donc, non merci à toi, tu enrichis ma pratique. » (E3-Denise-L.817-824)

Devoir expliquer à une personne inconnue son activité ne va pas de soi, mais la commenter à un professionnel qui connaît le métier n'est pas une chose facile. La posture de non-jugement du chercheur est essentielle pour que la parole se libère et que l'acteur puisse laisser cours à sa pensée et à ses questionnements.

« Parce que je ne vois plus les choses pareil. Je sais que je dois m'arrêter et me poser pour faire évoluer ma pratique... Par exemple là en ce moment pour moi cela contribue à l'évolution de ma pratique... Vous avez pris le temps de venir me voir, de passer du temps avec moi, de me regarder travailler... Donc forcément cela est impliquant pour moi et pour vous. Nous construisons quelque chose ensemble. J'ai accepté que vous veniez me voir... C'est vrai que c'est surtout moi qui parle mais je me dévoile et j'argumente ce que j'ai fait. Pour moi vous m'aidez à aller plus loin dans les pratiques de formateur... Oui vous m'aidez. Je suis obligée de me poser des questions. » (E2-Béatrice-L.772-780)

« Je ne sais pas mais avec toi, j'ai envie de parler... J'ai l'impression que tu comprends ce que je veux dire... Tu connais bien notre métier donc c'est facile de dire les choses et tu ne juges pas, tu écoutes... Donc c'est facile... Après je trouve que le dessin aide à parler parce j'ai envie de te dire ce que j'ai fait et surtout pourquoi je l'ai fait comme ça pour que tu comprennes bien, voilà. Maintenant on peut regarder le film... En tout cas c'est un moment agréable pour moi mais aussi qui m'interroge par rapport à ma pratique et mon regard sur ce que j'ai fait pendant cette séance... En tout cas c'est un moment vraiment agréable, voilà... Je vais continuer à m'interroger avec le film maintenant... » (E2-Béatrice-L.800-808)

La méthodologie utilisée pour cette recherche est une démarche qu'il sera intéressant d'interroger. En effet, elle ouvre sur des perspectives soit pour construire un dispositif de formation, soit pour proposer une vision managériale privilégiant le développement des compétences des CSF.

Au regard des données analysées et des indices collectés en faveur de l'expression des caractéristiques de l'activité des CSF, dans les chapitres 8 et 9 nous pouvons faire évoluer et enrichir notre objet d'étude.

5. Evolution du cadre de l'étude

Nous rappelons ici les quatre hypothèses que nous avons formulées au début de cette étude.

H1 : C'est parce que le formateur appréhende les situations apprenantes autour des normes et des valeurs des sciences infirmières qu'il permet à l'étudiant en soins infirmiers d'identifier les spécificités du cœur du métier

L'analyse des données a conduit à repérer différents indicateurs en faveur de cette hypothèse. Tout d'abord les CSF sont fortement imprégnés par leur exercice professionnel d'infirmier antérieur. Leur connaissance du milieu en lien avec les unités de soins est un atout indéniable dans l'accompagnement et la lecture des situations d'apprentissage. En positionnant la structuration du raisonnement clinique comme un principe organisateur de leur activité, ils témoignent de l'importance qu'ils accordent à la transmission des spécificités du métier. Ils articulent les données issues du champ académique avec les données issues du champ de la pratique infirmière. C'est un axe qui s'identifie chez tous les formateurs avec néanmoins des appétences marquées en faveur de la mobilisation du savoir ou de la pratique infirmière. La recherche d'indices pour vérifier les connaissances de l'apprenant est systématique. Elle vient ensuite alimenter la verbalisation des choix décisionnels formulés par l'étudiant au regard de la situation du patient.

Les marques du métier d'infirmier sont visibles et leurs expressions se retrouvent dans l'ensemble des verbatim. Les valeurs professionnelles s'établissent autour du travail en équipe et du travail en réseau, autour des prises de décision éthique, autour de la communication et de la relation avec un patient, autour de l'éthique du soin, autour de la singularité de la prise en soin d'un patient par exemple.

Des liens sont concordants avec les évolutions du contexte professionnel. Ainsi une grande majorité des CSF se déplace dans les structures de soins pour essayer de s'imprégner des problématiques actuelles. Ils sollicitent alors les soignants pour construire et choisir ensemble la situation apprenante la plus représentative du métier qui sera proposée à

l'étudiant. Il semble y avoir une réelle collaboration dans le travail de construction, qui serait intéressante d'aller explorer. Par ailleurs un élément que nous n'avions pas mesuré avant cette étude, c'est que le contexte professionnel des unités de soins impacte grandement l'activité des CSF. Les difficultés verbalisées par les infirmiers et retranscrites régulièrement par les étudiants en retour de stage engagent les CSF dans une nouvelle posture : celle d'ajuster les pratiques du terrain et de repositionner les règles professionnelles. En parallèle, ils sollicitent régulièrement les étudiants pour repérer les activités réalisées et décoder avec eux les indices mobilisés par les professionnels pour prendre une décision éclairée sur la situation d'un patient. La formulation orale des hypothèses probables permet de faire cheminer l'apprenant et de structurer son raisonnement infirmier. Le traitement pédagogique de la situation d'apprentissage par le formateur est anticipé majoritairement dès la phase de conception.

H2 : En combinant conceptualisation dans l'action et mise en débat des choix d'action le CSF témoigne de son « intelligence situationnelle » dans la construction et l'animation de son dispositif pédagogique.

Les outils investigués pour réaliser l'analyse des données notamment avec les schémas de point de vue et de raisonnements renforcés par le parcours d'action montrent le cheminement de la prise de décision des CSF. Chacun présente notamment dans la phase d'ancrage les débats de normes qu'ils sont amenés à réaliser pour rendre l'action possible dans l'ici et maintenant de la situation. De nombreux imprévus sont venus interagir avec les acteurs. Ils ont dû renormaliser, faire des compromis pour prendre une décision. Dans tous les cas les formateurs dialoguent avec les normes qui se présentent à eux. Ils sont en interactions avec le milieu et l'environnement dans lequel ils exercent. Nous retrouvons ici l'idée que « Toutes les configurations de l'agir ont à voir avec une relation de type « homme-milieu » (Durrive, 2015, p.131). Par ailleurs, les CSF réaménagent le côté prescrit, des référentiels ou des trames pédagogiques, pour le rendre possible dans l'activité. Ils expriment leur point de vue en témoignant d'une singularité du faire. Chaque histoire est inscrite dans la spécificité du moment. Les expériences antérieures et les vécus personnels s'expriment révélant ainsi les caractéristiques de chacun.

La conception du dispositif de formation est largement décrite et investie par les CSF. C'est la porte d'entrée de leur activité qui se matérialise par un concept organisateur et par des invariants opératoires structurant leurs actions. L'ensemble de la démarche permet de rendre lisible et intelligible les pratiques des CSF. C'est l'occasion également pour rendre compte de l'évolution du synopsis pédagogique et les raisons de son ajustement. Les modifications sont essentiellement dues à l'envie de s'adapter aux besoins des apprenants,

de structurer le raisonnement infirmier, de vérifier les connaissances ou encore de construire une posture professionnelle.

Il nous semble plus difficile de nous positionner sur l'objectif 9. En effet, la perception d'une cohérence entre l'apprentissage visé et l'activité de formation proposée n'est pas assez saisissable dans les données collectées. Une recherche croisée avec l'apprentissage des apprenants aurait été un axe complémentaire. De plus, mener une étude sur la prise de fonction d'infirmier permettrait d'enrichir les données et peut-être d'adapter certains éléments du dispositif pédagogique. Certes, de premier abord, nous serions tenté de répondre par l'affirmative mais cela est plus complexe et demande d'envisager d'autres approches.

H3 : En quoi l'expérience professionnelle du cadre de santé formateur va venir impacter ses choix dans l'agir d'une situation révélant ainsi sa « signature pédagogique »

Comme nous l'avons déjà précisé l'expérience antérieure est une ressource mobilisée par les CSF. Les habiletés et les compétences de l'exercice infirmier servent de point d'ancrage en premier lieu. Par ailleurs, relevons ici que les quinze formateurs ont exercé au moins dans deux secteurs différents d'où une richesse d'expérience précieuse pour enrichir la lecture des situations de soins. Ils ont développé des savoirs expérientiels en lien avec les différentes situations professionnelles qu'ils ont dû manager. Nous retrouvons l'approche de Dewey concernant la continuité et les interactions possibles entre deux situations. Ainsi :

« Des situations différentes se succèdent, mais, conformément au principe de la continuité, quelque chose de la première est transféré à la seconde. [...] Ce qu'il avait acquis de savoir et d'habileté, dans la situation précédente, devient instrument de compréhension et d'action pour la nouvelle situation. [...] C'est la continuité et l'interaction de l'expérience qui, par leur active union, fournissent l'exacte mesure de la signification éducative et de la valeur de l'expérience. »
(Dewey, 1968).

Les termes professionnels sont utilisés avec aisance témoignant d'une activité langagière précise et maîtrisée. Les exemples de la pratique infirmière viennent illustrer toutes les observations. La connaissance du rôle du soignant, des caractéristiques des patients et de leur entourage, des rouages institutionnels des organisations de travail, des normes et procédures des actes techniques ainsi que les exigences du milieu sont des approches familières qui ont été apprivoisées au fil du temps. Les astuces transmises aux étudiants en sont un des reflets.

Ces expériences impactent les choix pédagogiques, concrétisées dans l'espace de formation. Ils viennent ainsi nuancer certains apports théoriques en les envisageant dans une perspective professionnelle. Le cœur de métier infirmier est très présent et guide majoritairement les actions des CSF. Ils expriment et témoignent dans leurs actes de leur

volonté d'agir sous deux angles auprès des apprenants. Le premier est de rendre lisible l'activité infirmière et de décoder les actions qui jalonnent l'exercice soignant. Ils se centrent essentiellement sur l'importance de l'observation infirmière pour collecter les données, les analyser afin de personnaliser la réponse en soin. Le second axe concerne le respect des procédures, des protocoles dans une visée d'adaptation aux situations de soins. Le but ici n'est pas d'inscrire l'étudiant dans une structuration standardisée du soin, mais plutôt de comprendre les règles de bonnes pratiques pour les adapter à la situation qui se présentera à eux. Nous pouvons percevoir un des effets du référentiel de 2009 et le virage que les CSF ont pris dans leurs approches pédagogiques. Nous sommes ici dans une démarche de développement des compétences autour d'une situation professionnelle. L'idée est de former des futurs professionnels qui ont des connaissances, qui connaissent les procédures et qui savent « quoi faire » dans des situations complexes relevant des imprévus. Les CSF mesurent l'ampleur de leur mission d'autant plus que le relais par les professionnels dans les unités de soins n'est pas toujours perceptible. C'est une articulation qui se construit dans le temps dès lors que l'on accepte d'aller à la rencontre de l'autre et de lui dévoiler les caractéristiques de son activité.

Dans la conception du rôle de formateur, dans la verbalisation des centres d'intérêt, puis dans le management du dispositif de formation, nous pouvons noter une distinction entre les trois profils de professionnels que nous avons enquêté.

Les formateurs 1 (F1 ayant une expérience inférieure à 6 ans en IFSI) se centrent sur la pratique infirmière en lien direct avec l'axe métier infirmier. Ils accompagnent les étudiants dans la structuration du raisonnement clinique, dans la construction de leur identité professionnelle et dans la place qu'ils doivent prendre dans une équipe. Pour eux le respect de la consigne et le suivi de la trame pédagogique définie en équipe sont essentiels. Ils servent de fil conducteur pour manager l'activité pédagogique. L'activité de conception demande du temps et l'animation en salle de cours les positionnent parfois en situation d'insécurité. Le contenu de cours est important. Ils remobilisent souvent d'anciennes situations d'apprentissage et structurent leur discours en s'appuyant sur leurs savoirs infirmiers. Certains d'entre eux attendent avec impatience les moments formels ou informels pour échanger avec les collègues afin de partager leurs expériences. C'est une manière également d'enrichir des pratiques collectives.

Les formateur 2 (F2 ayant une expérience supérieure à 6 ans en IFSI) s'appuient sur leurs expériences pédagogiques pour manager les activités de formation. L'axe pédagogique est privilégié. L'expérience acquise au fil des années leurs permettent de s'écarter de la trame pédagogique pour se centrer sur le développement d'une posture professionnelle chez

l'étudiant. La situation d'apprentissage est souvent perçue comme un prétexte pour appréhender l'argumentation des prises de décision soignantes, l'articulation entre les savoirs et l'analyse des données de la situation ainsi que la recherche de sens qui vient guider l'action. Ils souhaitent co-construire une posture soignante en favorisant l'expression des valeurs infirmières, en responsabilisant les étudiants et en les accompagnants dans la construction de leur identité professionnelle. Le suivi pédagogique a de l'importance pour eux afin de construire un parcours de formation personnalisé. Ils ont une attention particulière à l'autre. De plus ils s'inscrivent dans une posture réflexive et questionnent leurs pratiques. Ils sont par ailleurs attentifs aux évolutions du système de santé notamment concernant les conditions d'exercice du métier infirmier. Ils s'associent facilement avec des jeunes collègues (F1) ou des infirmiers du terrain pour être complémentaire dans le management du dispositif de formation.

Les formateurs 3 (F3 ayant une expérience de CS en unité de soins avant de venir en IFSI) structurent leurs choix pédagogiques en fonction du profil du jeune professionnel infirmier qu'ils auraient souhaité accueillir dans leurs unités. L'axe du métier infirmier est très marqué. L'enjeu pour eux est de construire le professionnel infirmier de demain. Ils ont un degré d'exigence plus fort que les deux autres profils notamment sur l'acquisition de l'ossature du raisonnement clinique infirmier. Ils prennent les commandes de l'animation de cours dès lors qu'ils estiment que la structuration ou l'articulation des données ne sont pas comprises par les étudiants Ils recherchent l'analyse dans le respect des consignes qu'ils ont présenté en début de séance. L'application de la méthodologie constitue un de leur fil conducteur. Ils assurent une fonction contrôle en cours beaucoup plus prononcée que leurs collègues F1 et F2. Ils essaient d'allier l'activité d'apprentissage avec l'activité professionnelle ce qui les amènent soit à des certitudes, soit à se questionner et à mettre en débats leur vision de l'approche pédagogique.

Toutes ces caractéristiques inscrivent les acteurs dans une histoire qui leur est propre et qui constitue leur patrimoine individuel. Ils renormalisent ce qui fait norme et règle pour eux dans l'environnement de formation et le retranscrivent dans leur agir de CSF. Ainsi

« L'engagement professionnel se définit comme l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifeste l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle, ainsi que le sentiment de devoir vis-à-vis d'elle et qui donne sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle » (De Ketele, 2003, p.11)

Dans l'espace de formation chacun peut s'exprimer et fait ainsi ressortir sa signature pédagogique qui va venir le caractériser. La pratique enseignante qui est ici mobilisée « se rapporte à tout ce que l'enseignant pense, dit ou ne dit pas, fait ou ne fait pas, sur un temps long, que ce soit avant, pendant ou après les séances. » (Vinatier et Pastré, 2007). Nous

voyons bien que la dimension personnelle et la dimension collective de chacun des CSF interagissent pour témoigner de l'engagement de l'acteur.

« Les premières [composantes personnelles] impliquent un engagement singulier et un engagement dans un groupe professionnel, une action finalisée située et inscrite dans un contexte général organisationnel, une dimension englobante de type praxéologique et une dimension adaptée à un besoin spécifique de type pragmatique. Les secondes [composantes collectives] supposent une culture professionnelle collective qui colore la pratique singulière de chaque professionnel et la détermine à chacun des niveaux évoqués ci-dessus ; au niveau de l'engagement personnel, au niveau de l'action inscrite en situation, au niveau des valeurs dans la place que prend l'acteur dans la structure organisationnelle dans laquelle il se situe » (Vinatier et Pastré, 2007, p.96).

La signature pédagogique évoquée ici peut également être inscrite dans la lignée des travaux de Clot et Faïta (2000) sur le *genre professionnel*. Tout collectif de travail se reconnaît par des codes qui leurs sont propres. Ainsi certains métiers sont caractérisés par un langage, des attitudes qui les distinguent des autres. Chacun va se reconnaître en train de travailler. C'est une sorte de convention pour agir. Elle est à la fois une ressource et une contrainte.

« Le genre est en quelque sorte la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie... C'est comme un « mot de passe »... » (Clot, 2000, p.11).

Le genre n'appartient à personne, il est validé dans un métier donné. De plus, le collectif de travail est mouvant, changeant et les aspirations du groupe se modifient au rythme du temps. Le genre n'est donc jamais fixe mais il marque l'appartenance à un groupe professionnel et oriente l'action en lui donnant une ossature. Le genre va donc s'exprimer dans l'activité du sujet. Toutefois au moment d'agir dans une situation, l'acteur va mettre son empreinte et témoigner de son style propre donc en quelque sorte sa « signature pédagogique ». Ainsi en regardant une personne travailler, genre et style vont se croiser et agir ensemble. Ils sont complémentaires l'un de l'autre.

Comme le montre le témoignage des différents CSF, plusieurs paramètres viennent nourrir la construction du genre professionnel. Nous retrouvons le partage d'une culture soignante commune, la place importante donnée au collectif de travail, ainsi que l'accompagnement d'un apprenant dans la construction de sa posture professionnelle d'infirmier. Mais en action chacun va retranscrire ces données en fonction de sa singularité et de l'analyse personnelle qu'il réalise du contexte.

H4 : En changeant de point de vue sur la situation, le CSF exerce son raisonnement clinique pédagogique propice à son développement professionnel.

L'analyse des verbatim a permis de dégager les éléments qui orientent les choix des CSF et structurent leur raisonnement pédagogique. Nous les avons notamment matérialisés dans la structure conceptuelle.

Nous souhaiterions maintenant revenir sur le développement professionnel des CSF. Au moment de l'analyse nous nous sommes appuyés sur les facteurs favorisant les transformations d'un sujet et le potentiel d'apprentissage qu'une situation peut proposer. Nous avons mis en lumière plusieurs indicateurs révélant les évolutions dans le développement des compétences des CSF. Au cours des différents échanges certains formateurs évoquent la nécessité pour eux d'entrée dans une posture réflexive pour questionner les pratiques mais aussi les faire évoluer. Au regard des éléments, nous pouvons désormais enrichir la première version de notre structure conceptuelle en lui ajoutant un cinquième concept organisateur.

Ce dernier intitulé « faire évoluer ses pratiques de formateurs » (**figure 32**) est composé de trois invariants opératoires et de différents indicateurs. Nous retrouvons donc :

- **Questionner ses pratiques de formateur** : a) planifier un temps dans son activité ; b) accepter les propositions d'évolution des partenaires de la formation ; c) débriefing une séance pédagogique avec ses collègues ; d) réaliser des analyses de pratique entre formateurs.
- **Prendre de la distance par rapport à son activité** : a) échanger avec ses collègues ; b) verbaliser ses choix pédagogiques ; c) se tenir informé ; d) écrire sur son activité.
- **Adapter sa posture professionnelle de formateur** : a) entrer dans une démarche réflexive ; b) se remettre en question ; c) accepter de modifier ses pratiques.

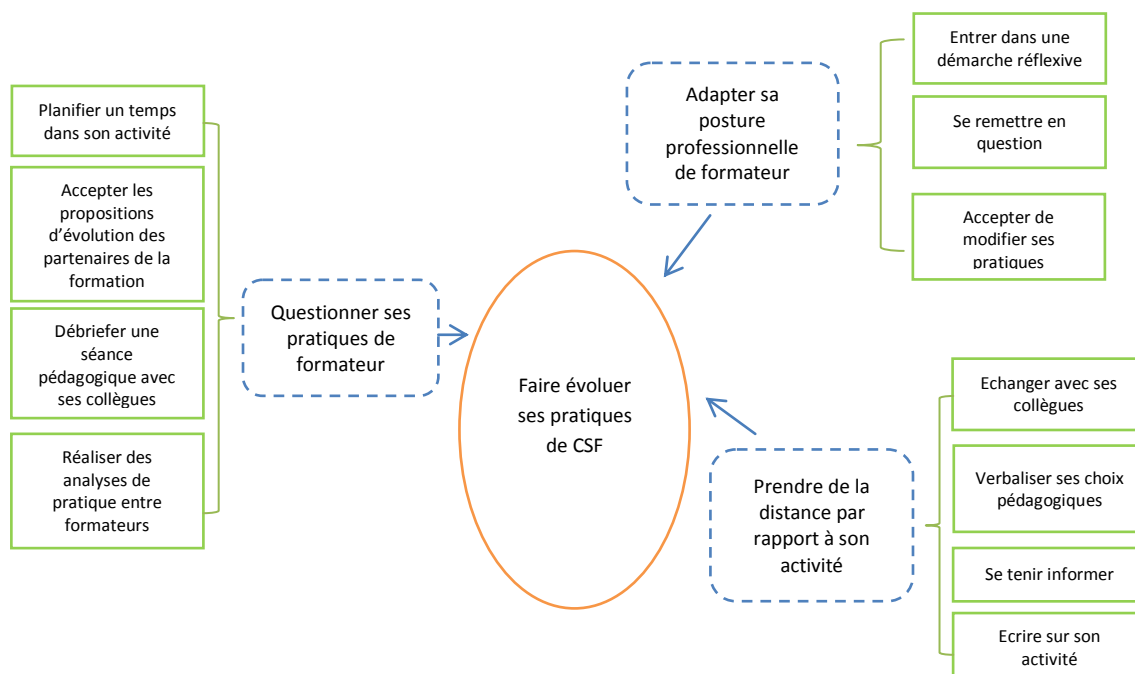
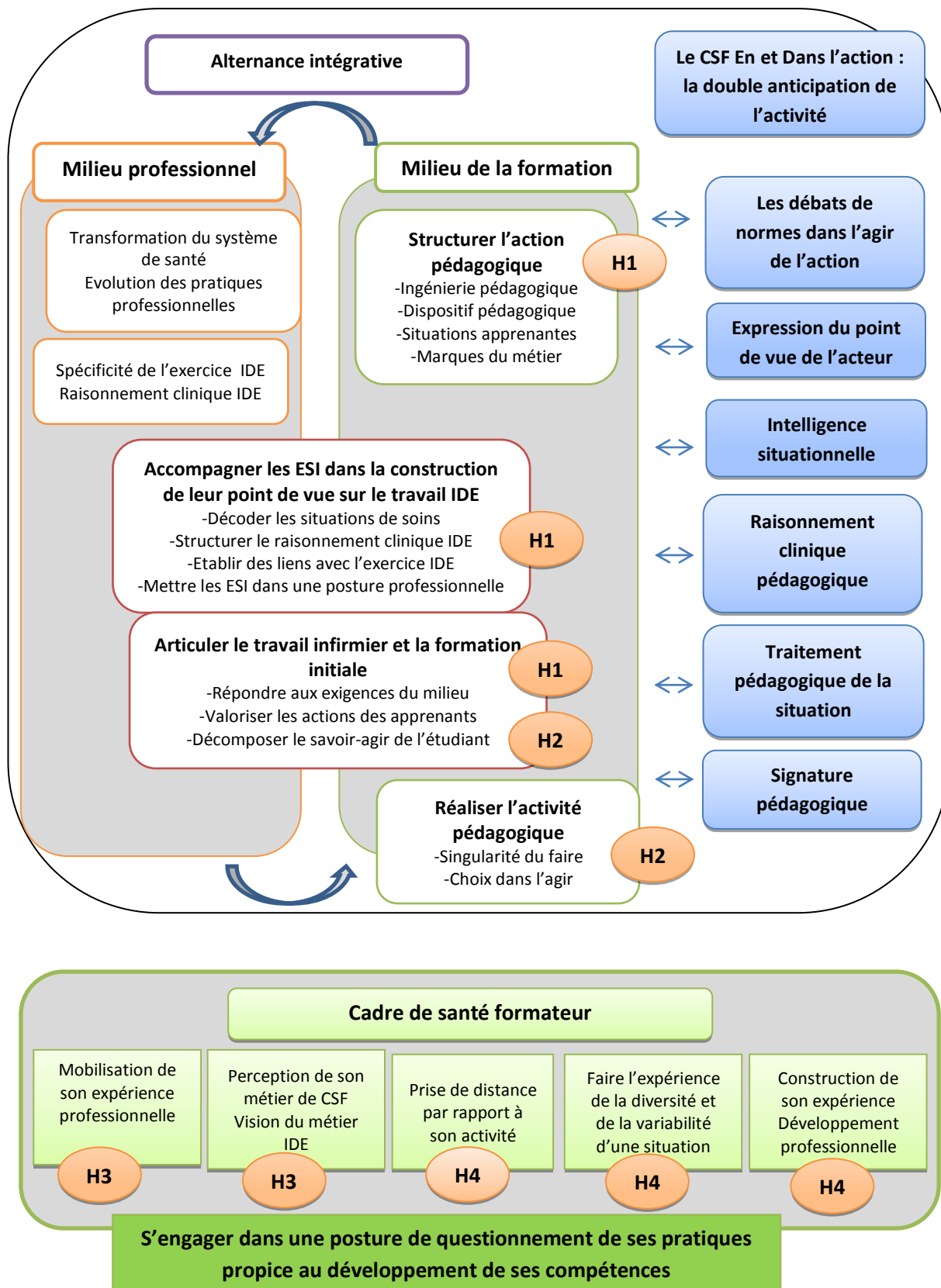


Figure 32 : Le cinquième concept organisateur

Conclusion du chapitre 9

Nous proposons maintenant de faire évoluer le cadre de notre étude en l’enrichissant des données du terrain (**figure 33**). Nous souhaitons notamment compléter l’espace de l’entre deux investi par les CSF entre le milieu professionnel et celui de la formation en renforçant l’hypothèse 1 et l’hypothèse 2. Nous créons donc deux nouvelles sous-sections : accompagner les étudiants dans la construction de leur point de vue sur le travail infirmier et articuler le travail infirmier et la formation initiale. Les CSF ont enrichi également notre cadre d’étude au niveau des hypothèses 3 et 4. Nous renforçons donc le dernier cadre en modifiant certains items et en ajoutant la finalité à savoir : S’engager dans une posture de questionnement de ses pratiques propice au développement de ses compétences.

Figure 33 : Evolution du cadre de l'étude



Chapitre 10 : Mise en perspective des résultats

« Former les esprits sans les conformer, les enrichir sans les endoctriner, les armer sans les enrôler, leur communiquer une force, les séduire au vrai pour les amener à leur propre vérité, leur donner le meilleur de soi sans attendre ce salaire qu'est la ressemblance ». Jean Rostand

Chapitre 10 : La mise en perspective des résultats

Dans ce chapitre nous souhaiterions inscrire les résultats de notre étude dans une perspective au regard des enjeux actuels. Nous orienterons notre propos autour de trois axes. La **première section** reprendra des données issues de cette étude en développant l'enjeu pour les CSF de construire un dispositif de formation professionnalisant pour les étudiants en soins infirmiers. Nous nous attacherons à appréhender le métier de l'étudiant dans son parcours de professionnalisation, mais également à questionner la place du collectif de travail des CSF dans la construction du dispositif de formation. La **deuxième section** inscrira la professionnalisation des CSF dans une perspective d'universitarisation des professions en santé. Après avoir précisé le contexte universitaire de la formation infirmière et des CSF, nous nous questionnerons sur la reconnaissance du métier de CSF et nous projetterons dans l'éventualité de la construction d'une formation ou d'un complément de formation spécifique propice au développement des compétences. Enfin, la **troisième section** envisagera la posture du manager, ici le directeur des soins, dans le développement des compétences des CSF.

1. Construire un dispositif de formation professionnalisant pour les étudiants en soins infirmiers

1.1. Un nouveau statut au métier d'élève

Le référentiel de 2009, mais surtout la logique compétence qui lui est associée, a rebattu les cartes de la formation des étudiants en soins infirmiers. Deux axes directeurs retiennent ici notre attention.

Tout d'abord un changement du statut du métier d'élève. Aujourd'hui, il ne suffit plus de mémoriser ses cours et de les retranscrire par écrit lors des évaluations. De nouvelles compétences sont demandées, incitant l'apprenant à entrer dans un nouveau dispositif d'apprentissage. Les outils pédagogiques qui sont proposés l'amènent à repenser sa posture d'élève pour l'inscrire dans une démarche plus professionnalisante. Nous pensons ici par exemple à la tenue du portfolio, à la rédaction et l'analyse des situations professionnelles. La

sélection des œuvres opérée par l'étudiant l'engage dans une dynamique le projetant dans un exercice infirmier et lui demandant de se dévoiler. La manière d'aborder les situations, et l'angle privilégié pour les analyser et les mettre en débat, vont témoigner de sa vision du soin, de son approche du patient et aiguiller sur les valeurs professionnelles qu'ils mobilisent. Il y a une réelle prise de risque qui s'exprime dès son entrée en formation et qui se poursuivra jusqu'à son entretien avec son futur employeur. L'écriture n'est pas neutre et inscrit l'auteur dans une perspective de questionnement. Il devient alors difficile de se cacher derrière une logique de reproduction même si nous restons bien conscients que parfois c'est une stratégie sécurisante utilisée par les apprenants. Jalonner le parcours de formation dans cette approche a demandé aux CSF de revoir leur dispositif de formation afin de poser les bases de l'apprentissage.

1.2. Inscrire l'étudiant dans un parcours de professionnalisation

Inscrire les étudiants en soins infirmiers dans un parcours professionnalisant est une démarche proactive qui se matérialise quotidiennement dans les activités des CSF. Le dispositif de formation est envisagé dans une vision anticipatrice afin de structurer les actions qui vont être proposées aux apprenants. La recherche d'une complexité croissante articulée autour des exigences du métier d'infirmier constitue un des fils conducteurs de leur préoccupation. Les CSF sont bien conscients qu'aujourd'hui le rôle de l'infirmier est multiple. Il recouvre aussi bien des tâches relevant d'un leadership clinique avec un enjeu sur la scène politique que de tâches s'apparentant à une mission d'exécutant, de gestionnaire, de coordinateur ou encore d'encadrant. L'activité soignante se déroule dans différents lieux de travail aussi bien dans des structures hospitalières, au domicile des usagers, dans des établissements médico-sociaux ou dans des milieux communautaires. Son degré d'autonomie est donc varié et son champ de responsabilité complexe en articulation avec les autres professionnels de la santé et du secteur médico-social. Leur connaissance de l'exercice professionnel ainsi que leur clairvoyance sur certains enjeux de l'exercice infirmier les amènent à concevoir des dispositifs de formation en lien avec la mobilisation de l'agir complexe des apprenants.

Comme nous l'avons vu dans les résultats de l'étude, différents axes majeurs se dégagent. Nous en retenons quatre ici. A savoir :

- la recherche presque systématique de situation d'apprentissage authentique,
- la construction de palier de progression dans la complexité des situations,

- l'importance des rétroactions par rapport au développement des compétences. L'idée ici étant de créer des conditions pour que les étudiants repèrent où ils en sont dans leur évolution et leur développement de compétences professionnelles,
- un suivi personnalisé sous forme de supervision avec un CSF pour prendre conscience de sa progression et construire son parcours de formation.

Nous voyons ainsi que les modalités comme l'action pédagogiques vont venir apporter leur contribution dans le chemin de professionnalisation de l'apprenant. C'est un tout qui s'articule et qui prend sens dans l'agir de la formation. Tout le monde a donc sa part de responsabilité dès lors que l'étudiant est positionné au cœur des décisions pédagogiques le conduisant à sa professionnalisation.

Dans notre recherche, quatre indicateurs mobilisés par les CSF sont venus compléter cette approche :

- **La structuration de l'action pédagogique** avec la conception de l'ingénierie pédagogique et sa matérialisation dans le dispositif de formation, la construction et le choix des situations apprenantes articulées autour des caractéristiques du métier infirmier,
- **L'accompagnement des ESI dans la construction de leur point de vue sur le travail infirmier** avec le décodage des situations de soins, la structuration du raisonnement clinique infirmier, la construction de lien entre les différents savoirs académiques, pratiques et expérientiels, et la recherche d'une posture professionnelle,
- **L'articulation entre le travail infirmier et la formation initiale** avec la prise en compte des exigences du milieu professionnel, la décomposition du savoir-agir de l'étudiant ainsi que la valorisation des actions réalisées et de la progression des apprenants,
- **La réalisation de l'activité pédagogique** avec les renormalisations et les choix exercés par le CSF pour allier une certaine cohérence de sens dans son agir situationnel.

Nous pouvons articuler ces approches avec le changement de statut de l'apprenant. L'objectif ici est bien de poser les bases de l'apprentissage inscrivant l'étudiant dans des activités pédagogiques lui permettant de rendre compte des situations du métier qu'il a rencontré et comment il les a appréhendées. La conception et l'animation du dispositif pédagogique devient donc un point sensible pour les équipes de formateur. L'arborescence pédagogie, dont les ramifications vont s'orchestrer **autour de méthodes actives** (analyse

de pratiques professionnelles, analyses de situation, simulation, stage clinique), **autour d'une approche réflexive** (démarche réflexive, portfolio) ou encore **autour de suivis personnalisés et de rétroactions** (suivi pédagogique, supervision, auto évaluation...) va contribuer à la professionnalisation de l'étudiant en soins infirmiers. Les CSF cheminent ainsi autour de trois pôles :

- celui du développement des compétences du futur infirmier,
- celui de l'appropriation de la culture professionnelle,
- et enfin celui de la construction identitaire de la personne étudiante.

Nous sommes bien ici dans des situations de formation inscrites dans un contexte de transformation d'un étudiant en un professionnel. Pour ce faire, l'ingénierie de formation va relever d'une double cohérence. Un aspect plutôt conceptuel en lien avec la création en équipe de CSF du dispositif de formation et des activités pédagogiques proposées aux étudiants. Puis un aspect plutôt structurel en lien avec la manière d'organiser les activités d'apprentissage et les corrélations qui peuvent s'exercer entre elles. La construction d'un dispositif de formation visant la professionnalisation

« Impose la construction de savoirs raisonnés généralisables à des classes de situations combinant réflexion sur l'action et dimension épistémologique... Ce qui fait l'objet du débat ce sont ici des démarches et des stratégies qui permettent d'organiser l'action. Problématiser suppose d'interroger les possibles et d'examiner les conditions du problème » (Le Bas, Lebouvier & Ouitre, 2013, p.79)

Au cœur des débats pédagogiques se trouve le choix des situations authentiques du métier. Toutefois, les stratégies collectives déployées pour amener l'apprenant à verbaliser ses ressources internes et externes, ses connaissances antérieures, à démontrer sa maîtrise des situations professionnelles sont autant de sujets de questionnement pour les CSF. La place accordée à l'interdisciplinarité, la coordination des différents acteurs du parcours de soins du patient, l'interaction envisagée avec l'utilisateur et sa famille sont de réelles préoccupations qui viennent animer les réflexions. Accompagner l'apprenant pour qu'il pose des actes de professionnalisation en lien avec une posture professionnelle d'infirmier devient ici un enjeu essentiel pour le développement de ses compétences. Car comme le rappelle Lucie Petit

« dans les chaînes d'activités de conception (Astier, 2003) menant à l'intervention pédagogique, le formateur a une place prépondérante dans la recherche de la meilleure voie pour parvenir au but à atteindre – cette voie étant balisée et ce but étant déterminé par le concepteur de l'action de formation, qu'il s'agisse de formateur lui-même ou d'un autre » (Petit, 2015, p.60)

Les CSF ont bien conscience des responsabilités qui leur incombent dans la construction du dispositif de formation et de l'impact que ce dernier peut avoir sur les apprenants et leur posture de futur professionnel. C'est un axe présent dans la majorité des discours.

1.3. La dimension collective dans la construction du dispositif de formation

La formation infirmière nécessite la contribution de plusieurs intervenants permanents ou occasionnels. La multiréférentialité des approches est donc une ressource indéniable dans la dynamique d'apprentissage des étudiants. Néanmoins, la structuration de la formation demande un partage dans les équipes pédagogiques pour tenir la cohérence définie notamment dans le projet pédagogique des instituts de formation en soins infirmiers.

« L'activité de conception des formateurs présente fondamentalement un caractère collectif et distribué. L'activité de conception n'est pas seulement une affaire de conception *en amont* de la formation, elle implique des formes de traductions *dans* la formation elle-même. Entre ces différents registres de la conception, des relais sont nécessaires entre les fonctions de conception et d'animation, afin de traduire dans l'action des choix de conception » (Trébert & Fillettaz, 2015, p.56)

La construction d'une dynamique d'échange et de partage dans les équipes de formateurs devient un axe précieux pour faire émerger les différents points de vue et appréhender les obstacles qui peuvent se présenter. Ainsi

« Les interactions de travail proposent un espace d'échange intersubjectif où s'élabore, se débat et s'analyse l'action éducative. » (Osty, 2013, p. 37)

Grâce aux explications régulières un socle de savoirs partagés se constitue et permet d'asseoir les prises de décision et la programmation des interventions. Le but ici n'est pas d'harmoniser toutes les pratiques mais d'avoir un objectif commun servant de fil conducteur pour garantir une certaine équité entre les apprenants tout en laissant une expression singulière pour chacun des CSF. La valeur ajoutée se situe dans la multitude des approches. Chaque membre est donc invité à prendre de la distance par rapport à sa pratique et à l'appréhender ainsi pour faire avancer la production collective. C'est une manière également de réguler le groupe.

« L'apparition d'un collectif de travail ne relève pas d'un hypothétique processus *sui generi* mais relève de la combinaison d'évènements, de volontés et de dispositifs pluriels qui rendent possibles des collaborations et la construction de cadres de référence partagés » (Piot, 2014, p.12)

Par ailleurs, suivant les équipes que nous avons côtoyées dans le cadre de cette recherche, il nous semble possible de les appréhender comme un collectif de travail qui se reconnaît dans ses manières d'agir. Nous retrouvons, dans les propos formels et informels de la collecte de données, des éléments en faveur d'un cadre commun et des références partagées permettant de structurer une activité de formation ensemble. (Leplat, 2000). L'identification d'une structure conceptuelle de la situation de travail permet de renforcer cette vision. L'empreinte du collectif de travail est d'autant plus forte, notamment dans la phase de construction du dispositif pédagogique, quand les CSF sont arrivés à un consensus et que la décision fait sens pour chacun d'eux. Le fait de partager ses valeurs, sa

vision pédagogique de la séquence, son approche de l'articulation des différents savoirs, sa perception de la dynamique du groupe d'apprenants vient étayer les intentions et la construction de l'ossature de la trame pédagogique. Ces multi références aiguillent le choix des formateurs et guident dans un second temps leur agir situationnel. Cette dynamique de collectif de travail était essentiellement présente dans quatre instituts G2, G3, G4 et G5. Nous restons néanmoins prudents car nous n'avons côtoyé que quelques membres de ces équipes et nous ne pouvons pas généraliser nos propos mais la tendance se matérialiserait plutôt en fonction de cette approche au vue de la redondance des propos.

Nous retrouvons ici des éléments en faveur du genre et du style professionnels. Le formateur devient en quelque sorte un funambule. D'un côté il orchestre les éléments définis dans le collectif de travail avec les prescriptions référencées à la fois dans le référentiel de formation puis dans le projet pédagogique. Il applique en quelque sorte une norme pour répondre à un projet collectif. D'un autre côté sa vision singulière l'amène à repenser son action pour l'inscrire dans une histoire personnelle. Le contexte de la situation l'entraîne dans des renormalisations qui interagissent entre adhérence et désadhérence. Le dispositif est contraignant et demande une prise d'initiative. Il y a une mise en tension entre les normes de l'activité et le mobile de l'action de l'acteur. Le milieu de vie n'est pas un espace neutre (Canguilhem) et demande un engagement de l'humain. Le sujet exerce alors son débat de normes et de valeurs pour apporter une réponse singulière caractérisant de sa signature pédagogique, de son style de formateur. L'acteur se trouve donc en tension entre son système de préférence et son système de référence. Dans les résultats de cette étude nous avons pu montrer plusieurs manières de retranscrire son activité. De nouvelles règles professionnelles avec de nouveaux gestes professionnels ont pu être identifiées. Nous pensons ici aux tensions qui s'exercent dans la relation pédagogique en situation de cours, à la prise en compte des nouvelles exigences du milieu de soin, à la complémentarité ou pas entre les CSF et les infirmières des unités de soins pour l'apprentissage des codes du métier...conduisant à la structuration de nouveaux gestes professionnels. Nous sommes ici dans une sorte de renouvellement des normes du métier de formateur. Le sujet va arbitrer ce qui est le plus important à ses yeux. Il va articuler son effort de connaître avec son effort de vivre. Il va en quelque sorte revendiquer et témoigner de sa singularité tout en essayant de tenir le projet collectif en lien avec le mouvement de double anticipation (Schwartz & Durrive, 2003, 2009).

Cette tension entre l'expression individuelle et le respect de l'application de la trame définie collectivement amène les formateurs à des choix in situ complexes. Vouloir tenir l'axe du registre 1 et l'axe du registre 2 en même temps est peu envisageable. Ce qui conduit le sujet

à des arbitrages et une renormalisation. Au moment des échanges avec les collègues à la sortie de cours les dilemmes s'expriment et une construction de repères communs peut avoir lieu, renforçant le sentiment d'appartenance au groupe formateur. L'émergence de styles différents peut enrichir et faire évoluer le genre professionnel. Il y a une interaction entre les deux mécanismes, favorisant leur renouvellement.

1.4. Le suivi de l'étudiant une articulation entre le parcours de vie et le parcours de professionnalisation

La démarche de professionnalisation instaurée par les CSF les inscrit indéniablement dans un suivi individuel et personnalisé en lien avec l'identité d'un sujet. La construction du parcours de formation ne peut se désolidariser du parcours de vie de l'étudiant. Ils sont forcément intégrés dans un cheminement individuel. Le formateur va favoriser les interactions et les rencontres lors des suivis individuels pour co-construire le parcours de formation. Ensemble ils vont élaborer une aventure qui se poursuivra tout au long de la durée de l'apprentissage.

Pendant ces moments d'échange, le CSF va offrir à l'étudiant des temps de rétroactions, si possible argumentés et documentés afin de structurer son agir professionnel. Comme nous avons pu le cibler dans l'étude, les formateurs se préoccupent des connaissances et des ressources construites et mobilisées par les étudiants. Ils recherchent l'expression de celles-ci dans l'analyse des situations professionnelles. Ils recentrent les apprenants en lien avec les exigences du métier. Ils poursuivent majoritairement trois axes directeurs :

- Le suivi du développement des compétences de l'étudiant,
- La construction de l'identité professionnelle de l'acteur,
- L'appropriation de la culture professionnelle.

Ce processus dynamique s'esquisse dès les premières minutes de la formation. Le formateur mesure la progression de l'étudiant et l'accompagne s'il le souhaite dans son cheminement. Les quinze formateurs révèlent tous qu'ils sont là pour proposer un dispositif à l'étudiant mais que ce dernier est libre de le prendre ou pas. Ils disent s'accommoder du choix de l'apprenant car il témoigne de son engagement dans la formation. Ils estiment que c'est un gage de maturité mais également une marque déterminant sa responsabilité dans la construction de son parcours d'apprentissage.

2. La professionnalisation des CSF dans le dispositif d'universitarisation des professions de santé

2.1. Le cadrage ministériel

Aujourd'hui les architectures des formations tendent à être construites dans une logique de parcours variables permettant d'ouvrir sur des dispositifs en interfiliarité.

Le projet « ma santé 2022 » présenté par le Président de la République, Emmanuel Macron, le 18 septembre 2018 positionne certaines transformations de notre système de santé pour les années avenir. Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation évoque les évolutions en matière de formation. Pour elle il est nécessaire de

« Transformer les études de santé passe en premier lieu par l'inclusion de tous les cursus au sein des universités, pour que tous les étudiants aient enfin les mêmes droits et accèdent aux mêmes services et qu'ils puissent travailler ensemble, condition d'une coopération future des professionnels en exercice. [...] L'accès aux études sera profondément repensé pour garantir une formation de qualité de tous les professionnels, permettre à des jeunes ayant une diversité de profils d'accéder aux métiers de la santé en facilitant les passerelles entre les cursus d'études et garantir à chacun des parcours de réussite et les évolutions qu'il souhaite au cours de sa vie professionnelle. [...] Préparer l'avenir, c'est aussi créer les formations qui aujourd'hui n'existent pas. » (Vidal, 2018)

Même si dans les dispositifs évoqués ici nous sommes plus sur des parcours de formation initiale, les perspectives offrent des espaces possibles d'évolution également pour des axes de formation continue comme en témoigneront les masters de pratique avancée. L'axe trois :

« **adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain** » précise que :

« Les métiers du soin changent et les professionnels de santé, notamment les plus jeunes, n'ont plus les mêmes aspirations concernant leurs conditions d'exercice : meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, recherche d'un travail plus collaboratif en équipe, souhait d'une évolution au cours de leurs parcours professionnels. [...] Nous devons accompagner ces évolutions pour l'ensemble des professionnels de santé. L'accompagnement des parcours des soignants et de leurs projets professionnels s'intègre pleinement dans cette démarche. Ma Santé 2022 affirme les principes d'une meilleure reconnaissance de l'engagement collectif et individuel, de l'importance du management et de l'association plus forte des médecins à la gouvernance des établissements. L'attractivité des métiers, pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leur lieu ou mode d'exercice, passe enfin par une refonte des études en santé pour mieux préparer les futurs soignants au système de santé de demain. »

Nous pouvons croiser ces propos avec ceux de Christophe Debout, Chantal Eymard et Monique Rothan-Tondeur qui précisaient en 2010

« La déontologie infirmière souligne l'importance de proposer au patient des soins infirmiers personnalisés mais également pertinents. Il s'agit d'optimiser les processus de décision de l'infirmière tout au long de son raisonnement clinique en mettant à sa disposition des savoirs scientifiques lui permettant d'accroître la probabilité d'atteindre les résultats de soins infirmiers escomptés. Le développement de la recherche représente un impératif moral pour le groupe

professionnel infirmier. Il ne s'agit pas de rejeter systématiquement les habitudes mais bien de toujours tenter d'asseoir leur validité et leur supériorité sur d'autres modes opératoires antérieurement utilisés, voire d'innover... » (Debout, Eymard & Rothan-Tondeur, 2010, p.141)

Isabelle Richard, *Conseillère santé au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation*, lors des journées nationales d'étude du CEFIEC⁶⁰, (Paris, 2019) rappelait les quatre orientations du processus d'universitarisation pour les formations en santé. A savoir :

- L'importance d'offrir les **mêmes droits aux étudiants** de la filière infirmière qu'à leurs homologues inscrits déjà à l'université,
- Le **développement des parcours recherche**. La création de la CNU des sciences infirmières est une première réponse à ce dispositif et ouvre de nouveaux espaces de développement pour l'ensemble des professionnels de la santé qui souhaiteront s'y inscrire. Selon elle il sera nécessaire de « labourer le terrain localement » car toutes les universités ne sont pas encore prêtes à accueillir et faire une place à ce nouveau public.
- La **création d'interface entre les professions de santé**. L'enjeu ici est de faire interagir l'ensemble des professionnels de santé sur un territoire dans une logique d'interdisciplinarité. Le service sanitaire est envisagé dans ce sens dès lors que les enseignants acceptent de construire ensemble des parcours de formation entre les futurs professionnels du monde de la santé. C'est ainsi construire une culture commune pour les futurs professionnels de la santé.
- La **flexibilité dans les parcours de formation** avec une notion de trajectoire. Ce point est à mettre en lien avec les dispositifs rebonds ou oui/si qui se structurent pour la rentrée 2019-2020 à titre expérimental. Nous trouvons également ici la création des masters en pratique avancée pour le corps infirmier.

Nous percevons à travers toutes ces interventions qu'un virage est en cours et que des interstices sont envisageables. La mise en œuvre pour la rentrée 2019-2020 du mode de sélection des futurs étudiants en soins infirmiers par la plateforme Parcoursup en est un exemple concret. Les réorganisations universitaires avec le changement de dénomination des UFR de médecine incluant les professions en santé permet le plus souvent de créer des partenariats et des constructions communes entre le monde universitaire et le monde de la formation professionnelle tel que les IFSI, les écoles de manipulateur radiologie, les écoles de sage-femme... La création du département des sciences infirmières et du département

⁶⁰ CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres, Journées nationales du CEFIEC 2019 à Paris.

des métiers de la rééducation sur certains territoires viennent renforcer les prémises d'une aube nouvelle même si certaines universités avaient déjà été précurseur.

L'universitarisation met en œuvre trois dimensions : une dimension institutionnelle amenant à un rapprochement entre les IFSI et l'université. (Rigot, 2018). Des dispositifs sont effectivement opérationnels notamment sur certaines unités d'enseignement partagées. Toutefois des améliorations doivent encore se développer pour rendre le système plus opérant. La deuxième dimension est une dimension didactique avec la création de parcours de formation mobilisant des savoirs variés - issus du monde académique et du monde professionnel en lien avec l'exercice d'un métier - pensés en interdisciplinarité. Nous pensons particulièrement qu'ici il y a un espace possible à envisager pour la formation des cadres de santé formateurs ; nous le développerons dans la partie suivante. Enfin nous terminerons avec une dimension professionnelle aboutissant à une reconnaissance sociale qu'un cursus universitaire peut permettre.

Le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et celui des Solidarités et de la Santé se sont positionnés en rappelant qu'ils ne souhaitent plus réaliser la refonte des référentiels de formation pour le champ sanitaire et social mais que des expérimentations respectant l'amendement n°2047 pouvaient voir le jour. Ces réflexions semblent peut être éloignées de notre thèse mais sont des enjeux majeurs pour l'évolution du métier de CSF.

2.2. Quelle reconnaissance pour le métier de cadre de santé formateur ?

Même si des avancées sont significatives sur le plan de la formation initiale ainsi que quelques-unes sur le plan de la formation continue, avec les infirmières en pratique avancée, le secteur de la formation reste le parent pauvre de ces évolutions. Comme le signale Paul Olry :

« [...] dans un contexte qui, au niveau national, est celui de l'absence de reconnaissance du métier de formateur dans l'institution de la santé publique. On en connaît les missions, on la légitime mais on réfute l'idée que ce soit un métier. » (Olry, 2019, p.13)

Certes le secteur de la formation n'est pas un secteur de production comme peut l'être le domaine du soin et certainement que les priorités ne sont pas appréhendées de la même manière. Mais cela mérite d'être interrogé. Comment faire grandir en compétence les futurs infirmiers si le corps professoral n'a pas une formation spécifique ? Comment répondre aux exigences du contexte du soin d'aujourd'hui, si les cadres de santé formateurs ne sont pas perçus comme des acteurs essentiels dans le dispositif de formation ? Nous ne souhaitons

pas entrer dans la polémique assez traditionnelle qui existe entre les perceptions que chaque professionnel a du travail de son collègue, notamment dans le secteur du soin et de la formation. Néanmoins, force est de constater que ,dans les formations en IFCS ou dans la formation des directeurs de soins, cet axe est peu, voire très peu, développé. Parler de pédagogie ou d'évaluation sur un plan général n'est pas suffisant à notre sens pour mettre sur le marché des professionnels compétents pouvant répondre aux enjeux de la formation actuelle. Comme nous l'avons abordé dans cette étude, l'exercice d'un cadre de santé formateur relève d'une expertise qui demande une formation spécifique. Les partenariats mis en place par certains IFCS avec l'université pour offrir aux apprenants la possibilité de suivre un double cursus en lien avec les sciences de l'éducation est une ouverture intéressante mais peut-être pas suffisante au regard des évolutions de la fonction de cadre de santé formateur.

Sur le plan international, il n'y a pas d'uniformité sur le statut des formateurs en soins infirmiers et différents profils y sont repérables : enseignant-chercheur, chercheur, praticien-enseignant, chercheur-praticien, enseignant-praticien. Lequel choisir pour professionnaliser et promouvoir le métier infirmier ? En tout cas il nous semble nécessaire de préserver une logique identique pour tous les corps professionnels. Le renforcement entre les domaines scientifiques et professionnels doit relever d'une cohérence. La posture de praticien-chercheur et enseignant est déjà un modèle existant qui pourrait s'étendre aux cadres de santé formateurs. Cela permettrait peut-être d'envisager un socle de missions communes aux enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur. Les trois profils de CSF investigués durant cette étude témoignent d'angles d'approches pédagogiques et professionnelles très différentes mais complémentaires. La posture de praticien, au moins dans le modèle médical, est envisagée comme émanant d'un exercice professionnel en lien avec une clinique au « lit du malade ». Mais ne pourrions-nous pas envisager une clinique pédagogique en lien avec l'activité d'un apprenant ?

Le rapport DGOS/IGAS/IGAENR de juin 2017 faisant suite à la Grande Conférence de Santé précise que :

«le lien entre pratique clinique et formation théorique particulier aux métiers de santé, doit par ailleurs être renforcé et adossé au développement de la recherche. Cela passerait, sur le modèle des assistants, maîtres de conférences et professeurs d'université praticiens hospitaliers (MCU et PU-PH), par la création de corps de professionnels bi-appartenants en maïeutique, sciences infirmières, en rééducation et disciplines médico-techniques. Corollaire de l'ouverture de ces formations à la recherche, les critères d'agrément des directeurs d'instituts et des formateurs permanents devraient être renouvelés, et conditionnés à terme à l'obtention d'un diplôme master ou doctorat. » (Rapport DGOS/IGAS/IGAENR, juin 2017).

Le champ politique évoque la posture de bi-appartenance pour les CSF. Dans le cadre du référentiel de formation actuel, ils sont tous infirmiers ; ce qui légitimise donc la première

appartenance. La seconde est plus complexe encore aujourd'hui. Nonobstant, nous pouvons constater que de nombreux formateurs sont recrutés dans les IFSI après avoir réalisé un master en cursus complet sans faire l'IFCS. D'autre part plusieurs d'entre eux poursuivent leur formation universitaire en doctorat dans des disciplines diverses. Certains deviennent enseignant - chercheur et postulent sur des postes de maître de conférences. Progressivement, il y a une appropriation des codes universitaires et des savoirs spécifiques. A la marge, il est vrai, nous trouvons la même dynamique du côté des directeurs de soins. L'attachement à un corps professionnel alliant cursus professionnel et universitaire est en construction. Il permettra à l'ensemble des acteurs de se reconnaître et de construire ensemble le dispositif futur.

En s'inscrivant dans une démarche doctorale le sujet prend la responsabilité de transmettre ses résultats à la communauté professionnelle afin que ceux-ci soient discutés et débattus. C'est un gage de qualité qui permet de faire avancer les pratiques.

« Attirer des infirmières et les former en vue de les préparer à exercer des fonctions de chercheur est important. Mais il est tout aussi important au terme de l'obtention de leur thèse que l'effort et les ressources engagés dans un parcours doctoral puissent être réinvestis par ces infirmières dans le secteur de la recherche. Le doctorat n'est pas une fin en soi mais marque bien le franchissement du seuil d'un projet professionnel centré sur l'enseignement, la recherche et sur la publication des travaux réalisés. Un savoir ne peut être qualifié de scientifique que dans la mesure où il a été publié et ainsi soumis à l'évaluation des pairs. C'est aussi par le biais de la publication qu'un savoir peut être utilisé ou encore affiné lorsqu'il donne lieu à une autre étude. » (Debout, Eymard & Rothan-Tondeur, 2010, p.143)

Comme nous avons pu l'identifier dans cette étude, la maîtrise des savoirs à enseigner n'est qu'une facette restreinte de l'activité des CSF. Accompagner un apprenant dans son parcours de professionnalisation, construire des liens entre les savoirs académiques et les savoirs pratiques, guider un étudiant dans la construction de son identité professionnelle, prendre de la distance par rapport à sa pratique relèvent d'un champ d'exercice plus complexe demandant un socle de compétences plus étendues. La publication de données probantes qu'offre la recherche est un axe à privilégier pour prétendre dans le cadre universitaire à une professionnalisation des CSF.

Nous pouvons constater déjà aujourd'hui que l'intérêt de poursuivre une formation universitaire est d'actualité chez les jeunes infirmiers, voire déjà chez les candidats à l'entrée en 1^{ère} année d'IFSI : un mouvement est en route. L'officialisation de la création en septembre 2019 de la CNU des sciences infirmières est une première réponse qui mérite d'être soulignée.

Par la suite, les logiques territoriales et universitaires sont tellement différentes d'un département à l'autre que le début se fera certainement par des alliances locales.

Par ailleurs, le projet du CEFIEC pour 2019-2022 faisant suite au tome 1 intitulé « **L'intégration des formations en Santé à l'université** » et qui sera dévoilé dans les

semaines à venir témoigne de l'engagement des structures adhérentes (323 IFSI, 268 IFCS entre autre) dans la démarche d'universitarisation des formations en santé. Les quatre propositions qui s'y déclinent s'inscrivent pleinement dans les axes développés précédemment. La proposition 2 nommée « *une formation à la recherche par la recherche. Un processus d'innovation et de valorisation* » met en avant quatre objectifs majeurs :

- Promouvoir et valoriser les actions de recherche initiées au sein des instituts de formation
- Adosser la formation infirmière à un département en sciences infirmières pour promouvoir le leadership clinique
- Développer le partenariat entre les instituts de formation et les universités
- Accompagner la qualification des acteurs de la formation (cadres de santé formateurs, directeurs des soins managers, professionnels de soins...).

Ces axes directeurs vont constituer des orientations défendues sur la scène publique et vont participer à faire évoluer les dispositifs existants.

2.3. Une formation spécifique pour les CSF

La recherche menée dans le cadre de cette étude a rendu visible l'activité des CSF. La formalisation d'une structure conceptuelle révélant cinq concepts organisateurs représentés par différents invariants opératoires et indicateurs associés peut laisser entrevoir la possibilité de construire une formation spécifique. Nous pouvons repérer trois champs d'investigation possible : a) le contenu des cursus de formation; b) les dispositifs pédagogiques; c) l'organisation de la formation et le développement de compétences des sujet en formation. Nous retrouvons ici un des axes initiés par la didactique professionnelle.

« Depuis sa création, la didactique professionnelle est définie comme l'analyse du travail pour la formation, avec l'idée selon laquelle il est indispensable d'analyser les situations de travail pour concevoir les formations, afin d'identifier non seulement les capacités et les connaissances requises pour l'action efficiente en situation, mais aussi le potentiel d'apprentissage des situations de travail » (Mayen, 2018, p.144)

Néanmoins, nous n'agencerons pas ici la proposition d'un curriculum de formation car ce n'est pas l'objectif immédiat de cette thèse. En revanche nous pouvons questionner les ingénieries pédagogiques proposées aujourd'hui dans les IFCS et peut-être demain à l'université pour envisager une progression dans les apprentissages des futurs CSF. Enoncer les savoirs de référence à des fins didactiques à partir de la recherche d'invariants dans des savoirs en actes individuels ou collectifs nous semble un axe à privilégier. De plus, partir des situations de travail authentiques et non des tâches devient une nécessité à intégrer dans les maquettes pédagogiques.

L'identification des classes de situations spécifiques à l'exercice d'un CSF permettra dans un premier temps de construire des situations d'apprentissage, à un niveau de débutant, propice au développement de compétence.

« Ce niveau de professionnalité se stabilise une fois effectuée la formation professionnelle initiale. Mais avant d'être stabilisé, le modèle opératif auquel correspond ce niveau subit de nombreuses transformations en cours d'apprentissage. C'est en ce sens qu'on peut parler de genèse conceptuelle : le modèle laborieusement construit un jour doit être remis sur le chantier le lendemain, et cela chaque fois qu'une nouvelle classe de situations significative fait son apparition dans l'apprentissage » (Pastré, 2005, p.78)

Le développement d'une posture réflexive sollicitée notamment durant et à l'issue des stages est également un espace de formation à investir. La création de nouveaux outils s'apparentant à un journal vagabond, à un portfolio, sont des pistes à investir ou à réinvestir pour mettre le sujet dans une posture d'acteur plutôt que de consommateur.

Les rencontres avec les directeurs et les formateurs exerçant en IFCS montrent d'une certaine volonté de faire évoluer leur dispositif. Toutefois l'étude des maquettes pédagogiques indique des orientations majoritairement tournées vers des apports de connaissances et peu vers une approche situationnelle. La démarche d'analyse de pratiques semble initiée mais reste marginale suivant les instituts. En revanche l'analyse d'une activité révélant les ressources et le potentiel de l'acteur en situation réelle est peu développée.

Par les données produites par cette recherche des pistes se dégagent et ne demandent qu'à être explorées pour être matérialisées dans un dispositif de formation. Des scénarios pédagogiques pourraient se construire. Nous pensons par exemple ici à l'expérimentation de la construction d'une trame pédagogique, à l'accompagnement du questionnement d'un étudiant en soins infirmiers, à la construction de la structuration du raisonnement clinique infirmier, à la gestion d'une dynamique de classe, à l'accompagnement singulier d'un apprenant dans la construction de son parcours de formation... Toutes ces activités ne sont pas innées et demandent de s'y attarder en formation initiale avant de prendre une posture de formateur en institut.

3. Le rôle du directeur des soins en institut de formation dans le développement des compétences des CSF

Manager une équipe, c'est allier l'art de diriger avec intelligence les situations de travail. Chaque collectif est composé d'une somme d'individus dans lequel chacun peut exprimer son individualité. Le directeur des soins est selon nous un éveilleur de sens. Il sait valoriser les actions de chacun pour apporter un regard neuf sur les pratiques collectives. Cela demande de s'accorder du temps quotidiennement pour connaître les acteurs et leur potentiel de développement.

3.1. La mise en mots de l'activité : un axe de professionnalisation pour les CSF

Pour professionnaliser ses collaborateurs, il ne suffit pas de les associer aux différents projets. Il faut accepter de leur laisser une marge d'autonomie pour favoriser l'expression de la créativité. Le formateur va se trouver face à des situations imprévues et parfois non maîtrisées demandant de prendre une posture de questionnement. La confrontation avec le réel de l'activité associée à des espaces de remédiation ou d'analyse de pratiques favorisera l'expression du point de vue de l'auteur. La situation de travail est vraiment perçue ici comme un levier de développement professionnel. Comme nous l'avons énoncé dans la partie 2, toutes les situations professionnelles ont un caractère unique et singulier. C'est ce qui en fait toute la richesse car elles ne se répètent jamais à l'identique. Le sujet se trouve dans l'obligation d'une certaine manière d'articuler les éléments du registre 1 et du registre 2 pour rendre le travail possible et viable. C'est un effort qui demande parfois un accompagnement pour être conscientisé. C'est un rôle qui peut revenir au manager car il a souvent une posture distancié par rapport à la pratique des CSF. Mais cela peut être aussi un tiers pour garantir une certaine neutralité et favoriser l'expression de chacun sans caractère hiérarchique. Ainsi la verbalisation de l'expérience va convoquer le sensible, les émotions, les dilemmes de l'acteur et va l'inscrire au cœur de son activité. Nous retrouvons ici certains paramètres développés par Mayen et Gagneur (2017) en lien avec le potentiel d'apprentissage. Comme le précise Patrick Mayen il est nécessaire parfois de « s'écarter du travail pour mieux l'apprendre » (Mayen, 2018, p.141). En effet,

« Chaque activité professionnelle possède une dimension apprenante qui peut prendre des formes élémentaires ou complexes. [...] Les phases d'explication des pratiques permettent de révéler des compétences implicites et des modalités de résolution de problèmes, et de prendre la mesure de l'importance des consignes, etc. » (Santelmann, 2018, p.131-137)

Le directeur des soins peut dans sa boîte à outils de manager mobiliser différents outils pour favoriser le potentiel d'apprentissage des CSF. Nous pensons par exemple à la mise en place de groupes d'analyse du travail, ou encore à des groupes de rencontre du travail comme le propose la démarche ergologique. La mise en mots de son activité professionnelle et des débats de normes qui lui sont associés devient ici source de développement et d'apprentissage. La vision singulière de l'auteur permet de faire grandir chacun dans son espace individuel. La prise de distance fait gagner en visibilité et permet de mettre en évidence certains compromis liés au travail. Il y a des axes d'amélioration qui peuvent être échangés et transmis afin de rendre l'activité plus acceptable pour un ensemble d'acteurs.

Par ailleurs, offrir l'opportunité aux CSF d'aller découvrir des pratiques de formation en dehors des murs du quotidien est une ouverture qui enrichit les pratiques. Le croisement des

indicateurs collectés, les échanges avec d'autres formateurs permettent de questionner son exercice mais surtout de le confronter au regard des autres. Les échanges amènent à l'argumentation et à l'explicitation des choix contribuant à la conscientisation de ses modes opératoires.

Nous pourrions énoncer plusieurs pistes mais ce qui nous semble essentiel c'est le regard posé sur l'humain par le directeur des soins. Les personnes qui constituent l'équipe sont des êtres singuliers qui ont besoin aussi de construire leur parcours de professionnalisation pour prendre leur envol.

3.2. Structurer la ligne managériale et pédagogique en lien avec les réalités de son milieu

Elaborer une ligne managériale en faveur de la performance collective revient à entrer dans une relation gagnant-gagnant avec chacun des acteurs. L'émergence des ressources individuelles est ainsi valorisée et mise au service du collectif de travail. Un des rôles du DS est selon nous d'anticiper et de piloter le management de projets autour d'activités fédératrices et collectives. Un ajustement régulier du dispositif va contribuer à la production des performances et ajouter une plus-value visible au niveau institutionnel.

Elaborer la ligne stratégique du management des CSF relève du champ de la compétence du DS. Les choix entrepris vont donc impacter les organisations de travail. Ainsi en collaborant autour de certains axes fédérateurs porteurs de sens, le DS contribue à donner une nouvelle dynamique de travail. Regarder les situations réelles du travail selon l'approche ergologique oblige à changer de « paire de lunettes » pour donner une place au vécu de l'acteur. Etre à l'écoute des dilemmes, des choix opérés en action amènent à interroger la trame pédagogique, à questionner le projet pédagogique, voire à construire un projet spécifique pour chacun des CSF. Le DS va parfois entrer dans des tensions. Comment privilégier le développement de compétence d'un collectif de travail tout en créant des conditions pour que le projet individuel se matérialise ?

L'étude montre que la somme des profils que constitue une équipe aiguille la conception du dispositif pédagogique. Le partage des points de vue sur les situations de travail ponctue les choix et favorise l'expression des divergences et des dilemmes. Mais en même temps, elle est le fruit d'une somme de situations singulières qui viennent enrichir les pratiques. Selon nous, le DS doit essayer de comprendre les implications pédagogiques de l'organisation, de

la relation pédagogique, de la structuration des apprentissages avec comme visée la perspective de l'élaboration des compétences.

L'ergologie et la didactique professionnelle sont des démarches complémentaires qui deviennent des alliés du directeur des soins dans ses activités de management. Mettre au centre de ses pratiques l'agir du sujet permet de dynamiser les espaces de travail et de potentialiser les apprentissages dans le cadre du travail. Nous pouvons nous appuyer ici sur les axes d'orientation étayés par Matrick Mayen (2014) en lien avec les différentes dimensions du monde du travail. A savoir : l'organisation du travail, l'objet et la nature du travail, les conditions, les outils et leurs manipulations, le collectif de travail et les partenaires. Ces indicateurs devront ensuite être articulés avec les facteurs favorisant les transformations et le potentiel d'apprentissage (Mayen & Olry, 2012 ; Mayen & Gagneur, 2017). A savoir :

- « Faire l'expérience de la diversité et de la variabilité d'une situation
- La comparaison et l'identification des ressemblances et des différences entre situations
- Les processus relatifs aux changements de point de vue
- La répétition et l'entraînement
- Progressivité
- Réflexivité et analyse de l'activité : penser et parler comme facteurs fondamentaux de l'apprentissage »

Le DS va ainsi rechercher les regards croisés des différents CSF pour alimenter les débats et faire partager les expériences de chacun dans un cadre éthique et respectueux. L'argumentation des prises de décision permet de conscientiser ses modes opératoires et favorise le développement du potentiel d'apprentissage des CSF.

Conclusion du chapitre 10

Le chapitre 10 s'est attaché à mettre en perspective les résultats de cette étude. Il s'est articulé autour de trois axes. Le premier reprend les données en lien avec la conception et la mise en œuvre du dispositif de formation. Il revient sur l'importance d'inscrire les étudiants dans un parcours de professionnalisation en mobilisant l'approche situationnelle comme une clé de voute de l'ingénierie d'une formation par compétences. Le deuxième axe interroge le processus d'universitarisation pour la formation des CSF avec une perspective de professionnalisation des acteurs. Enfin le troisième axe privilégie l'angle managérial et le rôle

que peut avoir un directeur des soins dans le développement du potentiel d'apprentissage des situations de travail.

Conclusion de la partie 4

La quatrième partie de cette étude s'est attachée à présenter les résultats et rendre visible l'activité des cadres de santé formateurs. Le **chapitre 8** est reparti de l'analyse du matériau empirique et a proposé une articulation autour de quatre thématiques : la perception du rôle du CSF, la vision du dispositif de formation, les ressources mobilisées par le CSF pour mener son action et enfin les liens avec l'exercice professionnel infirmier. Les différents outils d'analyse ont permis de repérer une structure conceptuelle de l'activité des CSF. Cette dernière s'articule autour de cinq concepts organisateurs associés à différents invariants opératoires et indicateurs. Ils sont déclinés sous la formulation suivante :

- Structurer le raisonnement clinique infirmier,
- S'adapter aux groupes d'apprenants,
- Etablir des liens avec l'exercice infirmier,
- Engager les étudiants en soins infirmiers dans une posture professionnelle,
- Faire évoluer ses pratiques de CSF.

Le chapitre 9 s'attarde aux différents aspects qui caractérisent l'activité des cadres de santé formateurs. Les quatre parties mettent en avant les spécificités de l'exercice en identifiant la structuration de l'action pédagogique, l'accompagnement réalisé par les CSF pour guider les étudiants dans la construction de leur point de vue de la pratique infirmière, la mobilisation des exigences du milieu de soin et enfin le potentiel d'apprentissage des situations de travail pour les CSF. Une évolution de l'objet d'étude est proposée au regard des données collectées sur le terrain.

Le chapitre 10 propose une mise en perspective des résultats autour de trois axes. En premier lieu sur l'axe pédagogique pris par les CSF pour concevoir, animer et évaluer leur dispositif de formation et en faire un support propice à la professionnalisation des apprenants. Le deuxième axe envisage une voie possible dans l'universitarisation des professions en santé et plus spécialement pour les CSF. Nous relevons ici que l'étude questionne la question d'engagement professionnel des formateurs. Ce dernier s'exprime en quelque sorte dans l'entrée même dans la carrière. Enfin la posture managériale du directeur

des soins en instituts de formation est appréhendée dans une perspective d'évolution des pratiques.

Tout au long de cette partie la double anticipation de l'activité prend forme. Les CSF révèlent leur signature pédagogique dès lors qu'ils se trouvent dans une situation singulière de leur exercice professionnel. Le traitement pédagogique des données favorise l'expression d'un point de vue spécifique à un acteur. La verbalisation d'une face des dilemmes témoigne de leur intelligence situationnelle pour pouvoir faire des choix éclairés en action et prendre une décision. Le raisonnement pédagogique qui s'exerce à ce moment-là engage le sujet dans des débats de normes témoignant de sa singularité du faire.

CONCLUSION GENERALE

- **Section 1 : Les apports de notre recherche**
- **Section 2 : Les limites de notre recherche**
- **Section 3 : Les perspectives de recherches futures**

CONCLUSION GENERALE

Cette thèse avait pour ambition de rendre visible l'activité des cadres de santé formateurs exerçant dans un institut de formation en soins infirmiers. Le but principal était de faire parler les points de vue de l'acteur afin de faire émerger le point de vue de l'activité. C'est la raison pour laquelle cette étude s'est inscrite dans une sorte de voyage au cœur de l'activité quotidienne d'un formateur. Faire advenir la parole sur le travail en favorisant la mise en mots de l'expérience amène à une rencontre entre les normes et le vivant. Il était donc essentiel de donner la parole aux acteurs qui font et exerce le travail dans un institut de formation en soins infirmiers. Les professionnels ont pu ainsi donner à voir leur engagement. Ils ont rendu intelligibles les actions déployées montrant une certaine créativité du travail humain en lien avec le processus de réappropriation des normes qui se présentaient à eux. La production du savoir de leurs pratiques est devenue au fil des échanges une sorte de levier pour le développement professionnel laissant entrevoir des transformations pour une action future.

Notre propos s'articulera autour de trois sections. La **section un** déterminera les apports significatifs de cette recherche. La **deuxième section** abordera les limites de cette étude et enfin la **section trois** envisagera des perspectives pour des recherches futures.

Section 1 : Les apports de notre recherche

Notre thèse présente différents apports d'ordres conceptuel, méthodologique et praxéologique que nous développerons dans cette section.

1. Les apports conceptuels

Les apports conceptuels de notre thèse résident dans l'articulation des outils de la démarche ergologique avec ceux la démarche de la didactique professionnelle. Les acteurs ont été mis au centre de l'activité témoignant du couplage sujet-situation dans sa dimension interactionnelle. L'analyse des faits d'une situation avec les dires de l'activité a permis aux CSF de donner leurs points de vue sur la situation de travail les amenant à un effort d'objectivité. Ils ont apporté un éclairage sur une perspective des normes qu'ils ont dû manager et adapter dans leur agir situationnel. Ce dispositif a conduit à la production d'un savoir original de la situation. Ainsi la production des données a favorisé le dialogue entre les savoirs d'expérience et les savoirs disciplinaires.

Conclusion générale

Nous nous sommes attachés à faire ressortir quelques invariants opératoires amenant à une analyse du travail. En mobilisant l'observation de l'activité, nous avons pris au sérieux les acteurs dans leurs interactions avec leur milieu. Nous avons pu enrichir notre corpus en matérialisant une structure conceptuelle avec cinq invariants opératoires.

La mobilisation de la démarche ergologique autour des temps de repérage et d'ancrage a conduit à produire un certain savoir de l'activité des CSF. La recherche d'adhérence et de désadhérence, et le passage d'une description anonyme de la situation à un récit de vie éclairant les prises de position ont inscrit le sujet au cœur de son activité humaine. La tension a été permanente entre l'effort de connaître et l'effort de vivre dans l'agir de l'action.

L'analyse de l'activité amène à situer l'activité en regard de la particularité du sujet en interaction avec son environnement. Ainsi, en donnant la parole aux acteurs, l'étude a amené à révéler certaines dimensions du « pouvoir agir » (Canguilhem) de l'auteur montrant ses revendications d'existence face aux normes. Au cœur de l'activité humaine se trouve le débat de normes. Cette thèse a donc engagé les sujets à prendre la parole sur le travail et à verbaliser leur propre point de vue.

2. Les apports méthodologiques

Nos choix méthodologiques nous ont conduits à rencontrer différents acteurs. Les temps de partage ont permis d'accompagner les formateurs dans leurs activités quotidiennes. Ils ont été l'occasion de contextualiser mais également de favoriser l'expression du sens donner à l'agir. Nous avons été ainsi au plus proche de la réalité du travail des CSF.

La multitude des outils utilisés dans le cadre de cette étude a permis la production d'un matériau empirique riche et varié. Les discours singuliers sur les choix des acteurs ont révélé un savoir du faire caractérisant l'activité des CSF. L'expression originale des points de vue est venue enrichir la connaissance du métier de CSF.

Dans ce travail, nous avons souhaité confronter les CSF aux traces de leur activité afin de les positionner dans le réel de l'action. Les entretiens ont été une première source d'indices, renforcée par le temps d'observation directe. La réalisation des représentations graphiques ainsi que l'autoconfrontation avec le support visuel ont produit de très belles surprises. Les productions « artistiques » dans la phase de repérage et d'ancrage sont des apports complémentaires à la démarche d'entretien. L'artéfact « dessin » permet la libération d'une

autre forme de langage. En suivant le trait de son crayon, l'auteur se regarde travailler. Il conscientise les éléments essentiels pour lui. Il apporte une vision complémentaire à son activité et donne à voir des raisons qui le pousse à agir de telle ou telle manière. L'action ici n'est pas le fruit du hasard et relève d'une logique propre à l'acteur. L'autoconfrontation avec le support visuel permet d'enrichir les données collectées. C'est une autre forme pour donner du sens à son action. Le fait de se voir travailler dans un contexte précis amène les formateurs à contextualiser leur agir. Ils peuvent commenter leurs réactions et préciser les éléments qui sont venus interagir dans leurs prises de décisions.

Les rencontres multiples dans le même institut constituent une autre caractéristique de cette méthodologie, et en fait toute sa richesse et son originalité. Retrouver au moins quatre fois le même formateur, ou encore aller jusqu'à seize fois dans la même structure de formation permet d'inscrire la recherche dans une continuité. Un climat de confiance s'établit engendrant une liberté de parole propice à la collecte de données. Les gestes professionnels se laissent entrevoir dans l'agir quotidien, le chercheur devenant en quelque sorte un élément du « décor ». La posture de l'enquêteur est intéressante car elle incite le formateur à devenir un interprète explicitant son action. L'ensemble prend forme dans la réalité du moment partagé et engage le formateur à établir des liens entre les différents indices. L'action productive concourt à l'émergence de l'expression de l'intelligence situationnelle en témoignant de la valeur *sur* et *dans* le travail du sujet.

La méthodologie inscrit l'ensemble des formateurs dans une démarche d'analyse de sa pratique. Le mode de recueil de données amène progressivement l'acteur dans un temps d'autoformation.

3. Les apports praxéologiques

Dans cette étude nous avons pu porter un regard sur le travail des CSF en tentant de sortir d'une vision standardisée de l'activité pour aller vers une approche singulière de l'action. Nous avons pu mettre en évidence des contextes de formation spécifiques amenant à déterminer l'émergence de plusieurs leviers d'action. L'identification de valeurs pédagogiques comme l'adaptation au groupe d'apprenants, la volonté de co-construire avec les étudiants ou encore l'élaboration d'un parcours de formation individualisé deviennent progressivement des révélateurs des marqueurs de l'agir professionnel. Les normes du métier de formateur s'établissent au regard du traitement pédagogique de la situation. Le raisonnement pédagogique jalonne la réflexion et se concrétise par l'expression de la singularité de l'acteur notamment grâce à sa signature pédagogique.

Conclusion générale

Notre thèse apporte sa contribution à l'étude de l'activité des formateurs au moment de la conception et de la mise en œuvre d'un dispositif de formation. Notre proposition de structure conceptuelle n'est pas à appréhender comme une nouvelle typologie d'analyse, mais plutôt comme un repère dans le décodage des modes opératoires d'un sujet. Cette vision laisse néanmoins entrevoir des pistes qu'il sera intéressant d'aller explorer concrètement sur le terrain en les mettant à l'épreuve de l'agir des CSF.

Grace à notre travail de terrain et aux choix des trois profils de formateurs enquêtés, nous avons pu mettre en évidence des caractéristiques spécifiques. Ces repères viennent apporter une plus-value à cette étude car peu d'éléments concrets jusqu'alors n'avaient permis d'identifier les approches pédagogiques de chacun. La mobilisation de l'expérience antérieure associée à la complémentarité des regards sur les situations d'apprentissage va venir influencer les maquettes pédagogiques et, par conséquent, le profil du futur infirmier. Ce constat interroge donc sur le profil de recrutement des CSF mais également sur la spécificité de leur propre formation.

Nous avons pu repérer l'importance pour les CSF de prendre une posture réflexive et d'analyser leur pratique. Le collectif de travail prend ici une place essentielle. Déjà il permet le développement individuel de chacun des acteurs mais aussi engage tous les partenaires dans la construction d'un patrimoine collectif. L'expression des points de vue accompagne la construction personnelle et permet de faire évoluer les dispositifs de formation. La conscientisation de l'activité de travail contribue à faire évoluer le genre professionnel et à donner une place au sujet pour que son style s'exprime.

Notre travail met en lumière certaines limites émanant du dispositif d'alternance proposé par la formation infirmière. Les réalités du contexte professionnel en matière d'encadrement sont vécues comme insuffisantes par les formateurs. Ce constat les conduit à réaménager leurs approches pédagogiques pour faire parler les codes du métier. La logique compétence conjuguée au contexte évolutif du monde de la santé amène à une nouvelle structuration de leur activité de formation. L'articulation avec le terrain et les savoirs professionnels devient ainsi un réel enjeu pour la formation des futurs infirmiers.

Exerçant des fonctions de directeurs des soins dans un institut de formation en santé, cette recherche ne peut pas nous laisser insensible aux résultats produits. Ils auront forcément un impact sur nos pratiques et sur l'encadrement à la fois des CSF mais également des étudiants. Plus largement, nos engagements, au niveau du CEFIEC ; des groupes de travail

Conclusion générale

au niveau du ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation ainsi que le ministère des Solidarités et de la Santé ; et encore notre participation au groupe de travail de l'universitarisation des professions en santé de notre territoire ne pourront être neutres dans nos prises de parole et seront forcément imprégnés des apports et des questionnements soulevés par cette étude.

Section 2 : Les limites de notre recherche

La première limite de notre étude concerne le nombre restreint de cadres de santé formateurs enquêtés. La recherche compréhensive menée dans le cadre de ce travail a néanmoins permis d'identifier des éléments en lien avec la réalité de l'exercice d'un formateur. L'engagement des acteurs sur les quatre temps d'entretien a permis de dégager des tendances et de faire émerger des caractéristiques spécifiques à l'activité d'un cadre de santé formateur. Il sera intéressant d'aller confronter ces premiers résultats à d'autres pratiques afin de les enrichir.

La collecte des données s'est réalisée dans cinq structures différentes. La multitude des sites a permis de croiser des indices et de concrétiser une première orientation de l'activité des CSF. La diversité des contextes de pratique permet néanmoins de tisser des points de similitudes et donc de donner aux résultats un caractère relativement transversal. Par ailleurs, l'architecture stratégique définie par le directeur des soins n'a pas été un axe privilégié par cette recherche. Certaines réponses néanmoins témoignent de l'influence de la ligne managériale dans la structuration du dispositif pédagogique. C'est un axe qui mériterait d'être analysé.

Même si nous avons essayé de faire preuve de rigueur dans notre démarche, nous pouvons repérer certaines limites sur le plan méthodologique. Associer les fondements de l'ergologie avec ceux de la didactique professionnelle a été une richesse mais difficile parfois à articuler. Notre travail empirique, basé sur des entretiens semi-directifs, nous amène à nous appuyer sur les propos déclaratif du sujet. C'est une réelle richesse mais qui peut être perçue également comme une limite car le chercheur ne peut avoir accès (heureusement) qu'à une partie de la vision de l'acteur. De plus notre expérience professionnelle d'infirmière, de cadre de santé formateur, de coordinateur pédagogique et aujourd'hui de directeur des soins dans un institut de formation sont venus indéniablement influencer à certain moment l'analyse des données de cette recherche. Toutefois, nous avons cherché à retranscrire le plus clairement possible l'ensemble du matériel empirique.

Section 3 : Les perspectives de recherches futures

Notre recherche ouvre sur de nouvelles perspectives à explorer et laisse de nombreuses questions en suspens à partir desquelles des pistes pourront se dessiner.

Tout d'abord l'association des concepts émanant de la démarche ergologique et ceux de la démarche de la didactique professionnelle sont vraiment des atouts à enrichir et à développer dans des recherches futures. Donner une place à l'humain, sa place, pour comprendre le travail permet de restaurer la confiance mais aussi de donner du sens au travail des acteurs.

La structuration de l'étude autour de quatre phases différentes avec la mobilisation de certains artefacts comme le dessin ou le film sont des apports à renouveler dans d'autres recherches afin de mesurer la plus-value de ces outils. Nous retenons ici tout particulièrement l'émergence de la mise en mots des sujets au moment de la réalisation graphique. Il y a peut-être ici les traces d'une approche d'un entretien « ergologique » qui demanderait à être exploré dans des pratiques futures. En tout cas c'est un outil précieux pour surprendre l'acteur et l'emmener vers des contrées jusqu'alors inaccessibles. La matérialisation par le crayon de sa pensée et de son agir amène l'acteur à porter un regard sur son activité en se décentrant. Ce processus l'engage alors dans une dynamique de questionnement propice à son développement professionnel.

Plus largement, à l'heure où les organisations institutionnelles se penchent sur la qualité de vie au travail il serait judicieux de redonner une place aux acteurs qui font vivre l'activité quotidienne. Cet axe faciliterait le développement de nouveaux savoirs sur et à partir du travail en accordant une place privilégiée aux formateurs.

La méthodologie impulsée dans le cadre de cette recherche concourt au développement du potentiel d'apprentissage des acteurs. Le regard posé sur son activité conduit à prendre de la distance, à verbaliser ses choix d'action et à questionner ses modes opératoires pour les faire évoluer. Mais plus largement dans certains cas, cela amène à interroger les pratiques d'un collectif. C'est à notre sens une piste réelle à exploiter pour le directeur des soins afin d'accompagner les CSF dans le développement de leurs compétences. De nouvelles opportunités managériales sont à explorer afin de faire de l'activité de travail un axe d'enrichissement favorisant l'accroissement du potentiel du sujet. Pour cela le directeur des soins va inscrire les formateurs dans une démarche de problématisation de leurs pratiques. Il va favoriser le questionnement afin d'accompagner le développement professionnel. (Triby, 2019).

Conclusion générale

A l'heure de la construction de dispositifs universitaires concernant la formation des futurs professionnels de santé, les cadres de santé formateurs doivent analyser leur activité afin de prendre une place dans l'ossature pédagogique à venir. Leur caractéristique est une plus-value qui demande à être entendu afin de l'articuler avec les autres ressources des différents partenaires. C'est par la prise en compte des particularités des différents acteurs que la qualité des formations en santé s'exercera. Chacun a des ressources qu'il devra mettre au service d'un collectif pour répondre aux enjeux de la santé de demain.

LISTES DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A

Accart, J.P., & Pasty, N. (1995). *Les professions paramédicales à l'hôpital*. Paris : Berger-Levrault (collection H.).

Adam, R., & Bayle, I. (2012). *Le tutorat infirmier. Accompagner l'étudiant en stage*. Paris : De Boeck estem.

Aiguier, G., Boitte, P. et Cobbaut, J.P. (2012, décembre). Repenser la formation à l'éthique au prisme du pragmatisme : fondements et implications pédagogiques. *Ethica Clinica*, 68,16-23.

Albero, B. (2010a). La formation en tant que dispositif : du terme au concept in Charlier, B., Henri, F., (dir.par), *La technologie de l'éducation : recherches, pratiques et perspectives*. Paris : Puf, coll. « Apprendre », 47-59.

Albero, B. (2010b). De l'idéal au vécu : le dispositif confronté à ses pratiques. B. Albero, N. Poteaux (dir. par). Enjeux et dilemmes de l'autonomie. Une expérience d'autoformation à l'université. Etude de cas, *Maison des Sciences de l'Homme*, 67-94.

Altet, M. (2002, janvier-février-mars). Une démarche de recherche sur la pratique enseignante : l'analyse plurielle, *Revue française de pédagogie*, 138, 85-93.

Ancet, P. (2008). La santé dans la différence. *Philosophia Scientiae*, 12-2. Récupéré de : URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/103>

Ardoino, J. (1992). L'implicite, l'irrationnel et l'imprévisible en pédagogie. *Les cahiers de l'I.S.P.*, n°19, 125-149.

Arborrio, A-M., & Fournier, P. (1999). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Paris : Nathan Université, sciences sociales, n°128.

Ardouin, T. (2003). *L'ingénierie de formation pour l'entreprise. Analyser, Concevoir, Réaliser, Evaluer*. Paris : Dunod.

Ardouin, T. (2017). *Ingénierie de formation. Intégrez les nouveaux modes de formation dans votre pédagogie*. 5^{ème} édition. Paris : Dunod.

Argouarc'h, J., Aboubadra-Pauly, S., Lainé, F. & Jolly, C. (2015). Les métiers en 2022. Prospective par domaine professionnel. *Synthèse. Stat', DARES*, n°11 (avril).

Argyris, C & D.A. Schön. (1974). *Theory in practice : Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco, Jossey-Bass Publisher.

Aristote. (1983). *Ethique à Nicomaque, I, 1*. Vrin. Paris : Biblio Textes Philosophiques.

Arslan, S. (2013). *L'univers du soin. Idées reçues et propositions humanistes*. Paris : Editions Seli Arslan.

Aubégny, J. (1989). *Formation et Développement : vers une ingénierie de la formation*. Paris : L'Harmattan.

Liste des références bibliographiques

Audétat Voirol, M.C., Chapados, C., Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspectives infirmières*, 2014, vol.11, n°1, 37-40.

Audétat, M.C., Rieder, A., Sommer, J. (2017). Comment enseigner le raisonnement clinique : un fascinant travail de détective. *Rev Med Suisse*, volume 13, 981-985.

Autret, J. (2004). *L'hôpital aux prises avec l'histoire. Soins et soignants dans les hôpitaux de l'Ouest*. Paris : L'Harmattan.

B

Badouaille, M.L. (1971). Originalité de la fonction d'infirmière. *Revue de l'infirmière*, 28-30.

Bailleul, M., Thémines, J-F., & Wittorski, R. (2012). *Expériences et développement professionnel des enseignants : formation, travail, itinéraire professionnel*. Toulouse : Octarès.

Ballay, J.F. (2005). *Capitaliser et transmettre les savoir-faire de l'entreprise*. Paris : Eyrolles.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Barbier, J-M. (2000). Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions, in B. Maggi (sous la dir. de), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*, Paris : PUF, 89-104.

Barbier, J-M. (2001). La constitution de champs de pratiques en champs de recherches. In Barbier, J-M., Galatanu, O. (Eds), *Signification, sens, formation*. Paris : PUF, 61-86.

Barbier, J-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF.

Bariéty, M., & Coury, C. (1992). *Histoire de la médecine*. Paris : Presses universitaires de France.

Barrier, P. (2008). L'auto normativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique. *Alter-European Journal of Disability*. Octobre/décembre, 2(4), 271-291.

Barrier, P. (2012). Éclairage sur les processus d'auto-normativité dans la démarche d'accompagnement et d'éducation des équipes soignantes. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2012 ; 110, 7-12.

Bayle, I. (2012a). Le portfolio infirmier : un levier de professionnalisation. *5^{ème} congrès mondial des infirmières et infirmiers francophone*. Mai 2012, Genève : SIDIEF.

Bayle, I. (2012b). Une vision partagée des situations de soins. *Temas Livres Tempus – Actas de Saude Coletiva*. Récupéré de : <https://www.researchgate.net/publication/307763616> Une vision partagée des situations de soins.

Bayle, I. (2013a). Le savoir situationnel. Marcher avec celui qui apprend. In : Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., *Les formations aux métiers de la santé. Du projet de formation au projet pédagogique en pratique*. (137-147). Paris : Seli Arslan.

Liste des références bibliographiques

Bayle, I., Maisch, V., & Jouffroy, B. (2013b). *Encadrement des professionnels de soins. Soins éducatifs et formation des professionnels et stagiaires*. Paris : De Boeck estem.

Bayle, I. (2013c). Une approche ergologique des situations de soins. *Ergologia*, n°10, décembre, 163-177.

Bayle, I., & Maisch, V. (2014). *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité. Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins*. Paris : De Boeck estem.

Bayle, I. (2015). L'enjeu éthique quotidien du coordinateur pédagogique en IFSI. In : Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W., *Ethique du management et de l'organisation dans le système de soins. Réflexions pour la pratique quotidienne*. (75-82). Paris : Seli Arslan.

Bayle, I., & Pelaccia, T. (2018). Evaluer les étudiants. In : Pelaccia, T., *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* (129-159). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur

Bayle, I. (2019 en cours de publication). Le leadership clinique ou l'influence d'un corps professionnel. *Revue Soins. EM Consulte*, Elsevier.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identités professionnelles : l'enseignement et autres métiers de l'interaction humaines*. Bruxelles : De Boeck.

Beckers, J. & Leroy, C. (2012). Le rôle de la réflexion dans et sur l'action dans l'activité des enseignants stagiaires : étude exploratoire. *Travail et Apprentissages*, n°10 (décembre).

Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, n°99, 2009/4, 43-74.

Berkow, S., K. Virkstis, J. Stewart, S. Aronson et M. Donohue. Assessing individual frontline nurse critical thinking, *Journal of Nursing Administration*, vol. 41, n° 4, avril 2011, 168-171.

Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Rapport « Transfert de compétences ». Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan Université.

Berten, A. (1998). Introduction aux concepts de dispositif. Colloque Dispositifs et Médiation des Savoirs. Propos introductif BERTEN A., 1999, Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie, *Hermès*, n° 25, Paris, CNRS Ed., 33-47.

Berthoz, A. (2013). *La Vicariance : Le cerveau créateur de mondes*. Paris : Odile Jacob

Bézy, O. (2009). « La santé c'est la vie dans le silence des organes ». *La revue lacanienne*, 3, (1), 47-50.

Bilodeau, K., Dubois, S., Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*, 113, 43-50.

Blanchet, A. & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université.

Blin, J. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Liste des références bibliographiques

Bonnici, B. (2007). *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires*. Paris : La documentation française.

Bonniol, J-J. (1996). La passe ou l'impasse : le formateur est un passeur. En question – Les cahiers de l'année 1996, cahier n°1.

Boissart, M. (2017). *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation*. Noisy-le-grand, France : Editions Setes.

Boukris, S. (2013). *La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente*. Paris : Le Cherche-midi.

Boula, J.G. (2002). Du savoir pratique à la « co-naissance ». *Soins*, n°667, 29-31.

Bourdieu, P. (1993). *La misère du Monde*. Paris : Seuil.

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan.

Bras, P.L. (2011). Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? *Les Tribunes de la santé*, vol.30, n°1, 113-126.

Bru, M. & Clanet, J. (2011). La situation d'enseignement – apprentissage : caractères contextuels et construits. *Revue Recherches en Education n°12 – novembre 2011. Revisiter la notion de situation : approches plurielles. Numéro coordonné par Yves Lenoir et Frédéric Tupin*, 26-33.

Buckman, R. (1997). *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris : InterEditions.

Brunstein, V., Pelaccia, T., Pottecher, T., & Triby, E. (2016). Concevoir et évaluer une formation. In Pelaccia, T. *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. (89-106). Belgique : De Boeck Supérieur.

Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, n°94, 73-92.

Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation*, n°35, 117-132.

C

Canguilhem, G. (1996). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.

Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris : Seuil.

Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Paris : PUF, 2005.

Liste des références bibliographiques

Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M. et al. (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM montréal, Québec : faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Récupéré de : <http://fsi.umontral.ca/presentation/documents/depliant-Modèle humaniste>.

Cara, C. ; Gauvin-Lepage, J. ; Lefebvre, H. ; Létourneau, D. ; Alderson, M. ; Larue, C. et al. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche Soins Infirmiers*, 125, 20-31.

Carbonneau, M. & Legendre, M-F. (202). Pistes pour une relecture du programme de formation et de ses différents référents conceptuels. *Vie pédagogique*, 123, avril-mai, 12-17.

Carré, P., Jean-Montcler, G. (2004). De la pédagogie à l'ingénierie pédagogique. In Carré, P., & Caspar, P., *Traité des sciences et des techniques de la formation*, 2ème édition, Paris : Dunod

Carré, P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.

Catanas, M. (2008) Evolution socio-historique de la fonction cadre. (ref. 7 mars 2008). Récupéré de : <http://www.cadredesante.com>.

Chanlat, J-F. (2005). La recherche en gestion et les méthodes ethnosociologiques. In Roussel, P. & Wacheux, P., *Management des Ressources Humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales (159-175)*. Bruxelles : De Boeck.

Charles, G. (1979). *L'infirmière d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le Centurion.

Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir, éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.

Cicurel, F. (2011). *Les interactions dans l'enseignement des langues – Agir professoral et pratiques de classe*. Paris : Didier.

Cifali M. (1998), Une altérité en acte. Grandeur et limite de l'accompagnement. In Chappaz G. (Ed). *Accompagnement et formation : actes de l'Université d'été 1997*. Aix-en-Provence : Université de Provence, 121-154.

Claveranne, J., & Pascal, C. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital. Une méthode au service de la performance*. Paris : Medica Editions.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses universitaires de France.

Clot, Y. & Faïta, D. (2000a). Genres et styles en analyse du travail, concept et méthode. *Travailler*, 4, 7-42.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000b). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1). Récupéré de : <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/articles/v2n1a3.htm>.

Clot, Y. (2004). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de psychologie*, Tome 57. (1)(469), 5-12.

Collière, M-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter Editions.

Liste des références bibliographiques

Coté, S., St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement Clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*. N°111, 13-21.

Coudray, M-A., & Gay, C. (2004). *Le cadre soignant en éveil*. Paris : Séli arslan.

Coudray, M. & Barthès, R. (2006). Le management hospitalier à la croisée des chemins. *Gestions hospitalières*, 2006, n°452, 18-28.

Coudray, M-A., & Gay, C. (2009). *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Couty, E. (2013 a). Les professionnels ont gardé profondément le sens des valeurs. *Soins cadres*, 2013, n°86, 5-8.

Couty, E., & Scotton, C. (2013b). Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux. Rapport, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.

D

Debout, C. (2017). Développement du leadership clinique infirmier : une stratégie pour faire face aux défis de santé publique. In Divay, S., *Cadres en devenir. Evolutions, transformations, socialisations, tensions*. Toulouse : Octarès

Debout, C., Eymard, C., Rothan-Tondeur, M. (2010). Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus-value et orientations dans le contexte français. *Recherche en soins infirmiers*, n°100.

De Hennezel, M. (1995). *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont.

De Ketele, J-M. (2013). Introduction. Dans Jorro, A. et De Ketele, J-M. (dir.). Dans *L'engagement professionnel en éducation et en formation* (p.7-21). Bruxelles : De Boeck Supérieur.

De Kervasdoue, J. (2004). *L'hôpital vu du lit*. Paris: Seuil.

Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. OCDE.

Delacroix, O. (2016). Dans les yeux d'Olivier : IDE à l'épreuve de la vie. Récupéré de : https://www.youtube.com/watch?v=zR_KCtkGXi8.

De Singly, C. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers*. Ministère de la santé et des sports.

Dewey J. (1968). *Expérience et éducation*. Paris : Armand Colin.

Dewey, J. (trad. 2012). *Expérience et nature*. Paris : Gallimard.

Liste des références bibliographiques

- Do, M. (2015). *Tuteurs et changement : la professionnalisation des infirmières en question : continuité, transformation ou mutation d'une profession*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse II. Récupéré de : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01297961/file/Do_Marine_Annexes.pdf
- Donaldson, S.K., Crowley, D.M. (1978). The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Donnadieu, B., Genthon, M., Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage. Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : InterEditions Masson
- Donnay, J., & Charlier, E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques. Initiation au compagnonnage réflexif*. 2ème édition. Belgique : Presses universitaires de Namur.
- Duboscq, J. & Clot, Y. (2010). L'auto-confrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2010/2 (Vol 4, n°2), 255-286.
- Dubois Fresney, C., Perrin, G. (1996). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dufour, P. (2012). Construction d'un score agrégé d'attractivité. *Gestions hospitalières*, 2012, n°518, 397-406.
- Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Paris : Vuibert.
- Dupuis, M., Gueibe, R. & Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soins. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Paris : Seli Arslan.
- Dupuis, M., Gueibe, R. & Hesbeen, W. (2013). *Les formations aux métiers de la santé. Du projet de formation au projet pédagogique en pratique*. Paris : Seli Arslan.
- Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W. (2015). *Ethique du management et de l'organisation dans le système de soins. Réflexions pour la pratique quotidienne*. Paris : Seli Arslan.
- Durand C. (2005). Démarche qualité de la formation en IFSI ...sans les stages ? (2) Récupéré de : www.cadredesante.com.
- Durrive, B. (2012). Quelques concepts de Georges Canguilhem. Récupéré de : http://vehvi.ens-lyon.fr/IMG/pdf/quelques_concepts_de_canguilhem.pdf.
- Durrive, L. & Mailliot, S. (2009). L'ergologie et la production de savoirs sur les métiers. In Schwartz, Y. & Durrive, L., *L'activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine*. (102-162), Toulouse : Octarès Editions Octarès.
- Durrive, L. (2012). Comment approcher une situation de travail dans une perspective ergologique. *Tempus- Actas de Saude Coletiva*. Récupéré de : <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/download>
- Durrive, L. (2015). *L'expérience des normes. Comprendre l'activité humaine avec la démarche ergologique*. Toulouse : Editions Octarès.
- Durrive, L. (2019). Les compétences transversales d'un point de vue ergologique. *Recherches en éducation*, juin 2019, n°37, 22-33

E

El Saïr, P. (2012). L'hôpital peut-il renouveler son urbanisme. *Gestions hospitalières*, 2012, n°519, 480-482.

Elstein, A.S., Shulman, L.S. & Sprafka, S.A. (1990). In NENDAZ M. et al., Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement, in *Pédagogie Médicale, Revue internationale francophone d'éducation médicale*, novembre 2005, vol.6, n° 4. 235-254.

Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61-65.

Estremo, C. (2016) Quand t'es IDE aux urgences. Récupéré de : <https://www.youtube.com/watch?v=ZudxHGWGB4g&t=13s>.

Eva, K.W. (2005). Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 6(4), 225-234.

F

Faïta, D., & Saujat, F. (2010). Développer l'activité des enseignants pour comprendre et transformer leur travail : un cadre théorique et méthodologique. In Yvon, F., & Saussez, F., *Analyser l'activité enseignante : des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation*. (41-72). Québec : Presses de l'Université de Laval.

Fantan, G., Durou, D., & Merle, C. (2004). Analyse et modernisation du parcours du patient. *Logistique et management*, 2004, numéro spécial, 111-118.

Faucher, C., Pelaccia, T., Nendaz, M., Audetat, M-C., & Charlin, B. (2018). Un professionnel de santé qui résout efficacement les problèmes : le raisonnement clinique. In Pelaccia, T. *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. (33-44). Belgique : De Boeck Supérieur.

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refiements. *The Journal of Nursing Scholaship*, Volume 16, n°3, 84-89.

Fonteyn, M.E., Ritter, B.J. (2008). Clinical reasoning in nursing, in Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S., Christensen, N., *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3ème éd.). Oxford : Butterworth Heinemann Elsevier, 2008, 235-244.

Foucault, M. (1977). *Dits et Ecrits, 1954-1988. Tome III : 1976-1979*. Paris: Gallimard 1994.

France. Loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier(e), surveillant (e) Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000304228&...>

Liste des références bibliographiques

France. Arrêté du 22 août 1966, JO du 18 septembre 1966, modifié par les arrêtés du 20 mars 1969 et du 9 octobre 1975, relatif à l'agrément des écoles de cadres infirmiers, aux conditions d'admission, au programme et examen de fin d'études.

France. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543>

France. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>

France. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle, Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (1995). *Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé*. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>

France. Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539>

France- Arrêté du 8 janvier 2002 relatif aux diplômes d'Etat préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale donnant accès de plein droit à certains diplômes nationaux de licence. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000409833>

France. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Rapport Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale. Récupéré de : https://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. (2007). *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles*. Editions ENSP.

France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au Diplôme d'Etat infirmier*. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Annexe I référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf.

Liste des références bibliographiques

France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Annexe II référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.

France. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Annexe III référentiel de compétences*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf.

France. Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022851331&...>

France. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGOS/PF4 no 2011-420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale : PHRC national, PHRC interrégional, STIC, PREPS, PHRIP, PHRC cancer, STIC cancer, PRT cancer. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-11/ste_20110011_0100_0055.pdf

France. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). *Décrets N°2011-2114 du 30 décembre 2011, relatifs au développement professionnel continu des professionnels médicaux et paramédicaux*. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

France. Ministère des solidarités et de la santé. (2013). Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant. Récupéré de : <https://solidarites-sante.gouv.fr/.../telemedecine/article/la-telemedecine>

France. Ministère des affaires sociales et de la santé. (2013). *Instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au Programme national pour la sécurité des patients*. Récupéré de : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37284.pdf

France. Ministère des affaires sociales et de la santé. (2014). *Arrêté du 26 septembre 2014, modifiant l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier*. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029527714>

France. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. (2015, mai). *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf

France. Ministères des Solidarités et de la Santé (2016, janvier). Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupéré de : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>

France. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. (2016, février). *Grande conférence de la santé. Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels. Feuille de route*. Récupéré de : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf

France. Ministères des Solidarités et de la Santé (2016, janvier). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Liste des références bibliographiques

France. Ministère des Solidarités et de la Santé (2018, septembre). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Récupéré de : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_pdf

G

Geay, A. (1998). *L'école de l'alternance*. Paris : L'Harmattan.

Genthon, M. (1990). Construire des situations d'apprentissage. Principes généraux et stratégies opératoires. *Les cahiers pédagogiques n°281*, 12-14.

Giordan, A. (1998). *Apprendre !* Paris : Belin.

Girault, A., Minvielle, E. (2015). Performance et qualité des établissements de santé, in Fermon, B. & Grandjean, P., *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Malakoff : Dunod.

Gonnet, F. (1992). *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Lamarre.

Gottlieb, L.N. & Gottlieb, B. (2014). *Les Soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Saint-Laurent, Canada : Edition du Renouveau Pédagogique.

Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. 9^{ème} édition. Paris : Dalloz.

H

Habboub El M., Lenoir, Y & Tardif M. (2004). La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique : un essai de synthèse des travaux francophones. . In Lenoir, Y. & Pastré, P. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. 22-52. Toulouse : Octarès Editions.

Habboub, El M., Lenoir, Y., Desjardins, J. (2012). La didactique professionnelle et la formation à l'enseignement : apports et questionnements. *Travail et Apprentissages*, 2012, n°10, 15-38.

Haberey-Knuessi, V. (2013). *L'engagement dans les soins infirmiers : un enjeu de formation entre éthique et sens*. Thèse doctorale. Université de Rouen.

Haute Autorité de Santé. (2004, 2017). Chemin clinique. HAS, juin 2004. Anaes / Service évaluation des pratiques / Juin 2004 Chemin Clinique : une méthode d'amélioration de la qualité. Récupéré de : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013...>

Haute Autorité de Santé. (2018). Récupéré de : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

Haute Autorité de Santé. (2018). Récupéré de : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf

Liste des références bibliographiques

Hebrard, P. (2011). L'ingénierie de formation : ce qui en relève et ce qui lui échappe. Ardoin, T., Clénet, J. (2011). *In l'ingénierie de la formation – Questions et transformations*. Revue TransFormations, Université de Lille 1 – CUEEP – CIREL – TRIGONE, n°5, 109-119.

Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *American Journal of Nursing*, 64(8), pp.62-68.

Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier. De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A definition and its Implications for Practice, Research and Education*. New York : Macmillan.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

Hesbeen, W. (2009). La pratique soignante : une rencontre et un accompagnement. In : Hesbeen, W., *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin*. (28-47). Paris : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (2011). Banalisation et soins. In : Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., *La banalisation de l'humain dans le système de soins. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. (14-28). Paris : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (2013). Journée régionale PRAQSI. « La pratique soignante : quels enjeux pour le corps ? » Strasbourg le 4 octobre 2013.

Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier. De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson.

Higgs, J., Jones, M. (2005). *Clinical reasoning in the health professions*, Oxford : Butterworth-Heinemann Ltd, 2^{ème} ed, 2000, In *Pédagogie médicale, Revue internationale francophone d'éducation médicale*, novembre 2005, vol.6, n°4, 236.

Hobbs, J-L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, Volume 58(1), 52-62.

Hoerni, B. (2000). *L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours*. 2^{ème} édition. Paris : Imothep/Maloine.

Holcman, R. (2006). L'avènement de la gestion par pôle. Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, 2006, n°456, 329-337.

Holgado, O. (2012). Peut-on agir en formation sur les représentations du travail ? *Travail et Apprentissages*, n°10 (décembre).

Honoré, B. (1996). *La santé en projet*. Paris : Masson InterEditions

Honoré, B. (2011). *L'esprit du soin. La Dimension Spirituelle des Pratiques Soignantes*. Paris : Seli Arslan

Honoré, B. (2017). *Le soin dans l'existence. Soins de soi, de l'autre et du monde*. Paris : Seli Arslan

Houssaye, J. (1992). *Le triangle pédagogique : les différentes facettes de la pédagogie*. Paris : ESF.

Huxley, A. (1989). *Le meilleur des mondes*. Paris : Pocket.

Liste des références bibliographiques

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Récupéré de : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/HSPS/promotion...>

International Council of Nurses (rapport 2010-2011) *Nurses in the frontline to ensure access and equity in health care*. Récupéré de : <http://www.icn.ch>.

International Council of Nurses (rapport 2012-2013) *Improving Access, Impacting Health*. Récupéré de : <http://www.icn.ch>.

International Council of Nurses. Journée internationale de l'infirmière 2006. *Effectifs suffisants = vies sauvées*. Récupéré de : <http://www.icn.ch>.

J

Jobert, G. (2002). La professionnalisation entre compétence et reconnaissance sociale. In Altet, M., Paquay, L. & Perrenoud, Ph. (Ed.), *Formateurs d'enseignants. Quelle professionnalisation ?* (248-260). Bruxelles : De Boeck.

Jonnaert, Ph. (1996a). Apprentissages mathématiques en situation : une perspective constructiviste. *Revue des sciences de l'éducation*, 22(2), 237-238.

Jonnaert, Ph. (1996b). Le dialogue entre chercheurs et praticiens de l'éducation : utopie ou réalité. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Education*, n°3(2), 271-293.

Jorro, A. & De Ketele, J-M. (Eds). (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles : De Boeck.

Jouet, E. (2013). Faire de sa maladie un apprentissage. L'exemple du projet Emilia. *Education Permanente*, 2013, n°195, 73-84.

Jovic, L., Lécordier, D. (2016). Les soins infirmiers : perspectives et prospectives. *Recherche en soins infirmiers*, 127 (4), 43-54.

K

Karvar, A., & Rouban, L. (dir.).(2004). *Les cadres au travail. Les nouvelles règles du jeu*. Paris : La Découverte (Entreprise et Société).

Kassirer, J. (2010). Teaching clinical reasoning : case-based and coached. *Academic Medicine*, vol.85, n°7, 1118-1124.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours : Théorie et fonctionnement*. Paris : Armand Colin.

Knibiehler, Y. (1984). *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières de la société française 1880-1980*. Paris : Hachette littérature.

Kohn, R-C & Nègre, P. (2003). *Les voies de l'observation : Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris : Editions l'Harmattan.

L

Lacaze, M. (2012). Le retour au domicile des patients nécessitant des soins. *Gestions hospitalières*, 2012, n°518, 415-417.

Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique. *Santé publique*, 2007, Vol.1, n°9, 271-282.

Lafortune, L. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé. Accompagnement socioconstructiviste*. Québec : Presses de l'université du Québec.

Lagadec, A.-M., (2011, mai). La réforme des études d'infirmier : compétences, socioconstructivisme et pratique réflexive. *Soins cadres*, 78, 41-44.

Lainé, A. (2012). Evolution des missions de la fonction des cadres de santé. Dans M.-C. Moncet (Dir.), *Accompagner la professionnalisation des étudiants infirmiers : des postures formatrices à trouver*. (6-19). Rueil-Malmaison, France : Lamarre

Laude, L., Vignon, C. & Waelli, M. (2012). Observer les organisations de l'intérieur : plaider pour des recherches ethnographiques. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 45 (Vol.XVIII), 55-76.

Lawler, J. (2012). *Le sens du travail infirmier. Rapports au corps, à la recherche, à l'indicible*. Paris : Seli Arslan.

Le Bas, A., Lebouvier, B., Ouitre, F.(2013). L'évaluation et le développement de compétences didactiques dans la formation des enseignants. *Travail et Apprentissage*, n°11, 65-86.

Le Boterf, G. (1985). L'ingénierie du développement des ressources humaines : de quoi s'agit-il ? *Education permanente*, n°81, 7-23.

Le Boterf, G. (1990). *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*. Paris : Editions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2003). L'ingénierie : concevoir les dispositifs dans un environnement complexe et évolutif. *Education permanente*, n°157, 53-63.

Le Boterf, G. (2005). *Construire les compétences individuelles et collectives*. 3^{ème} édition, Paris : Editions d'Organisation.

Le Bras, A., Lebouvier, B. & Ouitre, F. (2013). L'évaluation et le développement de compétences didactiques dans la formation des enseignants. *Travail et Apprentissages*, 2013, n°11, 65-86.

Lecorps, P. (2004). Education des patients : penser le patient comme "un sujet" éduicable ? *Pédagogie médicale*, 2004, Vol.5, n°2, 82-86.

Le Moine, J-L. (1991). *La modélisation des systèmes complexes*. Ed. Dunod.

Léontiev, A. (1972). *Le développement du psychisme*. Problèmes. 3^{ème} édition, Editions sociales.

Léontiev, A. (1975/1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Editions du progrès.

Liste des références bibliographiques

Leplat, J. & Hoc, J.M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive* 3,1, p. 49-63. Réédité dans Leplat, J. (coord.). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès.

Leplat, J. (1985). Les représentations fonctionnelles dans le travail. *Psychologie Française*, n°30, p.9-27. Réédité dans Leplat, J. (coord.). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès.

Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès.
Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : Presses universitaires de France.

Leplat, J. (2000). Compétences individuelles, compétences collectives. *Psychologie du Travail et des Organisations*, n°6 (3-4), 47-73.

Leplat, J. (2002). *Psychologie de la formation. Jalons et perspectives. Choix de textes (1955-2002)*. Toulouse : Octarès.

Leroux-Hugon, V. (1987). L'infirmière au début du XXe siècle : un nouveau métier et tâches traditionnelles. *Le mouvement social*, 1987, n°140, Métiers de femmes, 55-68.

Levi Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Plon.

Loquais, M. & Tribu, E. (2017). La restitution, une situation sociale de développement ? Acte de colloque didactique professionnel. Récupéré de : <http://colloque@didactiqueprofessionnelle.org>

L'universitarisation des formations en santé (2018). Récupéré de : www.Solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ formations_sante_universarisation.

M

Malaquin-Pavan, E. et Beguin, A.M. (2002), Le compagnonnage au service de la transmission de la pratique. *Soins*, 2002, n°667, 37-39.

Marchal, A., & Psiuk, Th. (2002). *La démarche clinique de l'infirmière*. Paris : Seli Arslan.

Masciotra, D. & Medzo, F. (2009). *Développer un agir compétent. Vers un curriculum pour la vie*. Bruxelles : Editions De Boeck Université.

Mathieu, L. (2004). La gestion des connaissances cliniques : un préalable au développement d'un système d'information infirmier informatisé. *Actes des journées nationales*, Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et résultats infirmiers (AFEDI), 11, 31-39.

Maubant, P. (2003). *Apprendre en situations : un analyseur de la professionnalisation dans les métiers adressés à autrui*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Mauss, M. (2012). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : Presses universitaires de France.

Mayen, P. (1999a). Les écarts de l'alternance comme espaces de développement des compétences. *Education Permanente*, 1999, n°141, 23-38.

Liste des références bibliographiques

Mayen, P. (1999b). Effets d'apprentissage dans les interactions ordinaires tuteur-novice. In : *Actes du congrès de l'Association des enseignants-chercheurs en sciences de l'éducation (AECSE)*. Bordeaux, juillet 1999. Paris : AECSE.

Mayen, P. (2004). Le couple situation-activité, sa mise en œuvre dans l'analyse du travail en didactique professionnelle. In Marcel, J-F & Rayou, P. (dir.), *Recherches contextualisées en éducation*, Lyon : INRP, 29-39.

Mayen, P. (2005). Travail de relation de service, compétences et formation. In Cerf, M., Falzon, P. (Eds), *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : PUF, 61-86.

Mayen, P. (2008). Intégré les savoirs à l'action. *Perspectives en éducation et formation*, 43-58.

Mayen, P. (2010). La nature historique, culturelle et sociale de l'expérience. Dossier didactique professionnelle. Les dossiers du café, le café pédagogique, le 7 janvier 2010, 38-444

Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, vol. 1, n°1, 59-67.

Mayen, P. (2014a). Lever quelques embarras et incertitudes de méthode en didactique professionnelle. *Travail et Apprentissages*, 2014, n°13, 118-138.

Mayen, P. (2014b). Apprendre à travailler et à penser avec les êtres vivants. L'entrée par la didactique professionnelle. In Mayen, P. & Lainé, A. (2014). *Apprendre à travailler avec le vivant. Développement durable et didactique professionnelle*. Dijon : Editions Raison et Passions. (15-75)

Mayen, P. (2017). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherche en éducation*, n°4, 51-64.

Mayen, P. (2018). S'écarter du travail pour mieux l'apprendre. Une réflexion pour l'ingénierie de formation en situation de travail et pour la conception d'organisations apprenantes. *Education permanente* n° 216, 141-157.

Mayen, P & Gagneur, Ch-A. (2017). Le potentiel d'apprentissage des situations : une perspective pour la conception de formations en situations de travail. In Métral, J-F (coord.) *Penser la didactique pour la formation professionnelle*. Revue recherches en Éducation, n°28 – Mars 2017, 70-83.

Mayen, P., Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche et formation*. Récupéré de : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/1872>

Meirieu, Ph. (1993). *L'envers du tableau. Quelle pédagogie pour quelle école ?* Paris : ESF

Mesnier, P-M. & Missotte, P. (2003). *La recherche-action, une autre manière de chercher, se former, transformer*. Paris : L'Harmattan.

Michel, S. & Ledru, M. (1991). Capital Compétence dans l'Entreprise. Une approche cognitive. Paris : ESF éditeur.

Molinié, E. (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Avis et rapports du Conseil Economique et Social. le transfert de tâches et de compétences*.

Liste des références bibliographiques

Montmollin, M. de. (1986). *Intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive*. Berne : Peter Lang.

Morin, E. (1990). De la complexité : complexus, in *Les théories de la complexité, le Seuil*

Myftiu, B., Lemdani, M., Laurence Türkal, L. (2006). L'écriture est-elle formatrice ? In Bota C., Cifali M. & Durand M. (Eds) *Recherche, intervention, formation, travail : quelles articulations en formation d'adulte ?* Cahier de la Section des sciences de l'éducation, Genève.

N

Nightingale, F. (1859-1969). *Notes on Nursing: What it is and What it is Not*. New York : Dover Publications

Noël-Hureaux, E. (2015, juin). Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs. Dans *Coopérer, Actes de la Biennale 2015*, Paris, France. Récupéré de : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01188454>

Norman, G.R. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*, 39, 418-427.

Nuss, M. (2009). *Comment accompagner : la singularité de la demande*, extrait de la trame de son intervention. Congrès de la Fédération nationale pour l'Insertion des personnes Sourdes et des personnes Aveugles en France (FISAF), Poitiers, 27 novembre 2009.

O

Ochanine, D.A. (1981). *L'image opérative*. Actes d'un séminaire (1-5 juin 1981) [organisé par] l'université de Paris 1 (Panthéon-Sorbonne), Centre d'éducation permanente, département d'ergonomie et d'écologie humaine ; recueil d'articles de D. Ochanine. Paris : Université de Paris 1.

Olry, P. (2019). La fabrique des soignants. Apprendre en (s')écrivain pour agir ensemble In Meyer, C, Olry, P et Marcel, J (coord.). *Former des soignants. L'activité des formateurs en IFSI*. Dijon : Editions Raison et Passions.

Olry, P., & Vidal-Gomel, C. (2011). Conception de formation professionnelle continue : tensions croisées et apports de l'ergonomie, de la didactique professionnelle et des pratiques d'ingénierie. *Activités*, 8 (2), pp. 11-149. Récupéré de : <http://www.activités.org/v8n2/v8n2.pdf>.

Organisation Mondiale de Santé. Récupéré de : <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr>.

Osman, M. (2004). An evaluation of dual process theories of reasoning. *Psychonomic Bulletin and Review*. Vol.11, issue 6, 988-1010.

Osty, F (2013). Devenir un professionnel : le rôle multiforme de l'expérience. *Education permanente n° 197*, 29-40.

P

Pacquola, M., Pacquola, B., Rizzi, G. (2013). Transférer les savoirs d'expérience : un chantier italien dans le secteur des chaussures. *Travail et Apprentissages*, 2013, n°11, 41-64.

Paille, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Paquay, L., Crahay, M., & De Ketele, J-M. (2006). *L'analyse qualitative en éducation : des pratiques de recherche aux critères de qualité : hommage à Michael Huberman*. Bruxelles : De Boeck.

Parent, F., Jouquan, J. (2015). *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Parent, F., Jouquan, J. (2016). Inscrire la formation dans le cadre d'une approche par compétences. In Pelaccia, T. *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. (p.107-123). Belgique : De Boeck Supérieur.

Pascal, A., Frécon Valentin, E. (2016). *Diagnostiques infirmiers, interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins*. 6^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson.

Pastré, P. (1999), La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Education permanente n° 139*, 13-35.

Pastré, P. (1999a). Apprendre des situations. *Education permanente*, n°139, 13-35.

Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 2002, n°138, 9-17.

Pastré, P. (2004 a). Introduction. Recherches en didactique professionnelle. In Samurçay, R. et Pastré, P. (dir.), *recherches en didactique professionnelle (p. 1-13)*. Toulouse : Octarès Editions.

Pastré, P. (2004b). L'ingénierie didactique professionnelle. In Carré, P & Caspar, P. (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation*, 465-480. Paris, Dunod.

Pastré, P. (2005a). La deuxième vie de la didactique professionnelle. *Education permanente n°165*, 29-46.

Pastré, P. (2005b). La conception de situations didactiques à la lumière de la théorie de la conceptualisation dans l'action. In Rabardel, P. & Pastré, P. *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. 74-107. Toulouse : Octarès Editions

Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. In Bourgeois, E. & Chapelle, G., *Apprendre et faire apprendre*. Paris : Presses universitaires de France.

Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. In Lenoir, Y. & Pastré, P. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. 53-79. Toulouse : Octarès Editions.

Pastré, P. (2009). Didactique professionnelle et conceptualisation dans l'action. In J.M. Barbier, Bourgeois, E., Chapelle, G., Ruano-Borbalan, J.-C., *Encyclopédie de la formation*, 793-820. Paris : PUF

Liste des références bibliographiques

Pastré, P. (2011a). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement*. Paris : PUF

Pastré, P. (2011b, nov.). Situations d'apprentissage et conceptualisation. *Recherches en Education*, 12, 12-25.

Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 2006, n°154, 145-198.

Phaneuf, M. (1996). *La planification des soins. Un système intégré et personnalisé*. Québec : Chenelière.

Phaneuf, M. (2008). Le raisonnement clinique : vestige du passé ou nécessité du présent ? Récupéré de : <http://pwww.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/04/Le-raisonnement>.

Peeters, H. & Charlier, P. (1999). Contributions à une théorie du dispositif. *Hermès. Cognition, communication, politique*, 25, 15-23.

Pelaccia, T. (2013). L'apprentissage du raisonnement clinique en médecine d'urgence. Récupéré de : www.sfmuc.org/.../Urgences/urgences2013/donnees/pdf/062_Pelaccia.pdf.

Pelaccia, T. (2018). Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Pelaez, L. (2018). La mémoire aux oubliettes. Festiv'Alzheimer se rit de la maladie 2018, Lyon.

Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Québec : Chenelière éducation. 3^{ème} édition.

Peplau, H. E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

Pernet, A., Mollo, V., Falzon, P. (2018). Développer les capacités des patients pour coproduire un soin sûr et efficace, *Activités* [En ligne], 15-1 | 2018, mis en ligne le 15 avril 2018, Récupéré de : URL : <http://journals.openedition.org/activites/3065>.

Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF éditeur.

Perrenoud, P. (1999). Transférer ou mobiliser ses connaissances ? D'une métaphore l'autre : implications sociologiques et pédagogiques. Récupéré de : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.html.

Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur.

Petit, L. (2015). Conception en cours d'action : une activité de formateur. *Education permanente*, n°204, 59-72.

Piot, T. (2012). Observer les pratiques enseignantes : question de méthodologie. Dans Altet, M., Bru, M. et Blanchard-Laville, C., *in Observer les pratiques enseignantes*. (p.111-127). Paris : L'Harmattan.

Liste des références bibliographiques

Piot, T. (2014). De l'équipe vers un collectif de travail en institut de formation : le rôle d'une image opérative partagée. *Questions vives*, 21. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/questionsvives/1512>.

Poletti, R. (1978). *Les Soins infirmiers : théories et concepts*. Paris : Le Centurion.

Pons, A. (1984). L'invention chez Vico (1984). Document du Forum du Conseil scientifique MCX-APC. Récupéré de : <https://studylibfr.com/doc/4838600/de-invention---l-invention>

Postic, M. (1992). *La relation éducative*. Paris : Presses universitaires de France. 5^{ème} édition.

Potier, M.C. (2011). *Pratiques de formation dans un institut de formation de cadres de santé (IFCS)*. *Revue des sciences religieuses*, 79/3, 2005. Mis en ligne le 18 novembre 2011. Récupéré de : <http://rsr.revues.org/273>.

Psiuk, Th. (2010). L'écriture du raisonnement clinique. *Soins*, n°747, 01-21.

R

Rabardel P. & Six B. (1995), Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail. *Éducation permanente n°123*, 33-45.

Raynal, F. & Rieunier, A. (2005). Dictionnaire des concepts clés en pédagogie. Paris : ESF Editeurs, 5^{ème} édition.

Reinhardt, S. (2011). *Entre activités, parcours de formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse, Sociologie, Paris 8.

Rey, B. (2011). Situations et savoirs dans la pratique de classe. *Revue Recherches en Education n°12 – novembre 2011. Revisiter la notion de situation : approches plurielles. Numéro coordonné par Yves Lenoir et Frédéric TUPIN*, 35-49.

Rigot, S. (2018). *L'universitarisation de la formation infirmière. Nouveaux savoirs, nouveaux profils étudiants et infirmiers*. Thèse en sciences de l'éducation, université Paris 8.

Rocheix, J-Y. (1997). L'œuvre de Vygotski : fondements pour une psychologie historico-culturelle. *Revue française de pédagogie*, n°120, 105-147.

Roelens N. (1989), La quête, l'épreuve et l'œuvre, la constitution du penser et de l'agir à travers l'expérience. *Education permanente n°100-101*, 67-77

Roger, L., Jorro, A., & Maubant, P. (2013). *De l'expérience formatrice à l'expérience apprenante : genèse et perspectives pour une mise en récit d'un processus de professionnalisation*. *Revue.org. Education et socialisation*, 01-13. Récupéré de : <http://edso.revues.org/675>.

Romains, J. (2008). *Knock*. Paris: Belin - Gallimard.

Rougerie, G. (2000). *L'homme et son milieu : L'évolution du cadre de vie. Une approche de la géographie globale ou comment l'homme interagit avec l'écosystème*. Paris : Nathan Université.

Rubinfeld, M.G., Scheffer, B.K. (1999). *Raisonnement critique en soins infirmiers. Guide d'apprentissage*. Savoirs et santé, Belgique : De Boeck Supérieur.

S

Saliba, J., Bon-Saliba, B., & Ouvry-Vial, B. (1993). *Les infirmières, ni nonnes ni bonnes*. Paris : Syros des gens.

Santelmann, P. (2018). AFEST : quelques leçons d'une expérimentation prometteuse. *Education permanente n° 216*, 129-140.

Samurçay, R. & Pastré, P. (2004a). *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès.

Samurçay, R. & Rabardel, P. (2004b). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences : propositions. In Samurçay, R. & Pastré, P. (dir.), *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès, 163-180.

Savoyant, A. (1979). Eléments d'un cadre d'analyse de l'activité : quelques conceptions essentielles de la psychologie soviétique. *Cahiers de pédagogie*, Vol. 22, 17-28.

Savoyant, A. (2008). Quelques réflexions sur les savoirs implicites. *Travail et apprentissages*, n°1, 92-100.

Savoyant, A. & Leplat, J. (1983). Statut et fonction des communications dans l'activité des équipes de travail. *Psychologie Française*, 28(3-4), 247-253.

Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Paris : Logiques.

Schabauer-Leoni, M.L., Leutenegger, F., Ligozat, F., Flückiger, A. (2007). Un modèle de l'action conjointe professeur-élèves ; les phénomènes qu'il peut/doit traiter. In Sensevy, G., Mercier, A. (éd.), *Agir Ensemble. L'action didactique conjointe du professeur et des élèves dans la classe*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 51-91.

Schwartz, Y. (1997). Les ingrédients de la compétence : un exercice nécessaire pour une question insoluble. *Education permanente*, n°135, 169-202.

Schwartz, Y. & Durrive, L. (2003). *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès.

Schwartz, Y. & Durrive, L. (2009). *L'activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès.

Sensevy, G., & Mercier, A. (2007). *Agir ensemble. L'action didactique conjointe du professeur des élèves*. Rennes : Presses universitaires.

Sermeus, W. (2014). Les besoins en matière de système de santé, la qualification de soins infirmiers. In *Fine (Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers). Xème conférence internationale : La formation et l'exercice infirmier : quel avenir ?* Nancy, septembre 2014.

Liste des références bibliographiques

Shaw, M.C. (1993). The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1651-1656.

Stratégie nationale de santé 2018-2022. Récupéré de :
www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017.

Strauss, A. (1991). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : L'Harmattan.

Suc, P. (2012). Territoires et formations en santé : enjeux et perspectives. Dispositif de validation des acquis académiques. Master 2, mention management des établissements, services et organisations de santé. Université Paris-Est Marne la Vallée.

Sureau, P. (2013). Formation à l'éthique et éthique de la formation. Petite histoire du combat entre Descartes et Vico, et autres légendes à raconter aux enfants. In : Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., *Les formations aux métiers de la santé. Du projet de formation au projet pédagogique en pratique*. (pp.113-125). Paris : Seli Arslan..

T

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, vol. 45, n°6, juin 2006, pp. 204-211. In Coté, S., St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement Clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*. N°111, 13-21.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Education.

Theureau, J. (1992). *Le cours d'action : analyse sémiologique. Essai d'anthropologie cognitive située*. Berne : Peter Lang.

Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 2010/2, Vol 4, n°2, .287-322.

Theraulaz, P. (2014). Pratique infirmière et formation : le point de vue du Conseil International des Infirmières. In *Fine (Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers). Xème conférence internationale : La formation et l'exercice infirmier : quel avenir ?* Nancy, septembre 2014.

Thievenaz, J. (2012). *Construction de l'expérience et transformation silencieuse des habitudes d'orientation de l'action Le cas de l'activité dialogale du médecin du travail*. Thèse de doctorat soutenue le 18 juin 2012. Discipline/Spécialité : Sciences de l'éducation – Formation des adultes.

Thievenaz, J. (2013a). La consultation comme situation d'apprentissage : le cas des médecins du travail. *Travail et Apprentissages*, 2013, n°11, 9-27.

Thievenaz, J. (2014). L'intérêt de la notion d' « enquête » pour l'analyse du travail en lien avec la formation. *Travail et Apprentissages*, 2014, n°13, 14-33.

Liste des références bibliographiques

Thievenaz, J. (2017). « Rencontrer et susciter l'inattendu : une approche deweyenne de l'expérience », Questions Vives. Récupéré de : <http://journals.openedition.org/questionsvives/2060>.

Thievenaz, J., Tourette-Turgis, C., & Khaldi, C. (2013b). Analyser le "travail" du malade. Nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation thérapeutique. *Education Permanente*, n°195, 47-58.

Tourette-Turgis, C. & Thievenaz, J. (2012). La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales. *Le sujet dans la cité*, 3 (2), 139-151.

Tourraine, A. (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble ? Egaux et différents*. Paris : Fayard.

Trébert, D. & Filiettaz, L. (2015). Analyse du travail, conception et formation. Le cas des éducateurs de l'enfance. *Education permanente*, n°204, 47-48.

Triby, E. (2010, septembre). L'approche compétences comme séparation des acteurs de l'alternance. À propos de la réforme de la formation des soignants, *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Université de Genève. Récupéré de : <https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longcs/coordinateurs-en-z/activites-pratiques-etparadigmes-professionnels/Lapproche%20competences.pdf>

Triby, E (2019). L'acte de soin est une aventure : soigner, un métier nouveau. In : Broussal, D. et Saint-Jean, M. (dir), *La professionnalisation des acteurs de la santé*, Toulouse : Cépaduès, 155-165.

U

Ulmann, A-L. (2008). Le travail en jeu. La place des formateurs dans la mobilisation de leurs ressources pédagogiques. *Education Permanente*, n°174, 75-87.

Ulmann, A.L. (2019). (Se) former en situation de travail. *Séminaire Observatoire des Cadres et du Management du 24 janvier 2019*. Récupéré de : <http://www.observatoiredescadres.fr/>.

V

Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. In Barbier, J-M (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, 275-292. Paris : PUF.

Vermersch, P. (2013a). You tube. Comment est né l'entretien d'explicitation. Récupéré de : <https://www.youtube.com/watch?v=ISQNR7IJgl>.

Vermersch, P. (2013b). You tube. Originalité de l'entretien d'explicitation. Récupéré de : <https://www.youtube.com/watch?v=60fOWwKx73I>.

Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation*. 9^{ème} édition. Paris : ESF.

Vidal-Gomel, C., Fauquet-Alekhine, P., Guibert, S. (2011). Réflexions et apports théoriques sur la pratique des formateurs et de la simulation. In : Fauquet-Alekhine, P. & Pehuet, N, *Améliorer la pratique professionnelle par la simulation*. Toulouse : Octarès Editions.

Liste des références bibliographiques

Vinatier, I. (2012). *Réflexivité et développement professionnel. Une orientation pour la formation*. Toulouse : Octarès.

Vinatier, I. (2013). *Le travail de l'enseignant. Une approche par la didactique professionnelle*. Bruxelles : De Boeck éducation.

Vinatier, I. et Pastré, P. (2007). Organisateur de la pratique et/ou de l'activité enseignante. *Recherche et Formation*, 56, 95-108.

W

Wacheux, F. (2005). Compréhension, explication et action du chercheur dans une situation sociale complexe. In Roussel, P. & Wacheux, P., *Management des Ressources Humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales (pp.9-30)*. Bruxelles : De Boeck.

Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed Moral Passion. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 15-24.

Weil-Barais, A. (2011). *L'homme cognitif*. Paris : PUF, 2ème Edition.

Weisser, M. (2010). Dispositif didactique ? Dispositif pédagogique ? Situation d'apprentissage ! *Questions Vives, Recherches en éducation*, Vol.4, n°13/2010. Récupéré de : URL : <http://journals.openedition.org/questionsvives/271>.

Winckler, M. (1998). *La maladie de Sachs*. Paris : France Loisirs..

Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, n°17, 11-38.

Wittorski, R. (2009). Accompagnement et professionnalisation. *Esquisse*, 5-21.

Y

Yahiel, M., & Mounier, C. (2010). *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? Rapport IGAS*.

Yvon, F., & Durand, M. (2012). *Réconcilier recherche et formation pour l'analyse de l'activité*. Bruxelles : De Boeck.

Yvon, F. & Garon, R. (2006). Une forme d'analyse du travail pour développer et connaître le travail enseignant : l'auto-confrontation croisée. *Recherche qualitatives*, 26 (1), 51-80.

Z

Zaouani-Denoux, S. (2011). La formation en alternance. Effectuation, itinéraire et construction de soi. *Savoirs*, n°26, 61-83.

Liste des références bibliographiques

Zarifian, P. (1999). Objectif compétence. Pour une nouvelle logique. Rueil-Malmaison : Liaisons.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

<u>RESUME</u>	<u>VII</u>
<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>IX</u>
<u>SOMMAIRE</u>	<u>XI</u>
<u>LISTE ALPHABETIQUE DES SIGLES</u>	<u>XIV</u>
<u>SOMMAIRE DES ANNEXES</u>	<u>XVII</u>
<u>TABLES : ENCADRES, FIGURES, ET TABLEAUX</u>	<u>XIX</u>
<u>INTRODUCTION GENERALE</u>	1
1. Du contexte à la genèse de la recherche	2
1.1. Répondre aux besoins de la population une priorité pour les professionnels de santé	3
1.2. L'impact sur les politiques de formation des professionnels de santé	4
1.3. Le cas des instituts de formation en soins infirmiers	5
1.4. Les cadres de santé formateurs	6
1.5. La genèse du thème de recherche	8
2. L'architecture de la recherche	9
3. La structure de l'étude	11
<u>PARTIE 1 : DES DEFIS DU SYSTEME DE SANTE AUX ENJEUX DE LA FORMATION INFIRMIERE : UNE COMPLEXITE A ARTICULER POUR LES CSF</u>	<u>13</u>
Introduction de la partie 1	14
CHAPITRE 1 : LES DEFIS DU SYSTEME DE SANTE AU XXI^e SIECLE	16
1. Les marques de l'histoire	16
1.1. Petite pause expérientielle	18
1.2. Le détour par les textes de loi	19
2. Les enjeux pour le XXI^e siècle	22
2.1. De nouvelles alliances à construire à travers le parcours de soin	24
2.2. Redonner une place à l'humain dans le système de soins	26
3. Un nouveau monde à investir	28
3.1. Le patient concepteur de son parcours de soin	30
3.2. L'infirmière un leadership des pratiques soignantes	32
3.3. Le robot au lit du malade	34
Conclusion du chapitre 1	36

CHAPITRE 2 : LES ENJEUX DE LA FORMATION INFIRMIÈRE POUR LE XXI^e SIÈCLE	37
1. L'évolution de la profession d'infirmière : les traces de l'histoire	37
2. 2009 : un nouveau paradigme de formation	42
2.1. Un nouveau statut au savoir	45
2.2. La situation comme principe organisateur de l'apprentissage	46
2.3. La mise en mots de l'action	48
2.4. La formation infirmière : une construction de sens dans l'alternance	50
3. L'articulation de l'offre de formation avec les besoins de santé de la population	52
3.1. Le niveau de formation gage d'une qualité des soins	53
3.2. Une nouvelle posture à investir pour les CSF	54
Conclusion du chapitre 2	56
CHAPITRE 3 : LES CADRES DE SANTÉ FORMATEURS	57
1. De la cheftaine aux cadres de santé	57
2. Le dilemme du cadre de santé formateur	62
2.1. Les paradoxes du curriculum de formation et de l'acte former	63
3. Accompagner l'apprenant pour se professionnaliser	64
3.1. Les décodages des savoirs professionnalisants du CSF	66
3.2. Les décodages des savoirs professionnalisants de l'étudiant	67
3.3. Guider le questionnement à propos des situations singulières de formation	68
Conclusion du chapitre 3	69
Premiers éléments de conclusion de la partie 1 et problématisation	71
1. Premiers éléments de conclusion de la partie 1	71
2. Problématisation	72
<u>PARTIE 2 : LES REPERES CONCEPTUELS DE LA RECHERCHE</u>	<u>74</u>
Introduction de la partie 2	75
CHAPITRE 4 : PENSER ET EXERCER DES SOINS INFIRMIERS	76
1. Les fondements de l'exercice infirmier	76
1.1. Vers une approche singulière de l'humain	77
1.2. L'environnement, un espace à investir	78
1.2.1. L'environnement sanitaire	78
1.2.2. L'environnement de la personne	79
1.2.3. L'environnement du soin	79
1.3. Des soins à la personnalisation d'un soin	80
1.3.1. Les soins : un ensemble d'actes normés	81

Table des matières

1.3.2. Le soin une activité singulière	82
1.4. La santé	85
1.4.1. La santé vue comme une capacité d'adaptation et de normativité	85
1.4.2. La santé comme une expérience humaine unique	86
1.4.3. L'accompagnement d'une personne dans son expérience de santé	88
1.5. L'articulation dans l'exercice infirmier	90
2. Le raisonnement clinique infirmier	93
2.1. Les éléments qui guident le champ de l'intervention de l'activité infirmière	93
2.2. Une approche du raisonnement clinique infirmier	95
2.3. Construire son raisonnement de soignant	97
2.3.1. Sur les pas de Sherlock Holmes et Docteur House	97
2.3.2. Du raisonnement intuitif au raisonnement analytique	98
2.4. Modes de raisonnement et compétences infirmières spécifiques	100
2.4.1. Une logique économique à ne pas écarter	103
2.5. Le dispositif national d'apprentissage	104
2.6. Quel accompagnement pédagogique de la part des CSF pour structurer la démarche de raisonnement ?	105
Conclusion du chapitre 4	108
CHAPITRE 5 : DE LA TRADUCTION DIDACTIQUE A LA TRANSPOSITION PEDAGOGIQUE	109
1. Une approche du dispositif pédagogique	109
1.1. Le dispositif pédagogique	109
1.2. Construire un dispositif pédagogique : une responsabilité pour les CSF	111
1.3. Un dispositif orienté autour de l'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu	112
1.4. L'activité de conception : une double anticipation	113
1.4.1. Un exemple de la pratique	115
1.4.2. Deux approches de la conceptualisation du travail	115
2. Le programme de formation infirmière inscrit dans le cadre d'une approche par compétences	118
2.1. De l'ingénierie de formation à l'ingénierie pédagogique	119
2.1.1. L'ingenium et l'engineering comme point d'ancrage	119
2.1.2. Regard sur l'ingénierie de formation	121
2.1.3. Regard sur l'ingénierie pédagogique	124
2.1.4. De la construction de savoirs à la diversité de situations vécus	126
2.2. L'approche par compétences : une logique orientée vers la professionnalisation	128
2.2.1. De l'acte « apprendre » à l'activité d'apprentissage	128

Table des matières

2.3.	L'impact sur les pratiques des CSF	130
2.3.1.	Quand la compétence entre en action	130
2.3.2.	Un « savoir agir » situationnel	133
2.3.3.	Une réponse singulière de l'acteur en activité	133
2.4.	L'expression de la singularité de l'acteur par rapport aux dispositifs normés	134
2.4.1.	Une approche des normes	135
2.4.2.	Les exigences du milieu de travail	136
2.4.3.	Résoudre une situation de travail : un questionnement pour l'acteur	138
Conclusion du chapitre 5		142
CHAPITRE 6 : LA SITUATION DE TRAVAIL UN LEVIER POUR LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES CSF		144
1. L'activité des professionnels une énergie pour se développer		145
1.1.	L'activité humaine une dynamique en lien avec son écosystème de vie	145
1.2.	L'activité du sujet : un moteur pour apprendre	146
1.2.1.	Une activité organisée, structurée et reproductible	147
1.2.2.	Une activité humaine orchestrée autour de l'agir du sujet	148
1.2.3.	Une activité humaine mobilisant un sujet connaissant et un sujet agissant	151
1.3.	L'activité humaine une rencontre professionnalisante pour les deux partenaires de la formation	152
2. L'activité humaine une expression <i>en-dans</i> et <i>sur</i> une situation de travail		153
2.1.	La situation une balise de l'activité du sujet	153
2.2.	L'activité humaine au cœur des situations	155
3. L'activité du sujet : une expérience au service du développement professionnel		160
3.1.	Les situations de travail : un allié pour le développement professionnel du sujet	161
3.1.1.	Un regard sur la notion de situation	162
3.1.2.	Les caractéristiques de la situation de travail du CSF	168
3.2.	Les facteurs favorisant les transformations et le potentiel d'apprentissage du sujet	170
Conclusion du chapitre 6		173
Conclusion de la partie 2 et reformulation de notre objet de recherche		176
1.	La notion de situation	177
1.1.	La situation comme instrument support de l'analyse de l'activité du CSF	177
1.2.	La situation comme principe organisateur de l'apprentissage	178
1.3.	Une co-construction de l'activité soignante avec une co-production de sens entre le CSF et le groupe d'apprenant	178

2. Quand l'activité sert de moteur à l'apprentissage	179
3. Du travail prescrit au travail réel : quelle marque du travail dans l'activité des CSF	181
3.1. La place du travail dans l'activité du CSF	181
3.2. Le savoir expérientiel : une trace du métier d'infirmier	181
3.3. Une dialectique entre deux registres : de la tâche à l'activité	182
PARTIE 3 : QUAND LES ACTEURS PARLENT DE LEUR ACTIVITE	187
Introduction de la partie 3	188
CHAPITRE 7 : DE LA QUESTION DE RECHERCHE A L'ENQUETE DE TERRAIN	189
1. Rendre intelligible les pratiques des CSF	190
1.1. La pertinence des outils de recherche : une double face à appréhender	190
1.2. Adapter la méthodologie de l'étude aux caractéristiques du public cible	191
1.2.1. Caractéristiques des CSF	191
1.3. De la mise en actes de l'action à la mise en mots des acteurs	193
1.3.1. Les traces de l'activité	194
1.3.2. L'entretien d'explicitation	195
1.3.3. L'entretien d'autoconfrontation simple	195
2. Le dispositif de recherche	197
2.1. Le choix du terrain d'enquête	197
2.2. Le choix du public cible	199
2.3. Les différents temps de rencontre	199
2.3.1. Echanges avec les directeurs des soins	199
2.3.2. Echanges avec les cadres de santé formateurs	199
2.4. Préalable à la recherche terrain	201
3. L'angle d'approche méthodologique	202
4. Du repérage à l'ancrage de l'activité des acteurs	205
4.1. La phase de repérage	207
4.1.1. La description du dispositif pédagogique	207
4.1.2. La réalisation de schémas	209
4.2. La phase d'ancrage	211
4.2.1. L'observation de la séance pédagogique	212
4.2.2. Le premier temps de retour d'activité en lien avec la séance pédagogique	215
4.2.3. La réalisation d'un schéma de la salle de cours et la confrontation avec la 1 ^{ère} réalisation	217
4.2.4. L'entretien d'autoconfrontation simple avec le film	218
4.3. Des entretiens complémentaires	222
4.4. Notre posture de chercheur	223

5. La nécessité d'une approche rigoureuse pour préparer l'analyse	225
5.1. La retranscription des entretiens	225
5.2. Un imprévu dans la recherche	227
6. Le traitement des données	228
6.1. L'émergence des axes d'analyse	228
6.1.1. Une approche thématique	229
6.1.2. Le repérage des normes, les débats de normes et les dilemmes dans l'activité	230
6.1.3. Les marqueurs des ingrédients de la compétence	232
6.1.4. Le schéma des raisonnements de l'acteur	233
6.1.5. Le parcours d'action	234
6.1.6. De la logique individuelle à la logique collective	235
Conclusion du chapitre 7 et de la partie 3	236
<u>PARTIE 4 : QUAND LES POINTS DE VUE DE CHACUN S'EXPRIMENT</u>	237
Introduction de la partie 4	238
CHAPITRE 8 : LES CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE DES CSF	240
1. Regard sur son rôle de cadre de santé formateur	240
1.1. La construction d'un dispositif pédagogique propice aux apprentissages du métier d'infirmier	241
1.1.1. Concevoir et manager le dispositif pédagogique	241
1.1.2. Transmettre les savoirs du métier d'infirmier	243
1.2. Les acteurs de l'alternance : deux alliés essentiels pour l'exercice des CSF	245
1.2.1. Accompagner la construction identitaire des ESI	245
1.2.2. Prendre en compte les mutations du métier	246
1.3. L'expérience antérieure et le questionnement de sa pratique : deux ressources centrales des CSF	248
1.3.1. L'expérience antérieure un appui pour la lecture des situations de soins	248
1.3.2. Interroger ses pratiques : un levier pour ajuster son activité	249
2. Regard sur le dispositif de formation	250
2.1. La salle de cours	250
2.1.1. L'influence de la configuration de la salle sur la dynamique pédagogique	250
2.1.2. Trouver sa place de CSF	254
2.1.3. Le matériel pédagogique, une ressource peu mobilisée	258
2.1.4. La dynamique pédagogique en salle de cours	259
2.2. L'analyse de l'activité des cadres de santé formateurs	264
2.2.1. Présentation du cheminement et du questionnement de Camille	265
2.2.2. Présentation du cheminement et du questionnement de Karine	274

2.2.3. Présentation du cheminement et du questionnement d'Eve	284
3. Regard sur les ressources des CSF	293
3.1. Le collectif de travail	294
3.2. L'expérience antérieure	296
3.3. L'analyse de sa pratique professionnelle	298
3.4. La formation continue-Les recherches-Les lectures	300
4. Regard sur l'exercice du métier d'infirmier	301
4.1. Le patient un acteur dans l'apprentissage	301
4.2. Accompagner l'apprentissage du jugement clinique infirmier	302
4.3. Quelle vision de l'exercice infirmier ?	303
5. Premiers résultats de l'analyse du travail	304
5.1. La généralisation des activités et des tâches de l'action des CSF	305
5.2. La structure conceptuelle de la situation	307
Conclusion du chapitre 8	310
CHAPITRE 9 : LA DIDACTIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN FORMATION	312
1. L'expression du savoir en acte des CSF	313
1.1. La structuration de l'action pédagogique	313
1.1.1. « L'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu » dans l'espace de formation : une forme de « signature pédagogique » du CSF	313
1.1.2. La double anticipation de l'activité de conception : une expression des « débats de normes »	316
1.2. L'ingénierie pédagogique : une chaîne d'activité pour les CSF	320
2. Accompagner les étudiants dans la construction d'un point de vue sur son travail infirmier	323
2.1. Décoder les situations de soins pour former	323
2.2. Le CSF dans la mise en œuvre de son intelligence situationnelle	324
3. Articuler travail infirmier et formation initiale, un enjeu pour les CSF	326
3.1. Répondre aux exigences du milieu de soin : la contribution des CSF	326
3.2. Valoriser et décomposer le savoir-agir de l'étudiant : un rôle crucial pour le CSF	329
4. L'activité des CSF une ressource pour son développement	331
4.1. Les éléments mobilisés pour développer le potentiel d'apprentissage des CSF	331
4.2. L'analyse des effets de la démarche de recherche	335
5. Evolution du cadre de l'étude	338
Conclusion du chapitre 9	345
CHAPITRE 10 : MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS	347

1. Construire un dispositif de formation professionnalisant pour les étudiants en Soins infirmiers	347
1.1. Un nouveau statut au métier d'élève	347
1.2. Inscrire l'étudiant dans un parcours de professionnalisation	348
1.3. La dimension collective dans la construction du dispositif de formation	351
1.4. Le suivi de l'étudiant une articulation entre le parcours de vie et le parcours de professionnalisation	353
2. La professionnalisation des CSF dans le dispositif d'universitarisation des professions de santé	354
2.1. Le cadrage ministériel	354
2.2. Quelle reconnaissance pour le métier de cadre de santé formateur ?	356
2.3. Une formation spécifique pour les CSF	359
3. Le rôle du directeur des soins en institut de formation dans le développement des compétences des CSF	360
3.1. La mise en mots de l'activité : un axe de professionnalisation pour les CSF	361
3.2. Structurer la ligne managériale et pédagogique en lien avec les réalités de son milieu	362
Conclusion du chapitre 10	363
Conclusion de la partie 4	364
CONCLUSION GENERALE	366
Section 1 : Les apports de notre recherche	367
1. Les apports conceptuels	367
2. Les apports méthodologiques	368
3. Les apports praxéologiques	369
Section 2 : Les limites de notre recherche	371
Section 3 : Les perspectives de recherches futures	372
LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	374
TABLE DES MATIERES	400
ANNEXES ET TABLE DES ANNEXES	412



ANNEXES ET TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	Amendement n°2047	III
ANNEXE 2 :	Cartographie des Cadres de Santé Formateurs	IV
ANNEXE 3 :	Lettre aux directeurs des soins des IFSI	VII
ANNEXE 4 :	Les différents temps de rencontre des CSF	VIII
ANNEXE 5 :	Guide pour le temps de repérage	IX
ANNEXE 6 :	Guide pour le temps d’ancrage	X
ANNEXE 7 :	Trame d’analyse	XII
ANNEXE 8 :	Schéma des raisonnements de Camille	XVI
ANNEXE 9 :	Parcours d’action de Camille T2 et T3	XVII
ANNEXE 10 :	Schéma des raisonnements de Karine	XXV
ANNEXE 11 :	Parcours d’action de Karine T2 et T3	XXVI
ANNEXE 12 :	Schéma des raisonnements d’Eve	XXXV
ANNEXE 13 :	Parcours d’action d’Eve T2 et T3	XXXVI
Tome 2A :	Mise en mots de l’activité des CSF F1	
Tome 2B :	Mise en mots de l’activité des CSF F2	
Tome 2C :	Mise en mots de l’activité des CSF F3	
Tome 2D :	Synthèse de la mise en mots de l’activité des CSF F1/F2/F3	

ANNEXE 1 : Amendement n°2047

AMENDEMENT N°2047

présenté par

le Gouvernement

ARTICLE PREMIER

Substituer aux alinéas 20 à 24 les trois alinéas suivants :

« Art. 39. – L'État peut, à titre expérimental et pour une durée de six ans, à compter de la rentrée universitaire 2020, autoriser l'organisation des formations relevant du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche.

« Les conditions de mise en œuvre de l'alinéa précédent sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

« Au cours de la sixième année de l'expérimentation, les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé présentent au Parlement un rapport d'évaluation des expérimentations menées au titre du présent article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à étendre le champ de l'expérimentation adoptée en commission des affaires sociales à l'initiative de la rapporteure, la députée Stéphanie Rist.

L'introduction de plus de transversalité dans la formation des professionnels de santé est un levier essentiel pour aboutir à une plus grande coopération entre eux dans leur exercice professionnel autour de la prise en charge du patient et de la relation avec ses proches. Cet objectif est central dans la transformation du système de santé.

Or, actuellement les formations médicales et paramédicales sont construites en tuyaux d'orgue et l'état de la réglementation ne permet pas facilement de faire évoluer les maquettes de formation pour développer les transversalités et créer des temps d'enseignements communs.

Des expériences de formations interprofessionnelles existent, notamment dans le cadre du service sanitaire, et elles confirment le très grand intérêt qu'y trouvent les étudiants.

Le Gouvernement propose donc d'étendre la durée de l'amendement initial, en portant l'expérimentation à six années, et en l'ouvrant à toutes les régions où elle pourrait être mise en œuvre.

Le développement d'une culture commune et la reconnaissance des différents métiers, seront ainsi favorisés au terme de leurs études au profit d'une meilleure coordination entre tous ces professionnels de santé.

ANNEXE 2 : Cartographie des Cadres de Santé Formateurs

Thématiques	G1F1		G2F1		G3F1		G4F1		G5F1	
Prénom fictif	Justine		Léa		Patricia		Camille		Marie	
Spécialités										
	PARCOURS PROFESSIONNEL									
Date Diplôme IDE	1992		2001		1992		2000		1999	
Nombre d'année d'exercice comme IDE	16 ans		11 ans		17 ans		10 ans		10 ans	
Lieu(x) d'exercice	-Unités de soins palliatifs -EHPAD -Santé scolaire -Milieu carcéral -Unité de psychiatrie fermée -IDE en entreprise		-Urgences -Pool de remplacement		-Unité de néphrologie -Unité d'oncologie -Unité d'hémodialyse -Appartement thérapeutique		-Salle de réveil -Urgences		-Unité de réanimation -Unité de pneumologie -Unité de neurologie/Rhumatologie	
Faisant fonction de cadre	Service		Service		Service		Service		Service	
	IFSI	1 an	IFSI	2 ans	IFSI	1 an	IFSI	2 ans	IFSI	
Date diplôme Cadre de santé	2010		2013		2011		2012		2010	
Nombre d'année d'exercice cadre de santé	Service		Service		Service		Service		Service	
	IFSI	4 ans	IFSI	2 ans	IFSI	3 ans	IFSI	3 ans	IFSI	4 ans
Diplôme universitaire et/ou autre			Master en sciences de l'éducation							
Fonction particulière			Référente d'année				Référente d'année		Référente d'année	

Annexes

Thématiques	G1F2		G2F2		G3F2		G4F2		G5F2	
Prénom fictif	Karine		Valérie		Denise		Christina		Béatrice	
Spécialités							IADE ⁶¹			
	PARCOURS PROFESSIONNEL									
Date Diplôme IDE	1981		1986		1980		1982		1989	
Nombre d'année d'exercice comme IDE	6 ans		15 ans		15 ans		22 ans		6 ans	
Lieu(x) d'exercice	-Unité de chirurgie -Unité de médecine		-Unité de médecine -Unité de chirurgie -Unité d'addictologie -Unité de pédiatrie -Centre de soins à domicile -Unité de gériatrie		-Urgences/banque du sang -Consultations externes		-Unité de traumatologie -Bloc opératoire -Bloc opératoire gynécologie/obstétrique -Chirurgie thoracique/abdominale/digestive -EHPAD ⁶²		-Unité de cardiologie et diabétologie -Unité de chirurgie digestive -Unité de Soins intensifs	
Faisant fonction de cadre	Service		Service		Service		Service		Service	
	IFSI		IFSI	4 ans	IFSI	2 ans	IFSI	1 an	IFSI	4 ans
Date diplôme Cadre de santé	1988		2006		1999		2008		2001	
Nombre d'année d'exercice cadre de santé	Service		Service		Service		Service		Service	
	IFSI	27 ans	IFSI	9 ans	IFSI	16 ans	IFSI	7 ans	IFSI	14 ans
Diplôme universitaire et/ou autre	-DU en hygiène -DU en qualité -DU en éducation thérapeutique									
Fonction particulière			Référente d'année						Référente d'année	

⁶¹ IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

⁶² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Annexes

Thématiques	G1F3		G2F3		G3F3		G4F3		G5F3	
Prénom fictif	Nathalie		Fabienne		Eve		Anna		Victoria	
Spécialités							ISP ⁶³			
PARCOURS PROFESSIONNEL										
Date Diplôme IDE	1981		1997		1980		1992		1993	
Nombre d'année d'exercice comme IDE	6 ans		7 ans		12 ans		14 ans		10 ans	
Lieu(x) d'exercice	-Unité de médecine -Unité de chirurgie -Unité de Soins Intensifs		-Consultations externes -Unité de chirurgie -Urgences		-Unité de chirurgie -Unité de réanimation		-Unité de psychiatrie en pavillon d'admission -UCSA ⁶⁴ Maison d'arrêt		-Unité de chirurgie/médecine/ Soins Intensifs -Bloc opératoire maternité/gynécologie -Unité de long séjour/SSR ⁶⁵ et chirurgie ambulatoire	
Faisant fonction de cadre	Service		Service	6 ans	Service		Service	1 an	Service	
	IFSI	2 ans	IFSI		IFSI		IFSI		IFSI	
Date diplôme Cadre de santé	1990		2011		1993		2008		2004	
Nombre d'année d'exercice cadre de santé	Service	5 ans	Service	6 ans	Service	10 ans	Service	4 ans	Service	9 ans
	IFSI	25 ans	IFSI	4 ans	IFSI	12 ans	IFSI	3 ans	IFSI	2 ans
Diplôme universitaire et/ou autre	-DU en éthique -Master en pédagogie de la santé									
Fonction particulière					Référente d'année				Référente d'année	

⁶³ ISP : Infirmière de secteur psychiatrique

⁶⁴ UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

⁶⁵ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ANNEXE 3 : Lettre aux directrices des soins des instituts de formation en soins infirmiers

Mes coordonnées

Saverne,

Le 9 octobre 2014

Madame la directrice,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma recherche doctorale. Je suis cadre de santé, option infirmière, coordinatrice pédagogique dans un centre de formation IFSI et IFAS. Je poursuis des études dans le cadre universitaire. Je suis rattachée à l'école doctorale des sciences humaines et sociales et perspectives européennes, E.D.519 à Strasbourg et membre du Labo LISEC (Strasbourg, Nancy).

Ma recherche porte sur *l'analyse de l'activité des cadres de santé formateur, et ceci lors de l'animation d'une séquence pédagogique autour d'une approche situationnelle.*

A ce stade de mon cheminement, le rapport d'étape a été validé par des universitaires et je rentre dans la phase de collecte de données sur le champ de la pratique professionnelle. C'est la raison pour laquelle je prends contact avec vous afin d'envisager la faisabilité d'un éventuel partenariat de recherche.

Je suis prête à venir échanger avec vous et votre équipe afin de vous présenter les modalités d'investigation et peut être construire un parcours pour la collecte des données.

Je reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, mes salutations respectueuses.

Isabelle BAYLE

ANNEXE 4 : Les différents temps de rencontre des CSF

Identification	Date de la rencontre	Tps de repérage	Tps observation	Date de la rencontre	Tps d'ancrage	Tps d'auto-confrontation avec film
G1F1 Justine	16/06/2015	01.12.33	01.45.00	17/06/2015	01.51.15	01.32.43
G1F2 Karine	06/02/2015	01.06.00	02.05.00	09/02/2015	00.58.00	01.58.18
G1F3 Nathalie	13/01/2015	01.19.00	01.45.00	14/01/2015	01.09.15	01/34/30
G2F1 Léa	10/12/2014	00.49.40	01.50.00	11/12/2014	01.30.00	01.20.45
G2F2 Valérie	01/12/2014	01.16.30	01.50.00	02/12/2014	01.25.37	01.39.38
G2F3 Fabienne	08/12/2014	01.21.50	01.45.00	09/12/2014	01.15.21	01.25.00
G3F1 Patricia	24/02/2015	01.26.30	01.55.00	25/02/2015	01.25.31	01.23.28
G3F2 Denise	18/05/2015	01.25.42	01.50.00	19/05/2015	01.15.32	01.19.40
G3F3 Eve	25/03/2015	01.23.40	01.50.00	26/03/2015	01.22.30	01.28.28
G4F1 Camille	12/05/2015	01.14.36	01.45.00	13/05/2015	01.03.32	01.11.18
G4F2 Christina	02/06/2015	01.12.25	01.50.00	03/06/2015	01.07.55	00.57.10
G4F3 Anna	23/04/2015	01.14.30	01.45.00	24/04/2015	01.24.34	01.38.24
G5F1 Marie	11/06/2015	01.20.56	01.45.00	12/06/2015	01.03.05	01.26.41
G5F2 Béatrice	30/03/2015	01.05.25	01.55.00	31/03/2015	01.09.22	01.35.52
G5F3 Victoria	05/01/2015	01.13.05	01.45.00	06/01/2015	01.20.36	01.27.48
Total		19h10.41			19h11.57	22h00.08
Moyenne		1h27			1h27	1h46

ANNEXE 5 : Guide pour le temps de repérage TA
--

PRESENTATION DE LA PERSONNE : (Cartographie du public)

- Age :
- Parcours professionnel : travail avant le DE ? Parcours professionnel : différents services en tant qu'IDE ? en tant que cadre ? plusieurs structures ?
- Centre d'intérêt dans la formation ?

PRESENTATION DU DISPOSITIF PEDAGOGIQUE :

- Ou se situe l'intervention programmée dans le fil conducteur de l'unité d'enseignement ?
- Quel est le dispositif pédagogique ?
- Pourquoi ce choix ?
- Quel est le but professionnel de cette intervention ?
- Création personnelle ou collective de la situation par rapport à l'U.E. ?
- Y-a-t-il une ou plusieurs situations durant l'unité d'enseignement ?

PRESENTATION DE LA SITUATION :

- Choix de la situation : thème ?
- Rédaction de la situation : le formateur seul ou à plusieurs ou avec des professionnels ? Quelle est la source ?
- Sur quoi tu t'es appuyé pour construire la situation d'apprentissage
- Quelles ont été tes orientations professionnelles ?
- Pourquoi estimes-tu que cela est en lien avec le cœur du métier IDE ?
- Quels savoirs académiques tu associes à la situation ?
- Quelle finalité tu souhaites atteindre ? Quelles sont tes attentes ?
- Quelle méthode pédagogique as-tu choisies ? Dans quel but ? Que vises-tu ?

REPRESENTATIONS GRAPHIQUES

- Peux-tu me faire un dessin de ton rôle de formateur dans cette situation pédagogique

PHASE DE REPERAGE DE LA SITUATION

- Peux-tu me raconter comment tu penses que la séance va se dérouler
- Peux-tu réaliser un schéma de la salle de cours ou la séance va avoir lieu

ANNEXE 6 : Guide pour le temps d'ancrage

**DEBRIFING APRES LA SEANCE VERBALISATION DES CHOIX D'ACTION –
Temps d'ancrage**

Peux-tu me raconter ta séquence pédagogique

ORIENTATION Invariance	BUTS DE LA SEQUENCE	Buts principaux Buts secondaires Buts circonstanciels (montre qu'elle est à l'écoute des étudiants)
ORIENTATION	Les savoirs	Savoirs mobilisés pendant la séquence <ul style="list-style-type: none"> - Côté Formateur - Côté Etudiants Les savoirs spécifiques au cœur de métier ressortent-ils ? As-tu une attente particulière durant la séquence ?
EXECUTION invariance	Méthodes	Mode opératoire Comment t'y es-tu prise ?
PRISE D'INFORMATIONS Adaptation	Y-a-t-il des imprévus	Imprévus durant la séquence Modification du scénario initial ? Pourquoi
ETAPE INTERMEDIAIRE Adaptation	Paramètres situationnels	Données à prendre en compte pour agir
	Indice de réussite	Objectifs Résultats attendus Adaptation de l'action
	Action en situation	Planification de l'action
	Evaluation de sa séquence	But atteint Nouvelle programmation Réajustement de son projet
	Intention de départ	Travail prescrit

<p>Travail prescrit</p>	<p>Ce qu'on devrait savoir à propos de la situation</p> <p><i>Dire les savoirs du domaine</i></p> <p><i>Peux-tu me dire quels sont les connaissances, les savoirs, les ressources indispensables pour un formateur afin de réaliser ce que tu as fait</i></p>	<p>Ce qu'il faudrait savoir pour agir efficacement dans cette situation</p> <p><i>Faire avec les concepts organisateurs qui guident l'action</i></p> <p><i>Quels sont les éléments indispensable qui guident ton action, les invariants.</i></p>
<p>Activité</p> <p>Travail réalisé</p>	<p>Connaissance du sujet</p> <p><i>Faire dire les représentations du professionnel à propos des objets, de leurs propriétés, de leurs relations.</i></p> <p><i>Peux-tu me parler de la séquence pédagogique que tu as animée</i></p>	<p>Manières d'agir du sujet</p> <p><i>Faire faire pour comprendre les prises d'informations, les règles d'action, l'objet de l'attention, les risques et les conséquences, les anticipations et les raisonnements.</i></p> <p><i>As-tu identifié dans ta pratique des règles d'action ?</i></p> <p><i>As-tu du anticiper ou retarder des éléments dans ta démarche ? Pourquoi qu'as-tu décrypté qui t'a orientée vers un changement de stratégie ?</i></p> <p><i>As-tu vu un risque ?</i></p>

Quelle est la plus-value de ta séquence pédagogique :

- Pour toi formateur
- Pour les étudiants
- Pour la profession

REPRESENTATIONS GRAPHIQUES

- Réalisation d'une représentation graphique de la salle de cours
- Confrontation avec le dessin du temps de repérage

ANNEXE 7 : Trame de l'analyse

Thématiques		Ligne	Verbatim
Lien avec l'environnement de travail (facteur extérieur)			
Configuration de la salle	Mobilier		
	Plan salle		
	Matériel pédagogique		
	Installation CSF		
	Installation ESI		
Déplacement	CSF		
	ESI		
Lien avec le dispositif pédagogique (formateur)			
Dispositif pédagogique	Unité intégrative		
	UE		
	Etapas de la séance/Fiche pédagogique		
	Temps spécifiques		
	Objectifs/Consignes		
	Rédaction de la situation		
	Méthodes pédagogiques		
Pédagogie			
Forme pédagogique	Groupe		
	Animation		
Création pédagogique	Outils		
	Méthodes pédagogiques		
Dynamique pédagogique	Interactions		
	Echanges		
	Contrôle		
Intention pédagogique	Progression ESI/groupe		
	Apprentissage		
	Mobiliser des ressources/vécu/potentiel		

Annexes

	Ressources formateurs		
	Identification IDE		
	Réalité professionnelle		
	Souhait		
Lien avec les codes prescrits de la profession IDE/référentiels (travail prescrit)			
Cadre/référentiels de formation	Procédure/Normes		
	Connaissances		
Connaissances/savoirs/Enseignement	ESI		
	Formateurs		
Niveau d'exigence Pour les étudiants	Evaluation		
	Méthodologie		
	Connaissances		
	Interactions entre étudiants		
Niveau d'exigence pour le formateur	Organisation		
	Evaluation		
Transmettre les exigences du monde professionnel			
Lien avec la relation pédagogique (formateur)			
Relation pédagogique	Place donné à l'ESI (co-partenaire)		
	Réciprocité éducative		
	Accompagnement pédagogique		
	Partage, échange		
	Connaissance du groupe ESI		
Lien avec la construction identitaire de l'étudiant			
Construction professionnelle			
Lien avec la posture future IDE	Développer le positionnement		
	Développer l'argumentation des choix professionnels		
Lien avec le collectif de travail			
Equipe	IFSI/Formateurs		
	Unités de soins/Soignants		
Lien avec l'exercice infirmier/le métier IDE			
Cœur de métier infirmier	Raisonnement clinique		

Annexes

	Démarche de soins + projet de soins		
	Rôle propre/Soins de base		
	Besoins du patient		
	Spécificités soignantes		
	Rôle sur PM/processus		
	Connaissances spécifiques		
	Donner du sens		
	Autres		
Lien avec le parcours professionnel du formateur (individuel)			
Parcours professionnel Expérience professionnelle du formateur	Lien avec la pratique IDE du CSF (construction identitaire)		
Ressources du formateur	Collectif de travail CSF		
	Son expérience de formateur/questionnement		
	Ses connaissances/recherches		
	Les formations réalisées		
	Matériel pédagogique		
	Connaissances des ESI		
	Le terrain professionnel		
Lien avec le parcours de développement personnel du formateur (individuel)			
Ouverture extérieure	Autres pratiques (pays)		
	Lecture		
	Formation		
Lien avec l'analyse et l'évolution des pratiques du formateur (individuel)			
Analyse ou questionnement par rapport à sa propre pratique de CSF			
Dilemme en situation de cours			
Zone d'incertitude du formateur (individuel)			
Intuition du CSF			
Inquiétude des CSF			

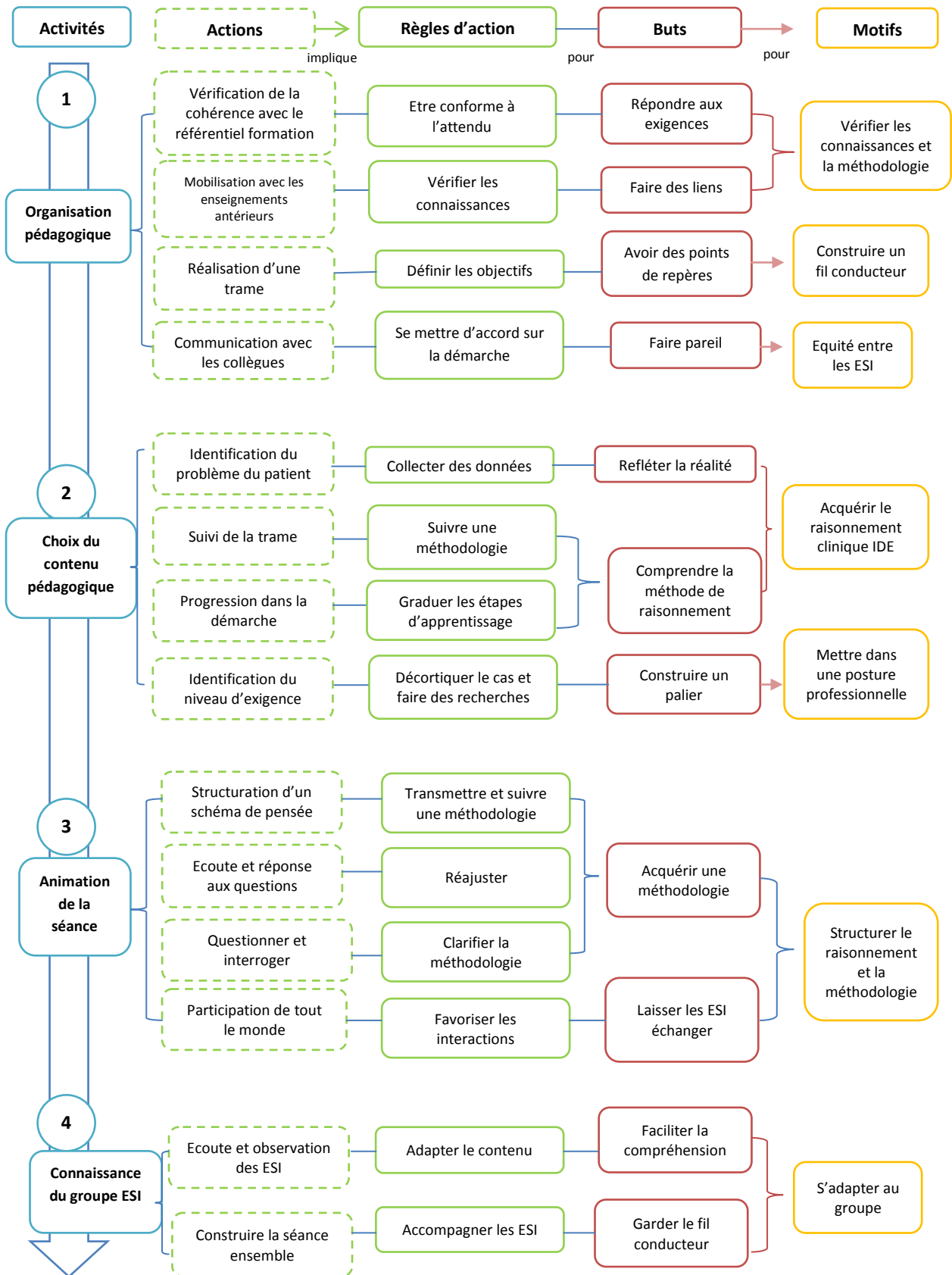
Annexes

Imprévu			
Rôle du formateur côté étudiants			
Posture formateur	Travail prescrit		
	Savoir être/connaissance de soi		
	Guider/orienter ESI		
	Construction identitaire ESI		
	Accompagner les professionnels		
Transmission	Rôle propre infirmier		
	Raisonnement clinique IDE		
	Pratique IDE/décodage métier		
	Des connaissances		
Rôle du formateur côté professionnels			

Données liées à la forme de la recherche

Thématique	Lignes	Verbatim
Place du chercheur		
DESSIN		
QUESTIONNEMENT		
Impression sur le film		

ANNEXE 8 : Schéma des raisonnements de Camille



ANNEXE 9 : Parcours d'action de Camille T2 et T3

Parcours d'action du CSF F1 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Retour sur les travaux en sous-groupe	Rappel des objectifs du TD et la démarche poursuivie	La vieille quand ils ont travaillé que le temps que j'avais pour la partie était un peu juste. Deux heures (15-16)	Ils ont quand même besoin de temps pour se mettre au travail (18)	Ils ne sont pas dans le TD au départ. Je dois rappeler les règles	Faire le point Faire que tout le monde se concentre sur le TD	Tout le monde est concentré et a préparé ses affaires
Regard critique sur le travail des autres T1 au début	Demande aux ESI de prendre la parole et de commenter le travail des autres groupes au moment de la présentation (24)	Ils ont du mal à faire des commentaires sur le travail d'un autre groupe de collègues (23) C'est un exercice difficile pour eux (28)(68)	Ils ne veulent pas prendre la parole. C'est un exercice de prise de parole dans un groupe (179)	Je pense qu'ils se disent : « voilà quand nous nous allons passer je on descend le collègue après c'est notre tour et on n'a pas l'impression qu'on a fait forcément mieux qu'eux... » (24-26) C'est difficile pour certains étudiants (179)	Je pose des questions et après ça vient d'eux (27)	La prise de parole des ESI (179)
	Je leur dit de se « lâcher » (31)		C'est compliqué pour eux (33) C'est un exercice difficile (68)	Je pense que c'est difficile de juger le travail des autres en ne sachant pas eux même ce qui est réellement attendu (34-36)	Je pose les questions moi	
Regard critique sur le travail des autres T2	Partager son expérience en groupe (501)	Ils posent des questions pertinentes (56) Au début c'est vrai qu'ils ont un peu de mal à poser des questions et à interpeller leurs collègues mais après c'est plus clair et cela va mieux. (56-58)	Ils mesurent plus les écarts d'un support à leur et d'un groupe à l'autre. (58)	Ils comprennent mieux On ne peut pas le faire tout seul dans son coin (69)	Je régule les échanges et mesurent les remarques et écarts entre eux. Je comprends qu'ils n'ont pas tous compris la même chose (60)	Ils échangent entre eux et partagent leurs expériences (502)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation			Le raisonnement clinique c'est toujours compliqué pour eux parce qu'ils veulent vraiment avoir le corrigé type	Ils veulent des recettes toutes faites (37)	C'est pour ça que je ne leur donne pas de corrigé parce que je veux qu'ils comprennent que l'analyse ça vient d'eux. (39) Il suffit qu'elle soit argumentée et cohérente. (41)	

Annexes

	Je donne la parole aux ESI	Les ESI posent des questions (54)	(36) Ils veulent préciser des points (54)	Ils veulent savoir ou inscrire les éléments de la situation (55)		Je valorise le travail de chacun (159)
		Je mesure un écart entre les groupes	Je me rends compte que tout le monde n'a pas compris la même chose (55) Ils ont tous le même sujet et pour autant ils en ont fait une interprétation différente suivant les groupes. (63) (85)(90)	Ils vont ranger les données dans des cases différentes et ce n'est pas toujours très judicieux mais parce qu'ils ne comprennent pas encore totalement le sens des items (64-66)	C'est normal parce que c'est le début (66) C'est pour ça que je les mets en groupe pour faire ce travail et qu'ensuite je fais une restitution orale devant tout le monde. Parce que je sais que c'est un exercice difficile et qu'on ne peut pas le faire tout seul dans son coin... (67-69) Je guide vers l'évaluation (93)	Ils partagent en groupe
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Lien avec la situation du cas de la personne pas des généralités	J'entends ses réponses	L'étudiant a compris la situation	Qu'il propose des soins adaptés à la personne (117)		Il respecte la méthodologie (193)
	Valoriser le travail de chacun (158)	Les réajustements et les évolutions par rapport au travail de groupe d'hier (168)	Ils ont pris du temps pour travailler (159)	Si je ne les fait pas passer, je ne les valorise pas et ils vont se dire que la prochaine fois ce n'est pas la peine de faire le travail car tous les groupes ne passeront pas (160) Ils peuvent se dire : « ça ne sert à rien que l'on bosse puisque de toute façon elle n'écoute pas ce qu'on a fait comme boulot ». (203)		Je les ai tous écouté. C'est mon devoir (167)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Correction des supports des ESI	Différentes manières de faire (233-245) Certains réajustent leurs données sur le PC avant de passer (234)	Ils peuvent parler entre eux (233)	C'est constructif Je trouve que c'est bien car ils le remobilisent tout de suite et ils savent après si leur réajustement est correcte ou pas. Je trouve toujours cette démarche intéressante quand il y a des groupes qui le	Je ne dis rien et accepte le bruit (233)	J'arrive à respecter le temps (291)

Annexes

		Des groupes qui ne réajustent pas en même temps que la présentation de leurs collègues mais qui réajustent à l'oral au moment où ils passent (238)	Ça me va (239)	font (236-237) Le support informatique permet de mieux suivre (240)	Je trouve que c'est le support idéal pour suivre et réajuster (241)	
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation		des groupes qui corrigent d'emblée quand ils sont au tableau sur leur support. (243)	ça m'agace un peu (244)	Je trouve que l'on perd du temps parce que c'est fait en même temps (245)	Je ne dis rien (254) Je ne les écoute pas car je suis sous l'emprise de ma colère (287) au début	
		Il y a une étudiante du groupe qui s'est assise et qui a pris sa trame écrite et qui a fait des corrections tout de suite. (249)	Ça c'est bien je trouve (249)	Je ne perds pas de temps (250)	Je ne dis rien (254)	
Répondre aux attendus de l'évaluation (102)	A l'évaluation voilà ce que vous allez avoir ; ou faites attention à ce point-là le jour de l'évaluation ; ou à l'évaluation c'est ça que j'attends (101)	Ils posent des questions	Ils sont intéressés pour valider Ils veulent un corrigé type pour l'apprendre par cœur (113)	Je dois leur donner des réponses et recadrer les choses (112) Ils veulent refaire pareil au moment de l'évaluation (114)	Evite qu'ensuite j'ai des remarques du type : « vous ne nous avez rien dit... Vous ne nous avez pas corrigé durant le T.D. On ne savait pas sur quoi allait porter l'évaluation... (132)	Je suis en adéquation avec le référentiel (135)
Donner une méthodologie	Respect de la méthodologie (193)	Les données sont dans les bonnes cases (194)	Ils respectent la méthodologie demandée par le référentiel (192)	Suivent ma grille de lecture (195)	Donne une grille de lecture et une méthodologie	Respect de la méthodologie (400)
		Je suis concentrée sur ce qu'ils projettent et sur ce qu'ils ont écrit (197)	Je ne vois pas les interactions entre eux (196)	Je n'oublie rien (198) Je laisse quelque chose le plus juste possible (199)	Je corrige et je valorise le travail (200) Je réajuste (217)	
	Je demande un support (226)	Ils me le rendent et le font sur PC (227)	C'est plus facile à suivre (228)	Tout le monde reste concentrés (229)	Je n'impose pas le silence complet car ils réajustent sur le PC et discutent entre eux (234)	
Dynamique de groupe	Ecoute de l'expression de chaque groupe	Ils sont respectueux quand les groupes passent (45) Ils corrigent directement sur leurs feuilles (175)	Ils écoutent chacun (46) Ils se sentent concernés (173) Ils comprennent mieux ce que j'attendais d'eux ainsi	Chaque ESI peut faire un comparatif avec son travail. Chacun peut corriger tout de suite ses erreurs (53)	J'écoute et je mesure les écarts entre eux (49)	Tous les groupes ont présenté leur travail avec le support informatique (47) Que tous les groupes passent et donnent aux autres le fruit

Annexes

			qu'au moment de l'évaluation (176)			de leur réflexion et la manière dont ils ont travaillés et résolu le problème (171)
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
	Question et décorticage avec le 1 ^{er} groupe (138)	Je pose beaucoup de questions Je les sollicite beaucoup	C'est là que je passe le plus de temps pour réajuster parce que je sais que les groupes d'après il y aura les mêmes erreurs ou des choses identiques (145) C'est un moment important pour moi (139)	Je ne suis pas équitable entre les groupes (141) oh, là, là tu as passé beaucoup trop de temps avec ce groupe-là (153) Je pense aussi que c'est là où ils sont le plus attentifs (147) Je prends trop de temps... Je me dis que cela peut aussi épuiser les étudiants parce que je sais que je vais tous les écouter ensuite par la suite et des fois ils doivent se dire qu'à ce rythme-là ils ne sont pas encore sorti (154-156)	Je mets vraiment mon énergie dans le début du T.D. et j'en fais comme un moment important dans mon animation et dans ma manière de guider la restitution du travail. (149)	Réajuster les bonnes choses au bon moment (372) Etre cohérente d'un groupe à l'autre (374)
Préparer au travail en équipe	Mettre en travail de groupe Présentation en sous-groupe	Souvent ils me disent qu'ils en ont assez des travaux de groupe (75)	Demain professionnel ils vont vite se rendre compte que c'est le plus souvent en équipe d'infirmière que cette réflexion est menée (71)	C'est l'affaire de toute l'équipe soignante (75) C'est une manière de se préparer à son futur métier(82)	C'est une base du métier. Il faut travailler avec tout le monde (78) C'est ça a réalité du travail infirmier de demain donc je dois les préparer dès la 1 ^{ère} année. Cela ne s'improvise (79-81) Guide vers la professionnalisation (96)	Je suis en interaction avec les autres (186)
Poser les bases de la profession	Utilisation d'un langage professionnel (307)	Utilisation des mots employés (308)	Je suis dans le cœur de métier (309)	Que c'est important		
	J'essaie qu'ils exercent leur raisonnement clinique (313)		Par contre raisonner et poser un jugement clinique ce n'est pas quelque chose qui s'improvise ou qui s'apprend sur le tas. (317)	Il y a un temps d'apprentissage de la méthodologie qui passe par un temps de formation. Cela me semble indispensable et incontournable (318)	Apprendre le raisonnement clinique c'est plus compliquer que faire un geste technique (321)	

Parcours d'action de Camille T3

Parcours d'action du CSF F1 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Installation dans la salle	Je demande au 1 ^{er} groupe de commencer	1 ^{er} groupe met beaucoup de temps à s'installer (10)	Je remarque que ce n'est pas encore quelque chose d'instinctif chez eux (11)	Je dois encore reprendre	Qu'ils ont besoin que je leur donne mon accord pour commencer. (11)	Ils commencent
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	J'écoute et je prends des notes par rapport à ce qu'ils disent et ce qu'ils présentent sur le power point (13)	Je joue avec mon stylo, je le tourne dans tous les sens (17)	Je sais en me voyant que je boue à l'intérieur (18)	ce n'est pas super ce qu'ils sont en train de me dire et de présenter (19)	Je suis en train de me demander comment je vais bien pouvoir continuer avec eux et reprendre tout ce qu'ils viennent de dire... (20-21) Je me dis que je ne peux pas tout laisser passer (21) Je me dis que je ne peux pas tout laisser passer (22) Là je reprends la fiche pédagogique qu'ils ont eu et que je leur ai donné pour être sûre que moi je ne me trompe pas et que je ne me suis pas trompée dans la fiche pédagogique que je leur ai remis...(24)	Ils ont compris la situation de la personne et font des liens avec leurs connaissances
	Je reprends la grille de correction et j'essaie de cocher ce qu'ils disent (27)		Je me perds, je ne comprends vraiment pas pourquoi ils ne sont pas repartis de ce que nous avons travaillé précédemment (28)		Je tourne mes fiches, je reprends mes papiers (30)	Je reprends tout avec eux
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je fais les gros yeux, je fais des grimaces (32)				Je prends ma correction, heureusement que les étudiants ne me voient pas parce que j'en fais des grimaces (31) Je joue toujours avec mon crayon... Bon ce qui est bien c'est que je les écoutes sans dire un mot... Mon corps parle pour moi... (32)	
	Je vais au tableau (176)		Je pense qu'il faut mettre au tableau les éléments essentiels (177)	Ils vont mesurer ce qu'ils doivent faire (177)		
	Je me lève, je vais vers le tableau mais... Je décide en chemin		Je me dis que je préfère attendre les autres groupes passent (180)	Qu'il y en a qui seront peut-être plus pertinent que celui-là. (181)	Je repars sur les problèmes pour décortiquer chaque point afin de faire le point et contrôler les	Je vérifie les connaissances (186)

Annexes

	d'attendre... (182)				connaissances. C'est pour cela que je leur demande ce qu'ils pensent de la mise en place d'une sonde de gastrostomie. (182-184) Je valorise un peu ce qu'ils ont écrit (187)	
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je pose des questions (226)		Je reprends tout et je pose des questions pour voir s'ils ont bien compris (227)	Je vérifie leurs connaissances (227)	Je refais un mini-cours (228)	
	J'essaie de reprendre avec eux pour qu'ils identifient le problème (188) Je les mets sur la voie en leur demandant de faire des liens avec l'épilepsie (189)	mais ils n'y arrivent pas (188) Mais c'est pareil ils n'arrivent pas à faire des liens (191)	qu'ils identifient le problème		Je les reprends sur le problème et sur l'argumentation. Voilà... (191) Je reprends mon corrigé je ne me souviens plus exactement de la formulation correcte. Je veux dire la même chose à tous les groupes donc Je suis obligée de reprendre mes notes pour dire pareil à tous les groupes. (194-196)	
	Je fais de l'humour (204) Je les provoque (209)	Ils ont inventé des risques dans leur présentation (211)	Ils inventent pour remplir les cases (212)		Je reprends l'ensemble (213) Je donne les consignes (340)	Ils utilisent la bonne méthodologie et ils ont compris la situation en lien avec leur connaissance
Dynamique de groupe	J'écoute, j'écris	Le groupe fini en demandant ce que les autres en pensent (35)	Ils donnent une ouverture et ils ont besoin du regard de leurs collègues (36)	Que c'est bien (36) Pour moi c'est une excellente porte d'entrée et c'est pour ça que je ne dis rien et que j'attends aussi parce que je voudrais que cela viennent d'eux enfin surtout des autres qui ont écouté (38)	Je repose la même question que le groupe, et j'attends... (40) J'intervienne là parce que je préfère que l'on reparte sur un plan et quelque chose de structuré pour éviter de se perdre et avoir un chemin assez logique dans la réflexion (43-45)	Il y a une étudiante qui se risque et qui dit que son groupe n'a pas fait comme ça enfin que ce n'est pas ce qu'ils avaient compris de faire (42)
	Je valorise les ESI du 2 ^{ème} groupe (248)	Ils expliquent l'ensemble des données et font des liens avec les connaissances (252)	L'écart est énorme avec le premier groupe C'est précis et synthétique (251) Il manque les objectifs (254)	Ils ont compris la situation (251) Je vois qu'il y a une analyse (253)	Je décide là, de ne pas reprendre les objectifs parce que j'ai tout décortiqué avec le groupe précédent donc je ne refais pas le cours car c'est comme tout à l'heure. Il y a plus d'échange avec ce groupe (255-257)	
Méthodologie	Donne une structure (44)		Je veux un chemin assez logique dans la réflexion (44)		Je repars du début en leur demandant de dire ce qu'ils pensent de la présentation (45) Je reste sur un aspect méthodologique (46) Je dois vérifier et contrôler (107)f	J'ai tout vérifié et contrôlé qu'ils ont tout acquis (107)

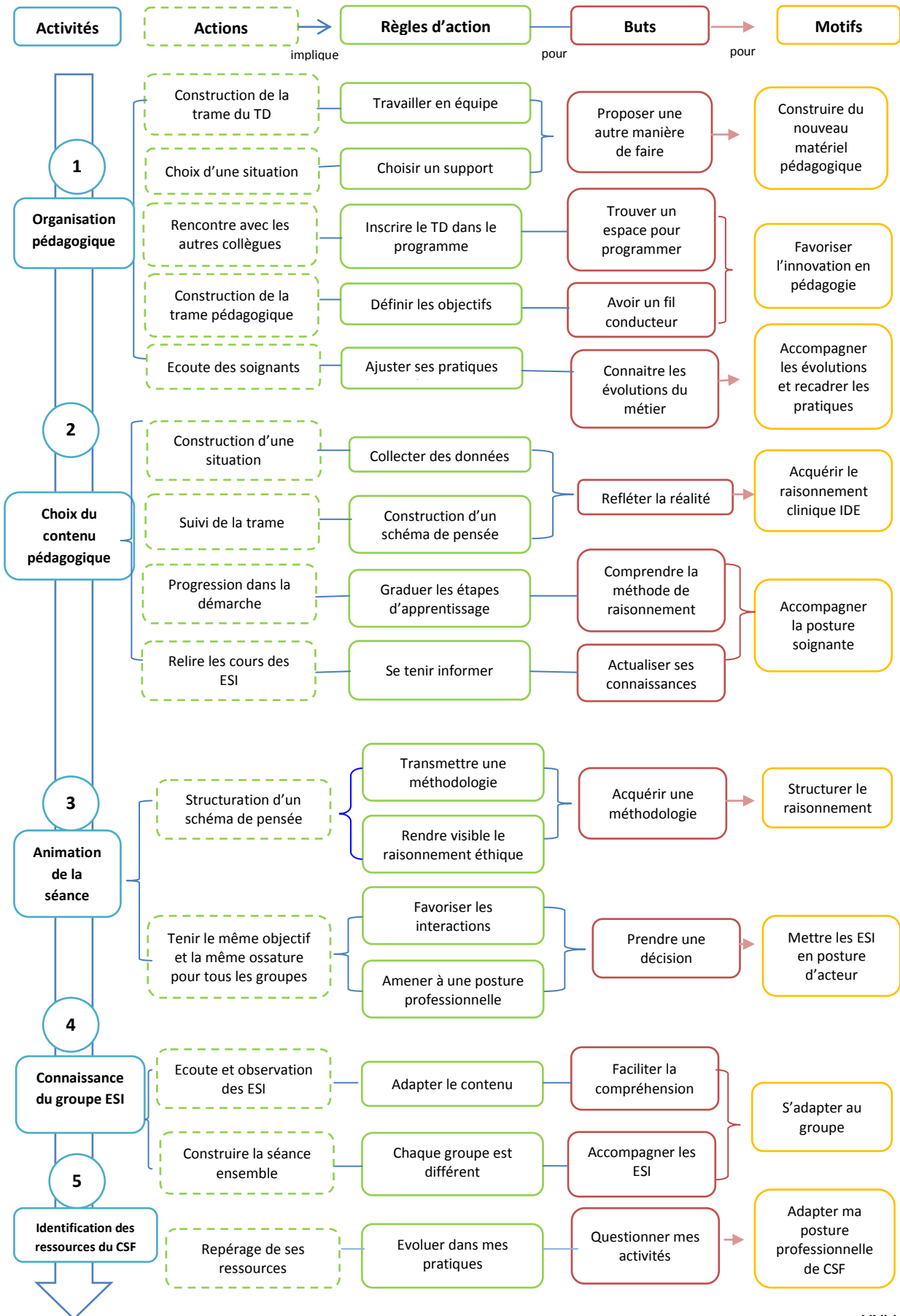
Annexes

	Je veux que cela vienne d'eux, je ne veux pas intervenir (48)	C'est difficile pour eux	J'aimerais bien tout ne pas avoir à corriger (50)		Je laisse du temps exprès (49)	
	Je reviens sur la méthodologie. (64)		Je pense que ça fait au moins 10 fois que je recadre (64)	Il suffit de suivre le cadre (66)	Je leur ai même donné un support avec des cases mais visiblement cela n'est pas suffisant. (65)	Cohérence avec le référentiel de formation et la fiche pédagogique (80)
Méthodologie		Ils ne savent pas présenter un patient (68)	Ils suivent bêtement une trame (68) Je dis qu'ils ont travaillé comme un devoir d'école (74)	Ils ne se posent pas les bonnes questions (69) Ils ne font pas de lien avec l'exercice professionnel (74) Ils ont voulu me faire plaisir et suivre les consignes (75)	Je leur demande si c'est comme ça qu'on présente un patient dans le service (70) je leur fait un cours (124). je leur donne les éléments importants et je reprends les éléments du cours que je leur ai donné en amont. (125)	Je suis soulagée quand ils disent non (72)
	Je suis la fiche pédagogique (118)		Je ne peux pas m'en écarter (118)	C'est un point de repère pour moi et les ESI	je la prends souvent et je relis pour être sûre que je suis bien toujours dans l'objectif. Sur les images on voit que je regarde le corrigé et la fiche pédagogique... (119)	Ils sont capables de retranscrire la méthodologie (350)
Vérifier les connaissances	Je pose des questions en lien avec les connaissances (130) je reprends on ne parle pas d'IMC chez un enfant (131)	Ils ont des difficultés à répondre (133)	Ils n'ont pas fait de recherche pour comprendre (134) Ils n'ont pas repris leur cours pour faire des liens (135)	ils ne peuvent pas réaliser l'analyse de la situation. (136) Ils n'ont pas compris (141)	Je reprends aussi le déficit moteur de l'enfant et je m'aperçois qu'ils n'ont pas les connaissances de base. (133)	Je leur donne le niveau d'exigence que moi j'attends (159)
	Je leur dit : « c'est important pour moi que je vois que vous avez compris que cet enfant... » (163)		C'est vrai que j'incite beaucoup (164) Mais il faut qu'ils comprennent cela (165)	Pour moi c'est important qu'ils aient conscience de ça car cela va conditionner tout le reste. (162)	Je pense que c'est important de leur dire. Je donne le cadre (161) Je fais à nouveau un cours méthodologique sur la manière de transmettre les choses. Je les reprends sur les éléments mis sous forme de traits et pas sous forme narrative avec des liens entre les signes et les connaissances qu'ils ont. (166-168) J'écoute, je valide, je questionne et je vérifie les connaissances.(273)	
Vérifier les connaissances	Je ne peux pas les comprendre (169)	Ils ont repris la situation sous forme de traits (170)	Je ne vois pas qu'ils ont compris (169) Au départ en les écoutants je pensais qu'ils n'avaient pas compris la situation mais en fait ils n'ont	Ce n'est pas cela analysé une situation (171)	Je refais un cours (171)	

Annexes

			pas assez de connaissances pour faire les liens. (172-174)			
	Je refais un cours (200)	Ce n'est pas bon	Ils doivent tous avoir les mêmes termes (198)	Ils doivent avoir le même corrigé (199)	Je reprends les bons termes médicaux (202) Je parle de transport médicalisé et je vérifie en même temps s'ils ont les bonnes connaissances. Je passe sur la douleur (203)	Je m'assure que tout le monde a le même corrigé (200)

ANNEXE 10 : Schéma des raisonnements de Karine



ANNEXE 11 : Parcours d'action de Karine T2 et T3

Parcours d'action du CSF F2 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Arrivée dans la salle de cours (11)	Je prends la température du groupe (12)	Ils s'installent	Je ne connais pas trop ce groupe-là (12) Je prends un temps d'adaptation pour eux et pour moi (14)	Je me sens un peu obligée de faire une petite mise en confiance, de prendre un premier contact avec eux (13-14)	J'échange avec eux d'une manière informelle	Je me sens en confiance
	Je pose le décor (187)	Ils écoutent et posent des questions	Et là je me dis mais qu'est-ce que j'ai oublié, (189)	Je peux rattraper le coup comment (189)	Je réponds aux questions et réajuste les données La prochaine fois il faudra que je rajoute tous ces éléments mais il faut que je m'en souviene (190) je me dis qu'est-ce que je peux leur dire de plus pour les aider (192)	
Présenter le TD	Je présente ce que l'on va faire (15) Je donne les objectifs (41)	Ils écoutent, ils sont attentifs	Je veux qu'ils repèrent les étapes (42)		Je donne le cadre Je fixe les différentes étapes du TD Je l'inscrit dans une réalité professionnelle	Ils voient ou je vais
Début de l'activité pédagogique	Identification des acteurs (17)	C'est plus ou moins difficile (16) car personne n'est volontaire tout de suite	Je ne suis pas bien (17) Je me suis posée beaucoup de questions et je me suis dit : « si jamais je n'ai personne qui se propose qu'est-ce que je vais faire... » (18)	Parce que je n'aime pas trop être directive et leur dire vous, vous et vous... Je me suis dit comment moi je vais marcher dans la négociation (20)	Il va falloir négocier (20)	Des acteurs se proposent
	J'ai donné les rôles à chacun (21)	Elles ont proposé des situations hyper enrichissantes, différentes. (177)	Je me dis elles sont en situation de stress, là les trois qui ont joué (175) je me dis : « oui, là super on sent déjà une posture qui commence déjà à bien s'installer avec des spontanités naturelles... (180)	Que les soins palliatifs ce n'est pas facile, que le refus de soins n'a plus (176)		
Mise en place du jeu de rôle (22)	Je regarde et je les écoute	ils ont tous commencé dans le jeu de rôle par une introduction et donc l'étape de l'accueil, de la présentation donc la civilité et je m'assoie. Puis ils ont pris un temps d'écoute, de	Ils font des liens entre leur cours, les stages... (370)	qu'elles mettent du sens entre comprendre et la situation mais aussi qu'elles donnent du sens entre compétence et situation. Et mettre du lien entre les deux.	je trouve qu'elles ont mobilisé leurs savoirs sans que j'ai eu besoin de leur dire : « penser à ça, ou à ça, ou allez chercher ». (379)	Ils sont dans une phase d'appropriation (383) 0

Annexes

		communication. Mais en fait ils écoutent, explorent, ils ont essayé de chercher et tu arrives à une conclusion de situation (366-369)		(373-374)		
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Echange avec les ESI sur leur vision des choses (52)	Ils m'ont présenté les différentes étapes (53)	Ils sont dans ce que j'attends	Ils ont compris les objectifs du TD	Je les écoute et j'interagis avec eux	Ils sont dans les objectifs du TD (47-49)
	Je guide les ESI dans leur réflexion (54)	une personne a dit : « oui, c'est important de faire changer de sujet à la personne plutôt que de rester sur le sujet de la mort et ceci et cela ». (56)	je ne m'attendais pas trop à dire entre guillemet (57)	On distrait ou on cherche des appuis autrement en tout cas par une négociation, mais une fois que l'étudiante à argumenter ses propos et qu'elle a formulé quel objectif elle avait pour faire comme ça, je trouvais que c'était quelque chose que j'accueillais facilement (60) pour moi son argumentation était pertinente alors que son action m'a interrogé au départ. (62)	Je dois les accompagner dans leur questionnement (279) Je dois les laisser autonome (278) mais aussi les accompagner C'est une démarche qui doit être accompagnée et ensuite nous on peut valoriser la réflexion de chacun. (280)	Ils se construisent leur identité professionnelle (298)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je suis un médiateur entre les ESI d'un même groupe (89)	Il y a des échanges entre les éléments des groupes avec des avis différents (88)	Ils ne sont pas d'accord et ne voit pas les choses pareil	Je dois intervenir et les aider à clarifier leurs idées en les argumentants (88-90)	Je tourne dans les groupes Je prends mon temps de les écouter (105) Bonne gestion du temps (107)	Ils prennent une posture professionnelle (168)
	Questionne et échange avec ESI	Certains utilisent leur vécu de stage ou les analyses de pratiques (174)	Ils mobilisent les acquis de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année (173)	C'est une avancée et qu'ils se construisent une posture professionnelle au fil du temps (173)	Poser des questions Faire des liens avec les stages Dispositif construit autour de l'alternance intégrative (270)	Ils prennent une posture professionnelle (168)
	Je prends une posture de modérateur dans le groupe (240)	Il y a des visions différentes entre deux étudiantes dans un groupe (222-235) C'est chaud bouillant au départ quand j'arrive dans le groupe (241)	Elles ne sont pas d'accord (235)	Je ne sais pas comment je vais me sortir de ça (236)	Je pose des questions Je fais intervenir tout le monde (238) Je réussis à être un médiateur et je négocie avec les deux étudiantes (240) Je touche l'identité professionnelle un peu les connaissances car elles guident la réponse des soignants(298)	
	J'écoute la	oui, il y a eu	Ca me déstabilise	C'était carré,	Analyse de la situation	Certains ESI

Annexes

	présentation d'un groupe (248)	trois stratégies différentes de menées entre les différents acteurs... » (252)	(249)	structuré (253)	(257) Ecoute et question sur le groupe	vont vers ce que nous essayons de leur conseiller (269)
Temps d'écriture Individuel (24)	Je demande aux ESI d'écrire leur impression sur les trois situations	Les ESI écrivent beaucoup (25) Peu d'ESI écrivent peu (25)	Je trouve se temps profitable (24)	Que cela est important et aide à la construction	Je les regarde écrire	
			C'est important pour les gens qui sont timides (76)	parce qu'ils vont plus facilement écrire, c'est pour moi une stratégie (77)		
			Je suis là aussi pour les gens qui vont avoir des difficultés à s'exprimer en groupe (78)	les autres cela va être plus facile parce que cela vient naturellement. (79) tout le monde ne peut pas avoir la parole et tu ne peux pas intervenir sur chaque parole de personne. 80	Permettre à tout le monde de s'exprimer et d'avoir une interaction pas forcément avec moi, le formateur (83) Je passe dans tous les groupes (85) Je permets d'élargir la réflexion en cours ou de s'appuyer sur une idée ou peut-être d'être plus médiateur quand on s'acharnait trop sur l'acteur du type : « moi, je n'aurais pas fait comme ça ; je ne comprends pas ton choix... ». (87-89)	
Temps d'écriture collectif	Propose des petits groupes (26)	Ils se mettent en groupe (27)			Je chemine avec eux (27) Je tourne dans les petits groupes J'échange avec eux Je vois ou ils en sont dans leur réflexion (28)	
Travail sur l'article	Je distribue l'article	Ils lisent l'article (29)				
	J'échange avec eux et répond à leur question (29)	Interpellation des ESI (30)	Besoin de clarification			
Synthèse du TD	J'essaie de faire une synthèse (32) de tout ce qui c'était passé		Je suis toujours insatisfaite des synthèses parce qu'il y a tellement de richesse dans tous les groupes que tu n'arrives jamais à tout restituer (33)	Je n'arrive pas ou j'ai l'impression que je n'arrive pas à retranscrire à chaque fois la richesse de tous les groupes. (35) C'est une mission impossible (37) Tu dois te dire, que dans leur tête il s'est passé des choses merveilleuses mais tu n'y as pas accès et qu'à un certain moment il faut	Je recherche les interactions (122) Quelque chose qui les a bousculés (123)	Des apprentissages se sont réalisés ou qui ont avancés (124)

Annexes

				faire confiance à l'étudiant et ce dire que cela lui a apporté quelque chose mais que toi tu n'y as pas accès, et toi tu ne le sais pas (119-120)		
Evaluer le TD	Je pose des questions de satisfaction sur le TD à partir des trois bonhommes (38)	Chaque ESI donne un chiffre et deux mots (133)	Je veux savoir à chaud leur degré de satisfaction (38)	s'ils le disent pour me faire plaisir ou si c'est vrai (142)		
		Deux ESI disent le chiffre 2				

Parcours d'action de Karine T3

Parcours d'action du CSF F2 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Présenter le TD	Je réexplique dans quel TD on se trouve (16)	Ils écoutent tous (30)	C'est important que je leur dis qu'on est à la fois dans les soins relationnels, dans les soins palliatifs et dans l'éthique (17)	C'est bien pour eux et pour moi (18)	Le fait de réexpliquer et de bien positionner ça c'est très bien. Après c'est clair pour eux et pour moi.	J'ai posé le cadre du TD
	Je justifie ma présence (21)	Ils savent que je ne suis pas référente de cette UE (24)	Je dois leur donner des explications	Je dois être crédible	De leur dire que je fais partie d'un groupe franco-Belge qui travaille sur cette méthode, je trouve que c'est important car cela donne du sens et légitimise ma présence (23)	Je suis au clair avec moi-même
	Je donne le cadre (38)	Ils m'écoutent tous (30)	C'est la 1 ^{ère} fois ce n'est pas simple pour moi (39).	Je suis stressée (39)		
	Je donne mon objectif (50) par rapport aux acteurs	Ils écoutent mais aucuns étudiants n'acceptent de jouer les acteurs (42)	J'incite beaucoup(43)	J'ai vraiment envie que ça marche et je sais que tout repose dessus. C'est capital pour moi (44)	Je suis stressé, je pose le cadre Je rassure par rapport au jeu de rôle (50) Moi je préfère partir d'un jeu de rôle qui n'est pas parfait car on construit plus et c'est plus formateur pour tout le monde et surtout je trouve que ça enlève une pression au niveau des acteurs (54)	Des acteurs se proposent
Début de l'activité pédagogique	Je demande des acteurs	Tout le monde se regarde	C'est un peu du chantage ce que je fais, mais bon... (79)	J'ai tellement peur que personne ne se propose... (79)	Je suis patiente (77) J'attends que les acteurs se désignent... (78)	Des acteurs se proposent
	Je pars avec les acteurs	Tout le monde est debout (88)	Je suis stressée	Je n'aurais pas le temps (90)	J'explique les différents rôles (92)	

Annexes

	dans le couloir (88)		Ce n'est pas correcte (93)	Je me sens speed (94) J'aurai du dire aux ESI d'être assis (93)		
	Je donne des explications sur les différents rôles (96)	Elles sont debout et écoutent	C'est important			
	Je prends du temps avec l'acteur principal et discute avec (105)	Elle me pose des questions(107)	Elle a compris ce que j'attends d'elle (107)		Je suis assise et je prends un peu plus de temps... Là, je m'aime bien... C'est mieux je trouve... C'est plus moi... Mais je sais aussi que c'est important (108)	
Mise en place du jeu de rôle	Explication de l'observation flottante auprès des observateurs (134)	Ils écoutent, ils sont très attentifs (135)	Je vais à la rencontre des ESI (136)	C'est bon pour tout le monde (139)		
	Je leur demande d'installer une chambre de malade avec le matériel que je suis allée chercher en service (142)	Ils bougent, ils installent comme une chambre de patient pour faire le décor de la scénette (143)	Cela les rend aussi un peu plus actif (147)	les étudiants ont été beaucoup plus forts que moi, ils étaient plus performants. (150)		
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je prends des notes sur un des acteurs (188)		j'essaie de repérer les différentes étapes (194)	J'ai peur d'oublier (189)	Je prends des mots comme ça, en fonction de ce qu'elle dit ou fait (196) Je vais les réutiliser après, (200)	
	J'écoute, je les vois jouer, je les vois en action, je les entends (227)		Je suis concentrée sur l'échange (233)	Je ne vois pas les autres (234)		
	Je débats avec les ESI (512)	Ils me donnent une place (513)	Je fais partie de la réflexion et le questionnement du groupe (514)	Je travaille dans une équipe avec eux	D'interagir avec eux	On forme une équipe pour réfléchir ensemble
	Je les aide à travailler les variants et invariants de cette situation (562)	Ils jugent la forme et pas le fond (567)	Je trouve que cela vient parasiter. (568)	je me dis mais comment on peut faire pour sortir de là (567)	Je redonne les consignes (561)	
	Je donne un texte (592)	Ils lisent et font le point avec les idées clés (600)	C'est bien, j'ai la même posture	Je les écoute et je trouve que c'est un bon équilibre entre les moments individuels et ceux en groupe (608)	J'essaie de les questionner, de les renvoyer à leur cours, à leurs expériences et à construire leur réflexion... J'essaie de les écouter pour être à la fois formateur et observateur à la fois mais sans développer énormément l'observation et tu vois... Pas à la fois surdimensionné l'observation et pas surdimensionné la formation. (603)	

Annexes

Temps d'écriture Individuel (24)	Je propose aux ESI d'écrire	Ils écrivent sur une feuille	Ils répondent à la consigne. C'est important de laisser une trace (347) C'est eux qui bossent (350)	Moi je suis seule (298) Je sais que c'est important pour eux mais je m'ennuie (333) Je m'ennuie, (350)	Je les regarde Je repère ceux qui n'écrivent pas pour les interroger après (300) Je tourne en rond et j'ai l'impression de perdre mon temps (351)	Tous les ESI prennent un temps individuel pour écrire
Travail en sous-groupe, échange	Je me déplace pour être avec eux (378)	Les ESI bougent pour ce mettre en groupe (376)	Je ne veux pas rester derrière (378) Je veux garder le lien de ce qu'on a commencé à construire (405)	Je ne veux pas rester toute seule dans mon coin à attendre (379)	Je les aide à mettre les chaises, je participe à l'installation (380)	Je forme une équipe avec eux
		Un étudiant reste seul (387)	Il attend toujours le dernier moment sans bouger. Il va se mettre dans un groupe en fonction de ce qu'il a observé (388)	Il est stratégique (388) Il ne se mouille pas (389)	Je veux qu'il bouge sa carcasse (389)	
	Je leur demande de laisser de la place entre eux (389)	Je trouve que c'est moins confortable après quand tu discutes et quand tu échanges et qu'il y a les autres à côté qui échangent aussi. (391-393)	Je trouve qu'ils peuvent ensuite se parasiter un peu au moment des échanges. (390)	Il faut que je participe. Je n'arrive pas à rester là dans mon coin sans rien dire. Il faut que je dise quelque chose, c'est plus fort que moi. Il faut que je sois active, (395)	J'ai besoin de montrer que je suis là, que l'on va travailler ensemble. (405)	
Travail en sous-groupe, échange	Je leur demande de se mettre en petit groupe (418)	Ils bougent	Cela favorise les échanges (419)	Moi je vais passer et donc s'ils n'ont pas compris quelque chose il y en a un qui va me poser la question. (419)	Je me déplace, je vais vers eux, je réponds aux questions ou je participe à l'échange	Je suis avec eux
	Je leur dis débrieffez entre vous (424)	Ils se mettent en sous-groupe et échangent entre eux	Moi je ne sais pas quoi faire (424)	Que les moments où tu n'es pas là peuvent être aussi des moments très importants pour l'apprentissage des étudiants (428)	Je me retire pour les laisser travailler entre eux (428) ils échangent entre eux, il y a pleins de moments hyper intéressants et moi j'en suis exclue et je n'ai pas participé à ça et accepter en tant que formateur que tu n'es pas eu accès à ça (433) qu'il y a eu quelque chose que tu ne peux pas écarter, sauf que c'est sans toi. Il y a quelque chose qui s'est construit d'une certaine façon dans leur groupe, mais toi tu n'y a pas accès et toi tu es catalyseur de ça. (435). Et de ne pas récolter forcément les fleurs de ce travail car c'est eux	

Annexes

					qui l'on fait. (438) Toi tu as mis le dispositif et eux ont fait le reste. (439)	
	Je vais vers un groupe car cela suffit d'airer toute seule (452)	Il y a en ce moment quelque chose qui se passe entre deux personnes. Une qui a jouer un rôle et qui est en train de défendre sa position. Et une autre qui est en train de lui dire qu'elle ne voyait pas les choses comme ça et que ça n'a pas l'air d'être accepté par celle qui l'a joué, tu vois (454-457)	Je me suis sentie un peu en difficulté (453) je suis en train de réfléchir sur comment intervenir pour ne pas (457) Je ne veux pas qu'on reste sur une confrontation mais qu'on en sorte un axe intéressant dans la réflexion (460-462)	Je suis en train de me dire dans ma tête comment je vais intervenir pour qu'on en sorte quelque chose d'intéressant et de constructif pour l'exercice infirmier (460)	Je ne pensais pas qu'il pourrait y avoir un conflit entre deux personnes sur cette thématique (465) Je connais bien les deux étudiantes (458)	J'ai fait le tour de tous les groupes
Travail en sous-groupe, échange	Je vais vers un autre groupe qui échange beaucoup	Un groupe échange beaucoup (487)	Je suis dans la position de me dire est-ce que je laisse échanger et je suis un simple observateur et j'utiliserais cela tout à l'heure ou là, par rapport à ce qui ressort je dois intervenir et déjà faire un premier point avec eux (488)	Je dois faire un choix. Ce n'est pas facile. Je ne sais pas ce qui est le plus formateur pour eux... (492)	Et je trouve que c'est toujours difficile quand tu es formateur... (492) Je ne voulais pas que tout se recentre vers moi. Parce qu'à partir du moment où tu prends la parole en tant que formateur tous les étudiants te regardent et tout se centre sur toi (496) Je trouvais qu'ils discutaient tellement bien entre eux même si par moment ils se coupaient la parole... Je trouvais qu'ils étaient tellement passionnés dans ce qu'ils vivaient et ce qu'ils échangeaient, que je me dis, il faut que je m'efface et en même temps, je suis là. (498)	
	Je change de groupe (522)	Je remarque qu'une étudiante n'est pas ouverte (520)	Elle a raison dans ses propos mais ne met pas la forme (524)	En terme de communication ce n'est pas ce que j'attends (525)	Elle me met en doute car elle sait plus de chose que moi (530)	
	Un autre groupe	On se focalise sur l'acteur. On lui dit : « toi t'a fait si, t'a fait ça » (545)	On est plus sur la globalité mais on est sur le jeu de l'acteur (546)	Les remarques ne sont centrées que vers eux, et dans la discussion globale les autres, on est tous des observateurs, tu vois ? (552) je pense que c'est un peu difficile que les acteurs soient	Je me suis demandé, s'il ne serait pas mieux de faire un sous-groupe d'acteur. Pour qu'ils débriefent entre eux. Tu vois là, ça me reviens en mémoire. (543)	

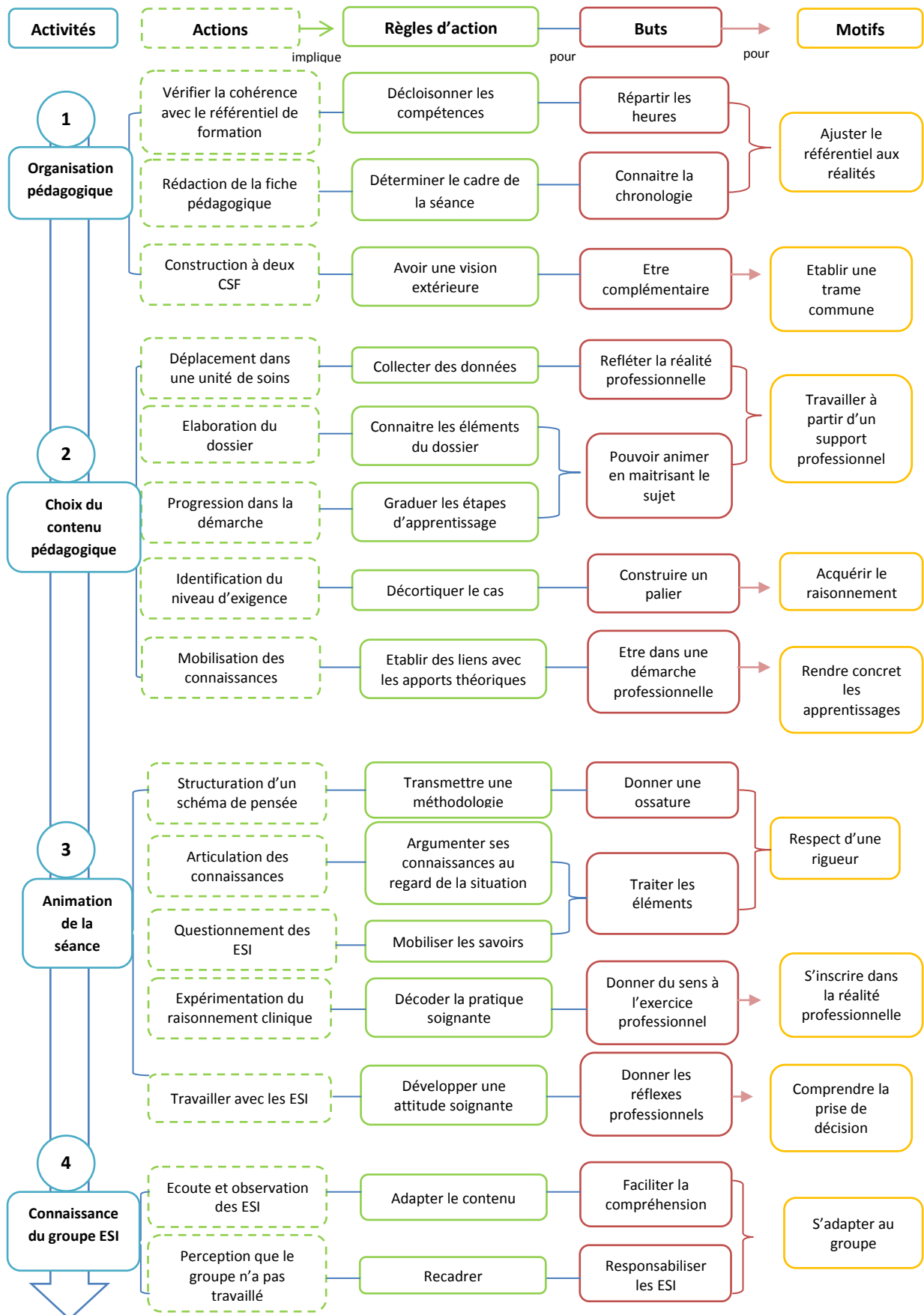
Annexes

				dans les sous- groupes parce que du coup, tout se focalise sur les acteurs. (540)		
Synthèse du TD					Je suis synthétique. Je n'ai pas l'impression de répéter 50 mille fois les mêmes choses. (407) Je ne me répète pas (412)	
	Je fais la synthèse	Ils me tournent le dos et reste dans la disposition du travail de groupe (622) Tu parles et il y en a tu ne les vois pas... Ils te tournent le dos (624)	On ne change pas de décor (615) Ce n'est pas le décor d'une synthèse (618)	J'ai encore l'impression que l'on est dans un décor de groupe et pas dans le décor d'une synthèse... Je ne suis pas dans le décor de : « ensemble on décide que... » (618)	Je les interpelle par rapport à ça. Et je me dis : « comment on peut faire une synthèse en étant focalisé comme ça et pas être dans l'espace ou tout le monde est ». Regarde... (625)	Ils m'écoutent et sont avec moi dans la réflexion
			Je trouve que tu n'es pas dans une bonne configuration (630)	Un temps fort de la séance, du T.D. et je trouve que tu n'es pas dans une bonne configuration (631)	Je fais la synthèse mais je suis mal à l'aise (633) je me dis que je serais plus vigilante pour les remettre en groupe, enfin en grand groupe, quitte à ce qu'ils prennent le temps de se réapproprier le décor et voir qui étaient le voisin, la voisine, et qui est en face de moi... (633-635)	
Synthèse du TD	Je raccroche avec un peu de leur vécu (637) Je donne le cheminement qu'on a fait et jusqu'où, on va et comment on continue notre parcours (638)	Ils écoutent et prennent des notes (640) Ils se remettent dans une posture de consommateur (644)	Ils n'écoutent pas (640)	J'ai envie de leur dire : « n'écrivez pas, on cherche ensemble et je vais les noter au tableau et après on les écrira ou je vous donnerai un papier » (641) Je trouve que je les perds (644)		
		Ils se remettent dans une posture de consommateur (644)	Je fais la dictée (645)	Je sens qu'ils attendent. Bon : « elle va nous donner les étapes, on a plus qu'à écrire »...Je trouve que je l'ai perds (647)		
	Je bouge et vais vers eux (661)		Je vais les chercher (662)	Je vais voir s'ils sont avec moi ou pas (662) Je ne fais pas la synthèse pour moi mais pour eux (664)	Quand ils ne répondent pas, je pars à leur rencontre (664)	

Annexes

				S'ils n'écoutent pas ce n'est pas la peine (665)		
	Je me mets au centre (669)		C'est le point central (669) Je les vois tous (669)	J'ai besoin d'être au milieu (669) Je recentre à ce point-là (670)	Je suis dans la même dynamique pédagogique (670)	
Evaluer le TD	Je leur demande leurs impressions sur le TD et je les notes au tableau (683)	Ils me donnent leur avis (684)	C'est une évaluation flash (684)	C'est important comme c'est un nouveau TD (687)	J'écris au tableau, je prends des notes sur une feuille Je vais pouvoir faire évoluer ce TD	Ils se sont tous exprimé

ANNEXE 12 : Schéma des raisonnements d'Eve



ANNEXE 13 : Parcours d'action d'Eve T2 et T3

Parcours d'action du CSF F3 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Donner les consignes (13)	Je demande un rapporteur par groupe (16-17)	Tous les rapporteurs viennent au tableau (17)	Chaque étudiant vient avec son travail (17)	Je gagne du temps. C'est une bonne gestion du temps (31) Tout le monde a travaillé (17)	Faire participer chaque étudiant (24-25)	Je suis dans le temps du TD (14) On a respecté le temps, on s'est retrouvé dans l'horaire une heure ½ (14)
	Suivre les objectifs (19)		Je suis l'ordre chronologique (18)	Je vais pouvoir questionner et requestionner (21)	Poser des questions et vérifier s'il y a une compréhension (21-22) Respecter ce qui a été prévu (46)	Atteinte de l'objectif de départ (153-154)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Recadre, requestionner, approfondir (28)	Ils sortent du contenu (26)	On s'écarte (27)	Ils demandent des précisions, c'est nécessaire	clarifier des aspects de cours (304) En fonction de la réponse que les étudiants me donnent je vois s'ils ont compris ou pas et donc je pose une autre question pour être sûre (309) Je pose une autre question (310)	Ils sortent et qu'il est enrichi ses connaissances, sa compréhension et sa pratique soignante quelque part dans la réflexion (43-44)
	Questionne les données (534)	Ils font un lien avec le recueil de données (532)	Ils sont dans la singularité de la personne (535)			Donne du sens à ce que je fais (539)
	Mobilisation des connaissances	Des ESI posent des questions sur la calciparine (298)	On aborde autre chose (298) Besoin de compléments d'informations (301)	C'est intéressant (299)	Permet de revenir sur des points et de clarifier des aspects de cours qu'ils pensent ne pas avoir compris ou qui demandent des précisions (303-305) Je peux croiser avec plusieurs choses (308)	Ancrer les données et les connaissances (344)
				On clarifie certaines pathologies (88)		

Annexes

		Ils participent 61 Présent même s'ils ne parlaient pas (62) Je le voyais dans leur regard (62) Dans leur attitude (63) Etaient attentif (68)	Cela les intéresse (68) Echanges constructifs travail de groupe (76)	L'approche pédagogique est bonne (78)	Tout balayer pour ne rien oublier (84-85)	je pense avoir brossé ce qui était attendu. (85)
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Questionner en prenant le temps (247)		J'ai le temps Essaie de comprendre (255)	Il peut se tromper (251)	Je guide sans montrer, je guide en faisant que l'étudiant trouve sa réponse (250) Je lui montre ses erreurs (252) J'essaie qu'il trouve par lui-même	Un professionnel compétent sur le marché (258)
	Je les écoute parler de leur pratique (379)	ESI discours différents (375) Certains jetaient les premières gouttes d'insuline avant d'injecter (376)	Pratique différentes	Ils ne font pas tous pareil et qu'il faut préciser	Voir les pratiques (380) Décoder (380) d'aller questionner ce qu'ils ont vu eux dans les pratiques et du coup échanger les points de vue et peut-être après essayer d'amener à un argumentaire ou en tout cas essayer de les amener à réfléchir à ce qu'ils font (381-383)	
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Questionne les compétences (99)	repérer les connaissances qu'il faut choisir pour répondre à la situation du patient et ils en oublient toujours beaucoup, je trouve (105)	Ils cherchent les réponses	Eux vont rester sur les connaissances (103) Ils doivent voir les choses autrement (110)	Mais je dois leur montrer en quoi cela est important et surtout en quoi cela va leur servir dans le cadre d'un patient dans un service. Ce n'est pas toujours un cas papier, c'est aussi un vrai cas et une vraie personne (107-109)	
	Utilise le tableau (157)	J'ai tout sous les yeux et je peux tracer une sorte de chemin (159)	Les ESI me donnent les paramètres (158)	Qu'ils ont compris	Je peux ainsi clarifier des choses, en questionner d'autres pour voir à la fois ce qu'ils ont compris et en même temps mettre à jour leurs connaissances. (160) Le tableau m'aide à noter mais aussi à revenir sur la logique dans le soin. (161-162) Intellectualisant les données et pour les comprendre (167)	
	Questionner demander des clarifications	Ils sont perdus	Ils n'ont pas développé le chemin de pensée infirmière	Que ce n'est pas fait en stage par les professionnels (242)	Développer le chemin de pensée infirmière, la ligne directrice de réflexion d'un soin (241)	
Mettre en lien avec la pratique soignante	Croiser les éléments de la situation	Ils ont les éléments de réponse (114)	Ils ont de la connaissance	Ils peuvent faire des liens (115)	Croiser les connaissances qu'ils ont avec une situation de soins cela me semble beaucoup plus	

Annexes

					pertinent. (117-119) Pas faire un cours pour faire un cours, je trouve que cela n'a pas d'intérêt (116)	
	Accompagner, guider (120)	Ils sont en difficulté (119) Ils ont des connaissances mais ils ne savent pas les croiser avec la situation de la personne (124)	Pas de raisonnement clinique (122)	Je dois les aider (121)	Accompagner, de les guider dans la lecture des situations de soins et surtout les aider à Mobiliser les connaissances qu'ils ont apprises pour les faire raisonner dans une situation précise de patient (120-122) Accompagner à décoder les attitudes voir les gestes des professionnels (234)	Ils donnent du sens à ce qu'ils font (233)
	Croiser les cours et ce qui est vu sur le terrain (170)	Ils ont les éléments de réponse (114)	C'est l'axe que je travaille avec eux (171)	Je ne souhaite pas mettre sur le marché seulement un professionnel infirmier excellent en technique mais aussi quelqu'un qui sait ce qu'il fait et pourquoi il le fait. (172-173)	Je ne dois pas rester seulement sur la technique. Je dois m'assurer qu'ils aient bien l'ensemble des connaissances théoriques pour comprendre la situation de soins. (202-203)	
Mettre en lien avec la pratique soignante	Je leur demande de dire le cours (125)	Ils connaissent les éléments du cours car ils le disent (126)	Ils savent mais ne croisent pas avec la situation du patient (127)	Plus complexe (127) Difficile (128) Là ils ne sont pas dans la compétence (128). Ils ont une tête bien remplie mais cela est insuffisant pour se présenter au lit d'un patient (129) Peut-être une grande source d'erreur car il n'y a pas une compréhension de la situation face à laquelle ils se trouvent. 130)	De développer leur sens critique (134) Il faut accompagner (136) Je ne vise pas la technique d'un soin mais le cheminement intellectuel (268)	
Vérifier les connaissances	Vérifier la compréhension du cours (141)			Qu'ils ont les éléments pour comprendre le sens de la prévention, de l'éducation thérapeutique(145)	Poser les éléments au tableau d'un point de vue pratique et pour qu'eux puissent faire les liens entre la physiopathologie, la clinique, les éléments de surveillance, les thérapeutiques et la situation de la personne (147-149)	
Donner une méthodologie	Est-ce que tout le monde est bien là où l'on est ?	Qu'ils ont besoin d'une ossature (271) D'un squelette (519)	Que ça les aide à cadrer les choses (273)	Qu'ils pourront reproduire après (275)	De cadrer les choses avec une méthodologie rigoureuse (272) Je leur donne une méthodologie (272)	Ils sortent de cours avec la méthodologie Ils ont gagné en analyse (521)

Annexes

Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Donner une méthodologie	Ecrire au tableau	Ils écoutent, ils prennent beaucoup de notes (446)	Ils mesurent un écart entre leur travail et celui des autres (453) Ils complètent, enrichissent, étoffent (451)	Ils en ont besoin	Aller mettre la connaissance dans un schéma de pensée (444) j'essaie de reprendre toujours un petit peu la même méthode pour requestionner (444-446) Dans l'écart, il faut déjà le repérer et ensuite regarder ce qu'il manque, ou ce qu'il faut compléter ou enrichir ou même regarder ce que je n'ai pas compris tout simplement. Cela donne de nouveaux axes de recherche ou de questionnement ou de travail pour avoir une vision la plus juste et la plus complète de la situation. (459)	Emmener sur la piste de l'écart pour qu'ils se forment (464) Je structure ma pensée, je comprends et je questionne les données (715)
	Fait utiliser le téléphone ou la tablette des ESI	Ils vont chercher	C'est plus visuel (628)	C'est attractif Je les rends acteurs (627)	Une approche adaptée à leur style (629)	Savoir chercher l'info (717)

Parcours d'action d'Eve T3

Parcours d'action du CSF F3 en situation de cours						
Tâches	Actions	Je perçois (je sens, je vois)	Il signifie que	Alors je me préfigure que	Je décide d'intervenir J'agis	J'ai résolu le pb quand
Donner les consignes (16)	Je donne les objectifs et pose le contexte du travail (16-17)	Les ESI sont rapidement volontaires pour venir devant (18)	Les ESI ont compris le principe (20) et (32)	Je ne perds pas de temps	Je leur demande de s'installer (21) et (34)	Ils s'installent rapidement (35)
Analyse de la situation (38) mise en commun	Restitution en petits groupes	Ils ont travaillé avant	C'est plus pertinent	C'est comme ça qu'ils apprennent le mieux à faire des liens entre la théorie et l'aspect pratique du soin. (40)	Les mettre en petits groupes (38)	
	Je fais des aller-retour (122) Je pose des questions (123)	Ce n'est pas construit (124) Ce qu'ils donnent c'est pauvre (131)	Ils n'ont pas compris Il y a des réflexes qu'ils n'ont pas encore (134) C'est ça aussi qui leur manque et du coup cela bloque et ça les limites ensuite dans l'analyse. Je trouve que ça c'est un handicap au service de la pratique en	Je dois aller les chercher (123) C'est moi qui dois montrer le chemin à prendre (131)	Je suis obligée de faire des liens (123) Je répète et je rajoute (422)	

Annexes

			service (422-424)			
Restitution des groupes sur l'analyse de la situation	Je mets la trame au tableau (138)	Ils n'y arrivent pas (134) Ils n'arrivent pas à faire l'analyse de la situation (141)	J'attends les éléments que je veux qu'ils ressortent (138) Ils n'ont pas repéré les données justes (142)	C'est normal qu'ils ne s'en sortent pas (143)	J'ai déjà écrit des choses plus loin (139) Je repars en arrière (144) Ils ne peuvent pas comprendre le traitement sans avoir identifié ou se trouve le problème (145)	
	Je leur dit 1, 2, 3 Je le montre avec le crayon au tableau	Il le voit et suivie le chemin, c'est bon maintenant (146)	Cela se met en place petit à petit (147)	Je découvre le mode de fonctionnement de ce groupe (154)		
	Je fais des flèches sur le tableau (187)	Je vois que c'est plus clair pour tout le monde (190)	Je fais des liens entre les données (188)	C'est important de le faire figurer sur le tableau (189) Cela donne du sens dans ce que j'écris (189)	Pour que tout le monde voit (190) C'est plus simple (191) J'utilise de la couleur c'est pour que cela soit plus lisible et plus claire pour tout le monde du coup... (192)	
	Fait recherche du bon terme	ESI pose une question, elle donne son avis, elle complète (463)	Elle mesure qu'il y a des liens qu'elle n'a pas identifié et pas compris (464)	Qu'elle va faire des recherches	Je reprends le vocabulaire (466) faire rechercher le bon terme Je mesure à quel point le travail que je suis en train de faire avec eux est indispensable (468)	
Synthèse de la situation	Demande à une ESI de faire des transmissions sur le cas de la patiente (454)	L'ESI y arrive ou pas	Il a compris	Il fait des liens	Bon exercice (460)	
Contrôle des connaissances	Ajuste ensemble en liant la théorie, les cours de médecins, les soins inf... (45)	Les ESI comprennent mieux (52)	Ils mettent facilement la pathologie dessus car ils identifient le bon fonctionnement du corps humain (53)	On ne peut pas analyser la situation autrement (49) sans avoir bien compris Je suis stricte (54)	Bien assemblé les bons morceaux ensemble sur les données de biologie et de physiopathologie (50)	Ils ont compris la situation de base et les données (50)
		Je suis stricte (54) Sensible (55)	Je veux des éléments précis les chiffres normaux (56)	Plus performant sur le terrain (58)	De les questionner et de vérifier les données précises J'agis au nom de la qualité et de la sécurité pour le patient (59) M'assure que c'est acquis et intégré dans l'eut mode de réflexion. (60-61) Fait répéter à chaque cours (61) Mémoriser les chiffres (64)	Ils donnent les chiffres justes
	Questionner et contrôler à chaque intervention (65)	Ils savent ou pas	Ils intègrent	Ils mémorisent 67Ils préparent le savoir en lien avec le métier d'infirmier (70)	Je mets la pression (67)	
	J'ai choisi l'axe de la connaissance en classant les		Les ESI vont faire des liens avec les données de la	Les ESI ne vont pas mélanger les complications	Je réfléchis à ce que je vais écrire pour garder cette rigueur Même méthodologie	Faire les fiches synthèses Arrivent à mémoriser

Annexes

	choses dans des cas(349)		situation du patient (350)	normales de la pathologie avec les effets indésirables... (350-352) Je suis crédible 395	pour faire leur fiches synthèses et facilite la mémorisation (359)	facilement les données
Restitution des données	Je me déplace pour voir leurs notes (108)	C'est les observateurs qui prennent plus la parole que les rapporteurs (102-104)	La prise de parole est difficile (101)	C'est difficile pour eux	Je vais vérifier qu'ils ont bien travaillé (108)	
	Je tisse des liens (203)	S'ils ont compris ou pas (206) C'est difficile pour eux (225)	Le contenu de cours est passé ou pas (207)	Comment ils articulent avec les expériences du terrain qu'ils ont (208) De quelle manière ils ont digéré les différents discours (209). cela va les aider aussi dans la compréhension du dossier de patient qu'ils pourront avoir après ainsi qu'une lecture différente et peut-être plus réaliste de la situation du patient pour adapter les soins après... (217-219) Je travaille pour la suite de la formation et de la profession (235)	Pour faire les connexions (213) faire les liens entre toutes les données qu'ils reçoivent (213). Leur donner une structure et une logique (219)	Ils ont acquis une structure et une logique (219)
Animation	J'écoute leur synthèse	C'est souvent les mêmes personnes qui prennent la parole pas forcément les rapporteurs(155)	S'exprimer, construire des données, monter un argumentaire c'est un handicap pour eux ils ne vont pas jusqu'au bout (425-426)	Des difficultés dans l'articulation de leurs connaissances (429) au lit du patient ils n'auront pas le temps de réfléchir. (432)	Je vais voir leurs notes	
	J'observe les ESI	Certains ESI posent plus de questions (158)	Elle veut vérifier qu'elle a bien compris (158) Elle veut clarifier (167)	Je pense qu'elle n'a pas tout compris (169)	Mes réflexes de cadre de terrain ressortent. Je leur parle comme si j'étais sur le terrain (172-173)	
		C'est ESI là il n'est pas avec nous (159)	Il faut autre chose (159)			
	Je suis concentrée sur ce qu'ils me disent et où j'écris dans les cases et je fais attention	Je vois en fait plus une masse que réellement un étudiant (411) Je me souviens de leur tête	Je suis dans le classement (418)	Je dois rester concentrer sur l'objectif (418)	Je rentre els données dans les cases Je les écoute je vois si les liens sont fait (415-418)	

Annexes

	à la cohérence et au lien qu'ils font. (414-415)	quand je suis là mais pas au tableau (420)				
Animation	Je mobilise mon expérience du terrain	Ils n'ont pas compris (167) C'est plus interactif (179) Il y a plus de personnes qui interviennent (180)	Je dois prendre des exemples du terrain (175)	Car c'est ce qui leur parle le mieux en lien avec les expériences de stage (176) Ça leur parle bien (178)	Je peux faire tout de suite le lien avec la pratique auprès du patient ou là avec le médecin (178) Je ne reste pas sur des aspects théoriques, il faut vite les mobiliser dans le cas et faire des liens avec ce qu'ils ont peut-être vu sur le terrain auprès d'un patient en stage. Je trouve que c'est plus pertinent. (183-186)	
	Je me retire (199)	Ils parlent entre eux (197)	Je peux voir si celui qui explique à compris (200) et le vocabulaire qu'il utilise, si c'est cohérent (201)		J'observe	
	J'écoute	J'entends à travers ses mots son raisonnement (274)	Je sais mieux comment lui répondre (274) Je sais ce qu'elle a compris ou pas (281)	C'est une aide pour moi (274) Je vois les liaisons (278)	Je lui donne une réponse en lien avec sa demande Je la fait parler pour comprendre comment elle en arrive là (277) Je fais une réponse basique (293)	
Animation	J'écoute une question de l'ESI pour comprendre son raisonnement (274)		Je ne veux pas la noyer (303)	Je me dis que si la question vient c'est qu'il y a une raison (303) je dois jouer le jeu (305)	Les orienter et ensuite de les laisser chercher pour que les liens se mettent en place. Si je donne tous les éléments de réponses c'est moi qui fais l'effort pas eu... Ce n'est pas ce que je vise... Du coup je laisse une sorte de flou mais il est volontaire de ma part... Cela se complètera ensuite dans la suite du T.D. du coup (306-309) Je trace le lien entre les mots et donc entre les données du coup... C'est plus dynamique, je trouve(314)	
Méthodologie	Ecrire au tableau (326)	Les mots clés ressortent (325) Ils prennent des notes (327)	Je structure les choses et les mots clés sont écrits (326) Ils auront des traces pour leur révision et aussi pour la suite (328)	C'est structurant la manière dont je chemine avec eux et la manière dont je les fais parler, oui c'est structurant (323)	Je donne une ossature Je ne dérive pas je reste toujours pareil (335) Même ligne directrice (334) Je m'impose la même rigueur qu'à eux (338) Je dois avoir anticipé en amont d'où je pars et vers où je vais... Je dois savoir comment je vais construire les choses (348)	En sortant du cours ils aient une ossature, un chemin de pensée (346) Savoir où ils doivent chercher (398) Accompagner dans la construction de liens (452)
	Quitte le	Je regarde les ESI	Garde le fil	Je n'ai rien	Je prends le temps et je	

Annexes

	tableau pour venir lire ses feuilles (403)	pour voir si tout le monde me suit (408)	conducteur (404)	oublié Je garde l'objectif en tête (404)	relis (405) Je vérifie si j'ai donné toutes les infos et si j'ai bien tout questionné (406) A cette place je fais la synthèse (409)	
	Je donne un cadre, je les écoute, je fais la synthèse, j'écris, je fais des liens (513)	Réponse des ESI	Je peux passer à autre chose (514)	Je suis dans mon objectif de départ (516) Je suis cohérente, je suis la même démarche (518)	Je mobilise ma pratique soignante (520) Une grande richesse oui. Je l'utilise au quotidien. Je trouve que cela me permet d'être plus proche des étudiants et plus crédible aussi pendant mes cours (522-523)	

BAYLE	Isabelle	13 décembre 2019
Ecole doctorale sciences humaines et sociales – Perspectives européennes - E.D.519 – LISEC – EA2310 - UNIVERSITE DE STRASBOURG		
L'analyse de l'activité du cadre de santé formateur : allier savoir d'action et cohérence de sens dans un agir situationnel		
<p>Résumé : Cette thèse s'intéresse à l'activité quotidienne des cadres de santé formateurs exerçant en institut de formation en soins infirmiers. Elle s'attarde à la construction et la mise en œuvre des dispositifs de formation et développe les raisons d'action des formateurs dans leur agir situationnel. L'activité des acteurs n'est pas une marque laissée au hasard et les concepts organisateurs de celle-ci peuvent être identifiés pour comprendre l'activité des professionnels. Le cadre de santé est un être agissant qui enrichit son expérience et développe ses ressources au fil des situations professionnelles qu'il rencontre. Son activité productive va lui permettre de modifier, mais aussi de faire évoluer son objet de travail, en transformant le réel. (Pastré, Mayen). Travailler c'est faire des choix en action. L'homme au travail est amené à redéfinir les impératifs de sa tâche au regard d'imprévis. Il va faire des choix en situation où valeurs et dilemmes vont s'articuler pour apporter une réponse et organiser l'action (Schwartz, 2003 ; Durrive, 2015). L'environnement de travail, le collectif de formateurs ainsi que les apprenants, associés aux pressions des exigences du métier d'infirmier, vont orienter l'activité pédagogique et faire agir chacun des acteurs. Le matériau empirique a été obtenu au moyen d'entretiens semi-directifs, d'observations en situation suivies d'entretiens d'autoconfrontation à partir de vidéo et de représentations graphiques. Il a été traité selon des méthodes issues de la didactique professionnelle et de l'ergologie. Nos résultats témoignent des spécificités de l'activité des cadres de santé formateurs. Les choix d'action se cristallisent autour de la transmission des savoirs du métier d'infirmier, de l'appropriation du raisonnement clinique pour prendre une décision éclairée dans l'agir professionnel des futurs infirmiers. La volonté d'accompagner de manière singulière un groupe d'apprenants amène à réaménager en situation de cours les objectifs définis à l'avance témoignant de la signature pédagogique de l'acteur.</p> <p>Mots-clés : Activité humaine, dispositif de formation, débat de normes, développement professionnel</p>		
<p>Abstract : This thesis is about daily activities of nurse trainer managers working in nurses training centers. It concerns building and implementing training organization and activities and develops how and why trainers act in their real circumstances. Stakeholders activity is not a random mark and structuring ideas can be known so as to understand the activities of these professionals. A nurse team manager is someone active who enhances his/her experience and develops his/her resources along with encountered professional situations. His/her producing activity enables him/her to modify his/her work purpose, and also to make it evolve, by transforming reality (Pastré, Mayen). Working means making choices when acting. Working human being is led to adapt priorities of his/her tasks according to unexpected events. He/she is going to make choices in real life where morals and dilemmas are combining together to get an answer and to organize action (Schwartz, 2003; Durrive, 2015). Work context, trainers team, and learning people as well, associated with pressures from requirements of the nurse job are influencing teaching activity of each stakeholder. Presented data have been collected during partly guided interviews, as well as real observed situations, and their debriefed video sessions and drawn schematics showing activity. They have been processed according to methods derived from professional didactics and from ergology. Our results show specificities of nurse trainer managers. The chosen actions are linked to the transmission of knowledge about nurse job, and that of clinical reasoning to help aware decisions by future nursing people. The will to have an original guidance of learning people leads to adapt lessons situations together with keeping in mind teaching objectives defined beforehand and showing principles from the trainer.</p> <p>Keywords : Human activity, training measures, standards comparison, professional development</p>		

