



HAL
open science

Les compétences collaboratives interprofessionnelles au service de l'apprentissage des étudiants infirmiers : optimisation des scénarisations pour penser autrement la formation initiale

Myriam Bailly

► To cite this version:

Myriam Bailly. Les compétences collaboratives interprofessionnelles au service de l'apprentissage des étudiants infirmiers : optimisation des scénarisations pour penser autrement la formation initiale. Médecine humaine et pathologie. Université Côte d'Azur, 2023. Français. NNT : 2023COAZ6000 . tel-04097376

HAL Id: tel-04097376

<https://theses.hal.science/tel-04097376v1>

Submitted on 15 May 2023

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.

THÈSE DE DOCTORAT

« Les compétences collaboratives interprofessionnelles au service de l'apprentissage des étudiants infirmiers : optimisation des scénarisations pour penser autrement la formation initiale »

Myriam BAILLY

Laboratoire RETINES

Présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la vie et de la santé

Université Côte d'Azur

Dirigée par : Professeur Arnaud CHOPLIN

Co-encadrée par : Professeur Pascal STACCINI

Soutenue le : 23 janvier 2023

Devant le jury, composé de :

Caroline LADAGE, PhD, Professeure des universités en Sciences de l'éducation, Aix-Marseille. Présidente du Jury

Carine SIMAR, PhD, Professeure des universités en Sciences de l'éducation, Clermont Auvergne. Rapporteur

Sébastien COLSON, PhD, Professeur des universités en Sciences infirmières, Aix-Marseille. Rapporteur

Jean DELLAMONICA, PhD, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Université Côte-d'Azur. Examineur

Résumé

Cette thèse s'intéresse à la collaboration interprofessionnelle des futurs professionnels de la santé. Elle poursuit trois objectifs. Le premier est d'explorer le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles d'étudiants infirmiers en fin de formation initiale. Pour la formation en soins infirmiers, l'interprofessionnalité est une déclinaison transversale à d'autres compétences mais son enseignement n'est pas adossé à un référentiel explicite de compétences collaboratives interprofessionnelles. Ainsi, les formats pédagogiques d'éducation interprofessionnelle y sont rarement déployés. Plébiscitée par la littérature, l'éducation interprofessionnelle permet pourtant d'optimiser le travail collaboratif. Le second objectif de ce travail trouve ancrage dans nos résultats préliminaires. Il vise à soutenir le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles par une démarche d'apprentissage interprofessionnelle qui combine dimension réflexive et développementale. Le cadre organisateur de la recherche est la clinique de l'activité. Développée par Clot, la clinique de l'activité accorde une place centrale aux collectifs de travail, susceptibles d'assurer une fonction médiatisante entre le sujet et son activité. La clinique de l'activité aspire à développer les ressources existantes, à faire surgir des instruments psychologiques nouveaux et à donner aux étudiants la capacité d'agir dans l'exercice de leur activité. Le dispositif de recherche s'inscrit dans la simulation en santé qui met en jeu la collaboration interprofessionnelle par le truchement d'une activité de soins collective simulée entre des étudiants infirmiers et des étudiants masseurs-kinésithérapeutes. Les traces filmiques de la simulation, médiées par le chercheur, sont des supports individuels puis collectifs à la réflexion des étudiants. Enfin, le dernier objectif de cette thèse poursuit une visée épistémique. La recherche envisage d'utiliser les discours d'étudiants infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes rassemblés en collectif de travail, pour soutenir la conception de modèles d'éducation interprofessionnelle en sciences de la santé et pour réinterroger les *curricula* de formation.

Mots clés : Formation infirmière, Compétences collaboratives interprofessionnelles, Simulation réflexive, Clinique de l'activité, Autoconfrontations simples et collectives, Éducation interprofessionnelle, Sciences de la santé.

Résumé en anglais

This thesis focuses on the interprofessional collaboration of future health professionals. It has three objectives. The first is to explore the development of interprofessional collaborative skills of student nurses at the end of their initial training. For nursing education, interprofessionality is a transversal declination of other competences but its teaching is not supported by an explicit reference framework of interprofessional collaborative competences. As a result, interprofessional education formats are rarely used. Interprofessional education, which has been widely advocated in the literature, can be used to optimise collaborative work. The second objective of this work is rooted in our preliminary results. It aims to support the development of interprofessional collaborative skills through an interprofessional learning approach that combines reflexive and developmental dimensions. The organising framework of the research is the the clinical approach of activity. Developed by Clot, the clinical approach of activity gives a central place to work collectives, likely to ensure a mediating function between the subject and his activity. Clinical approach of activity aims to develop existing resources, to bring out new psychological instruments and to give students the capacity to act in the exercise of their activity. The research device is part of the health simulation which brings into play the interprofessional collaboration through a simulated collective care activity between nursing students and massage physiotherapists students. The filmic traces of the simulation, mediated by the researcher, are individual and then collective supports for the students' reflection. Finally, the last objective of this thesis pursues an epistemic aim. The research plans to use the discourses of student nurses and kinésithérapeutes gathered in a work group to support the design of interprofessional education models in the health sciences and to re-interrogate the training *curricula*.

Key words: Nursing education, Interprofessional collaborative skills, Reflective simulation, Clinical approach of activity, Simple and collective self-confrontations, Interprofessional education, Health sciences.

Remerciements

Le hasard a voulu que je rencontre Arnaud Choplin sur les bancs d'un amphithéâtre marseillais, alors que les étudiants infirmiers présentaient leur retour d'expérience sur le service sanitaire. Ce même hasard nous a rassemblés autour du Professeur Dominique Berger : Arnaud pour son HDR, moi, pour mon Master. Hasard ou probabilité ?

La probabilité de réaliser une thèse en Science de la Vie et de la Santé pour une infirmière est sans doute faible. Je tiens ainsi à remercier Arnaud Choplin pour la prise de risque que cette proposition de réaliser une thèse sous sa direction, la première en qualité de Professeur Habilité à Diriger des Recherches, représente. Je tiens aussi à le remercier pour sa présence constante et vive, pour ses relectures nocturnes, qui ont souvent fait mon désespoir – « coupe, c'est trop long » – mais aussi, pour son expérience de chercheur et son soutien à toutes les étapes de l'écriture.

Merci aussi au Professeur Pascal Staccini, co-directeur de cette thèse, d'avoir accepté de me faire participer à cette aventure, d'avoir pris part aux débats et d'avoir porté un regard attentif à l'avancée de mon travail.

Je remercie tous les membres du Jury qui ont consenti à évaluer ce travail. Merci à Madame la Professeure Caroline Ladage qui a accepté d'être présidente du jury, merci à Carine Simar, Professeure rigoureuse, humaine et inspirante, merci à Sébastien Colson, puériculteur, Docteur, HDR, et ouvrier éclairé des sciences infirmières, merci à Monsieur le Professeur Jean Dellamonica, pour sa disponibilité et l'attention portée sur l'objet de ma thèse lors du comité de suivi et aujourd'hui encore ; merci pour ses conseils précieux. Les différents regards portés sur ce travail engageant déjà à penser le futur de l'enseignement en santé à la lumière de « l'inter ».

Merci aux sept-cent-vingt-trois étudiants anonymes qui ont accepté de répondre au questionnaire d'une doctorante inconnue. Merci aux huit étudiants-acteurs qui ont pris un peu de leur temps et donné beaucoup d'eux-mêmes lors des simulations et des confrontations. Merci aux trente étudiants qui ont participé aux « retours au collectif », merci pour leur sincérité, leur spontanéité et parfois, leur prise de risques.

Merci à Hugo, pour ses cours de statistiques et sa grande patience – sa sagesse – à renouveler sans cesse ses explications pour éclairer au mieux mes propos et donner du sens aux chiffres. Merci à Philippe, toujours là, fidèle soutien et critique averti dans l'écriture et la relecture

des articles et de la thèse. Merci à Michel pour sa vision synthétique des données, pour le temps qu'il a pris à « débusquer » les anomalies et pour sa relecture scrupuleuse du travail. Merci à Véronique et Patrick pour leur présence aux réunions de suivi de thèse, pour leur éclairage et leurs conseils et pour leur participation au dispositif de recherche. Merci à Mathilde et Anthony, relèves de la recherche en masso-kinésithérapie, à qui je souhaite le meilleur.

Merci à Sophie, Emmanuel et Jean-Louis, acteurs discrets mais absolument indispensables à la résolution des problèmes administratifs. Merci pour leurs compétences et leur réactivité.

Merci à Magali, pour sa capacité à penser l'organisation pratique du dispositif de recherche et pour ses talents de vidéaste. Merci pour ses conseils de mise en page.

Merci à Jessica et à Patrice, documentalistes disponibles et efficaces, qui donnent une âme au centre de documentation de l'institut de formation en soins infirmiers niçois, et qui offrent des moments d'échanges riches et précieux à ceux qui poussent leur porte.

Merci à tous mes collègues de travail qui, de près ou de loin, se sont souvent inquiétés de l'avancée de ma thèse et toujours, de mon état de fatigue.

Merci à ma famille, perplexe de constater mon besoin de retourner « à l'école ». Merci à mes filles qui ont pris part à la réalisation de certains contenus, merci pour leur patience et leur compréhension.

Enfin, merci à Jean-Christophe, à sa manière fantasque, drôle et toute personnelle de me soutenir, à sa capacité à me ménager des temps de sérénité tranquille dans ce quotidien accéléré et ces journées interminables.

Tables des matières

Résumé.....	2
Résumé en anglais.....	3
Remerciements.....	4
<i>Liste alphabétique des sigles</i>	15
<i>Liste des tableaux</i>	18
<i>Liste des figures</i>	19
INTRODUCTION GÉNÉRALE	20
PREMIÈRE PARTIE. RECHERCHE EXPLORATOIRE QUANTITATIVE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS	25
CHAPITRE 1. UNE PROBLÉMATIQUE À CONSIDÉRER	26
1.1. Coopérer : des projets gouvernementaux au service de la qualité des soins	26
1.2. Coopérer pour répondre au contexte social et sociétal	27
1.3. Professionnaliser et « universitariser » pour relever le défi	29
1.3.1. « Professionnalisation », « professionnisme », « professionnalité ».....	29
1.3.2. L'universitarisation des professions paramédicales.....	31
1.4. L'intégration universitaire : étapes clés	32
1.4.1. La Grande Conférence de la Santé (2016).....	32
1.4.2. Le Programme National pour la Sécurité des Patients « Ma santé 2022, un engagement collectif ».....	36
1.4.3. L'universitarisation : « un processus inachevé ».....	37
1.4.4. Nouvelles collaborations, nouvelles expérimentations.....	38
CHAPITRE 2. ÉCLAIRAGE CONCEPTUEL	40
2.1. Concept de coopération, concept de collaboration	40
2.2. Des visions multiples de la collaboration	42
2.3. Définir ce qui est « entre »	43
2.4. Pour une définition de la collaboration interprofessionnelle	45
2.5. Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle	46
2.5.1. Des bénéfices pour le patient.....	46
2.5.2. Des bénéfices pour les soignants.....	47
2.6. Les attributs de la collaboration interprofessionnelle	48
2.6.1. Déterminants systémiques et structurels.....	48

2.6.2. Déterminants interactionnels	49
2.7. Les freins à la collaboration	53
2.7.1. Freins organisationnels et collectifs	53
2.7.2. Freins individuels	53
2.7.3. Freins liés à l'expérience	54
 CHAPITRE 3. THÉORIES ET MODÈLES DE LA COLLABORATION	
INTERPROFESSIONNELLE	56
3.1. Les différentes théories de la collaboration interprofessionnelle	56
3.1.1. Les théories de l'échange	56
3.1.2. Les théories de l'attraction	56
3.1.3. La théorie du pouvoir	56
3.1.4. La théorie de la structuration sociale	57
3.2. Des modèles de collaboration interprofessionnelle	57
3.2.1. Le modèle de Gitlin, Lyons et Kolodner (1994).....	57
3.2.2. Le modèle de West, Borril et Unsworth (1998)	58
3.2.3. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire (2003)	58
3.2.4. Le modèle d'Asmar (2011).....	58
3.2.5. Le modèle d'Ewashen, McInnis-Perry et Murphy (2013).....	59
3.2.6. Le Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al., 1999 ; D'Amour et al., 2008)	59
3.3. Du « Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle » à l'éducation interprofessionnelle.....	61
3.3.1. Le modèle de Formation Interdisciplinaire pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (D'Amour et Oandasan, 2004)	61
3.3.2. Un modèle pour collaborer : le <i>Continuum</i> des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (2014, 2018).....	63
3.3.2.1. La pratique indépendante.....	65
3.3.2.2. Le niveau un de collaboration : le travail en parallèle	65
3.3.2.3. Le niveau deux de collaboration : le travail par consultation ou référence	65
3.3.2.4. Le niveau trois de collaboration : la pratique de concertation	65
3.3.2.5. Le niveau quatre de collaboration : la pratique de soins et de service partagée ..	66
3.3.3. Le modèle de Lausanne (2017)	66
 CHAPITRE 4. RÉFÉRENTIELS DE COMPÉTENCES COLLABORATIVES	
INTERPROFESSIONNELLES	70
4.1. Genèse des référentiels de compétences collaboratives interprofessionnelles	70

4.2. Les référentiels de compétences collaboratives interprofessionnelles canadiens comme cadre théorique à la recherche préliminaire	71
4.3. Le contenu des référentiels pour construire le questionnaire différentiel théorisé.....	73
4.4. Des compétences collaboratives interprofessionnelles à l'émergence de la problématique	74
CHAPITRE 5. DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	79
5.1. Objectif de l'étude.....	79
5.2. Choix de la population d'étude : pourquoi les infirmières ?.....	79
5.2.1. Infirmières et Masseurs-kinésithérapeutes, genre et démographie.....	79
5.2.2. Le rayonnement des infirmières	80
5.3. Méthode	81
5.3.1. But de la recherche et protocole retenu	81
5.3.2. Inclusion des répondants	81
5.4. Déroulement de l'étude.....	81
5.5. Les dimensions des compétences retenues par le cadre théorique pour le questionnaire	82
5.5.1. Les variables dépendantes	82
5.5.2. Les variables indépendantes	83
5.6. Le traitement des données.....	83
5.6.1. Statistiques inférentielles	83
5.6.2. Analyse thématique de contenu	84
5.7. Hypothèse générale	84
5.8. Considérations éthiques.....	85
5.9. Limites de l'étude.....	85
CHAPITRE 6. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EXPLORATOIRE.....	86
6.1. Le pourcentage de retours.....	86
6.1.1. La répartition régionale	86
6.1.2. La présentation de la population et les données brutes.....	86
6.1.3. La typologie des stages majoritairement réalisés pendant la formation	87
6.1.4. Le sentiment de compétence.....	87
6.1.5. Les apprentissages partagés en formation initiale	87
6.1.6. Importance accordée à la CIP par les répondants	88
6.2. Analyse croisée des données : les compétences collaboratives interprofessionnelles.....	88
6.3. La compétence « travail d'équipe ».....	89

6.3.1. Les compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la variable « nature des stages »	90
6.3.2. Les compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la variable « diplôme »	91
6.4. La compétence « planification, coordination, mise en œuvre et suivi des soins »	92
6.5. La compétence « clarification des rôles et des responsabilités ».....	93
6.6. La compétence « éthique clinique ».....	93
6.6.1. Activités d'apprentissage collaboratives pendant la formation initiale	94
CHAPITRE 7. ANALYSE ET DISCUSSION.....	96
7.1. La compétence « communication »	96
7.1.1. Les résultats statistiques	96
7.1.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires.....	97
7.1.2.1. Le partage oral des informations liées aux patients	97
7.1.2.2. Le partage interprofessionnel des informations écrites.....	99
7.1.2.3. La compréhension du vocabulaire professionnel.....	99
7.1.2.4. Le respect des points de vue et avis des infirmiers	99
7.1.2.5. La reconnaissance de spécificités infirmières.....	101
7.1.2.6. Le partage des soins techniques avec les autres paramédicaux	101
7.1.2.7. Les interactions informelles entre les paramédicaux	102
7.2. La compétence travail d'équipe.....	102
7.2.1. Les résultats statistiques	102
7.2.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires.....	103
7.2.2.1. La connaissance des théories de la dynamique d'équipe.....	103
7.2.2.2. La mise en place de processus qui facilitent le travail collaboratif	103
7.2.2.3. La participation des étudiants infirmiers à des groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP) pendant leur formation initiale.....	105
7.3. La compétence leadership collaboratif	105
7.3.1. Les résultats statistiques	105
7.3.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires.....	106
7.3.2.1. Solliciter les autres paramédicaux et être sollicité	106
7.4. La compétence : planification, coordination mise en œuvre, suivi des soins	107
7.4.1. Les résultats statistiques	107
7.4.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires.....	108
7.4.2.1. L'élaboration des projets de soins et/ou d'éducation thérapeutique	108
7.4.2.2. Réalisation des soins en collaboration	108

7.4.2.3. La continuité des soins en collaboration	108
7.4.2.4. Le niveau de confiance accordé aux professionnels paramédicaux par les répondants	108
7.5. Les compétences : clarification des rôles et éthique clinique	109
7.5.1. Les résultats statistiques	109
7.5.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires.....	111
7.5.2.1. La connaissance du champ d'expertise infirmier et celle du champ des autres paramédicaux	111
7.5.2.2. La participation des infirmiers à la résolution de problèmes complexes	111
7.5.2.3. Le partage des apprentissages théoriques et de la recherche scientifique.....	112
7.5.2.4. Les apprentissages partagés d'actes techniques.....	112
7.5.2.5. Le niveau d'importance accordé à la collaboration interprofessionnelle.....	113
7.6. « Voulez-vous rajouter quelque-chose » ?	113
CHAPITRE 8. PROLONGEMENTS	115
8.1. Compétences collaboratives et nature des stages : « soins invisibles » versus « visibilité des soins »	115
8.2. Âges, expérience et reprise d'études.....	116
8.3. Remaniements identitaires et reprises d'études : la formation tout au long de la vie	117
8.4. Engagement et reprise d'études.....	119
8.5. Les aides-soignantes.....	120
8.5.1. L'expérience	121
8.5.2. Les savoirs d'expérience	122
DEUXIÈME PARTIE. CE QUI RASSEMBLE INFIRMIERS ET MASSEURS- KINÉSITHÉRAPEUTES	124
CHAPITRE 1. CE QUE PARTAGENT LES INFIRMIERS ET LES MASSEURS- KINÉSITHÉRAPEUTES. CADRE THÉORIQUE	125
1.1. Ce qui est partagé	125
1.2. Référentiels de compétences.....	129
1.3. Le concept de compétence	132
1.4. L'approche par compétences	135
1.5. La pédagogie pour construire la compétence	137
1.5.1. La réflexivité	138
1.5.2. Le praticien réflexif	139
1.5.3. Des méthodes pour développer la réflexivité	140
CHAPITRE 2. CLARIFIER LES COMPÉTENCES INTERPROFESSIONNELLES.....	143

2.1. Les compétences collaboratives interprofessionnelles : « cœur de métier » ou « transversales » ?	143
2.1.1. Compétences transversales.....	143
2.1.2. Des compétences communes aux compétences complémentaires.....	147
CHAPITRE 3. LES COMPÉTENCES INTERPROFESSIONNELLES DANS LES RÉFÉRENTIELS DE FORMATION	146
3.1. La transversalité	146
3.1.1. Domaines communs de compétences, domaines complémentaires de compétences ..	146
3.1.2. L’interprofessionnalité dans les enseignements	150
3.1.3. L’interprofessionnalité : de la prescription à l’activité réelle	152
3.2. Le défi de l’éducation interprofessionnelle	153
TROISIÈME PARTIE. SIMULATION RÉFLEXIVE EN SANTÉ ET CLINIQUE DE L’ACTIVITÉ	158
CHAPITRE 1. LA SIMULATION EN SANTÉ	159
1.1. Définition	159
1.2. Retours historiques	159
1.3. Modalités de la simulation en santé	161
1.3.1. Les étapes d’une séance de simulation en santé	161
1.3.2. La simulation dans les référentiels	162
1.3.3. Le débriefing	163
1.4. Intérêt de la simulation pour l’apprentissage	163
1.5. Taxonomie fonctionnelle et diachronique des types de simulation	165
CHAPITRE 2. LA CLINIQUE DE L’ACTIVITÉ	168
2.1. Fondements théoriques et méthodologiques	168
2.1.1. Théorie de l’activité : la dimension historico-culturelle (Vygotski, 1978).....	168
2.1.1.1. Le signe comme médiation	169
2.1.1.2. Le signe, le mot et la pensée	170
2.1.1.3. Du langage égocentrique à la parole intelligible.....	171
2.1.1.4. La pensée par concepts	172
2.1.1.5. La zone proche de développement.....	173
2.1.2. Passions, affects, émotions et sentiments	174
CHAPITRE 3. LEONTIEV ET LA THÉORIE DE L’ACTIVITÉ	177
3.1. La théorie de l’activité	177
3.2. Des théories de l’activité à la clinique de l’activité	180
3.3. La clinique de l’activité comme cadre conceptuel	181

3.3.1. La clinique de l'activité	181
3.3.1.1. Activité et travail bien fait	182
3.3.2. Les quatre dimensions du métier	183
3.3.2.1. La dimension impersonnelle du métier.....	184
3.3.2.2. De la dimension personnelle à la dimension interpersonnelle du métier.....	185
3.3.2.3. La dimension transpersonnelle : le « genre professionnel »	185
3.3.3. La dimension personnelle du métier et le style	187
CHAPITRE 4. COMPRENDRE L'AGIR PROFESSIONNEL PAR L'ACTIVITÉ DIRIGÉE	188
4.1. Activité médiatisée, activité dirigée	188
4.1.1. Conflit de critères	189
4.2. Changement de destinataire et sens	190
4.2.1. De l'activité dirigée à l'activité réalisée	190
4.3. De la théorie à la méthodologie de recherche	191
QUATRIÈME PARTIE. DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES COLLABORATIVES	
INTERPROFESSIONNELLES. ÉTUDE QUALITATIVE	193
CHAPITRE 1. CADRE MÉTHODOLOGIQUE : ACCÉDER À L'ACTIVITÉ RÉELLE DES	
ÉTUDIANTS PAR LA MÉTHODE DIALOGIQUE.....	194
1.1. Objectifs visés par la recherche	194
1.2. Activité dialogique et analyse du discours	196
1.2.1. L'analyse de contenu	196
1.2.2. Actions et discours en situation de travail	198
1.3. Recueillir les données en situation de travail.....	201
1.4. Identification des apprenants.....	202
1.4.1. Étudiants en soins infirmiers	202
1.4.2. Étudiants en masso-kinésithérapie.....	202
1.5. La situation d'apprentissage	203
1.5.1. Unités d'enseignement	203
1.5.2. Justification de la thématique du scénario de simulation : les lésions médullaires	205
1.5.3. Préparation du dispositif de simulation	206
CHAPITRE 2. EXPÉRIENCE DE SIMULATION EN INTERPROFESSIONNALITÉ	208
2.1. Le briefing	208
2.2. Les autoconfrontations comme méthode dialogique : la vidéo et le langage comme	
instruments psychologiques	208
2.2.1. Premier temps : Les autoconfrontations simples (le 19 mai 2021)	208
2.2.2. Deuxième temps : Les autoconfrontations collectives (le 19 mai 2021).....	209

2.3. L'analyse collective envisagée comme une « percolation »	211
2.3.1. Troisième temps : les retours au collectif d'étudiants IDE et MK	212
2.4. Temporalité, activité et autoconfrontations.....	212
2.4.1. L'usage de la vidéo dans la méthodologie de recherche	213
2.4.2. Considérations éthiques et déontologiques.....	214
CHAPITRE 3. ANALYSE ET DISCUSSION DES TRACES FILMIQUES	215
3.1. Deux « cultures professionnelles » pour un projet.....	215
3.2. Les autoconfrontations	217
3.2.1. Premières autoconfrontations simples	217
3.2.2. Deuxièmes autoconfrontations simples	236
3.3. Les autoconfrontations collectives et les retours au collectif d'étudiants	262
3.3.1. Les freins à l'élaboration du projet de soins partagé	262
3.3.1.1. Des objectifs individuels aux objectifs communs.....	262
3.3.1.2. La clarté des objectifs	265
3.3.1.3. La clarification des rôles et du vocabulaire professionnel.....	266
3.3.1.4. Les représentations sociales.....	267
3.3.1.5. Mode de pensée, « fermeture » et travail binaire.....	269
3.4. Ce qui rassemble	270
3.5. La honte de ne pas savoir	273
3.6. La confiance et la responsabilité.....	274
3.7. La volonté d'agir	277
3.8. Sens et réflexivité	279
3.9. Tensions et conflits interpersonnels	280
3.9.1. Conflits relationnels et traits de personnalité.....	282
3.9.2. Les traits de personnalité comme compétences sociales du travail collaboratif.....	285
3.9.3. Les conflits de processus	289
3.9.4. Composer avec les conflits	289
CHAPITRE 4. CRÉATION DE NOUVEAUX BUTS ET PERSPECTIVES	292
4.1. Les nouveaux buts ou le développement des compétences	292
4.2. Les propositions des étudiants ou l'axe épistémique de la recherche	293
4.3. Perspectives : l'éducation interprofessionnelle en formation initiale des études en santé	295
4.3.1. Synergie des ressources	295
4.3.2. Les moyens humains	297
4.3.3. Étudiants et patients-partenaires	298
4.3.4. Le temps comme facteur de processus	299

4.4. Des discours des étudiants aux modèles d'éducation interprofessionnelle	301
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i>	306
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....	319

Tome 2 : les annexes

Liste alphabétique des sigles

ACC : Autoconfrontation Collective

ACS : Autoconfrontation Simple

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

AMP : Aide Médico-Psychologique

AMUE : Agence de Mutualisation des Université et Établissements

APC : Approche Par Compétences

APP : Analyse de la Pratique Professionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASIA : *American Spinal Injury Association*

ATHTS : *Attitude Towards Healthcare teams Scale*

BMR : Bactérie Multi-Résistante

CAIPE : *Center for the Advancement of Interprofessional Education*

CanMeds : référentiel de compétences pour les médecins canadiens

CCIP : Compétences Collaboratives Interprofessionnelles

CDS : Cadre De Santé

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CIO-UdeM : Comité Interfacultaire Opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec la patient de l'Université de Montréal

CIP : Collaboration Interprofessionnelle

CMQ : Collèges des Médecins du Québec

CNFS : Consortium National de Formation en Santé (Canada)

CPS : Compétences Psychosociales

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

CNU : Conseil National des Universités

CPIS : Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé

DCPP : Direction Collaboration et Partenariat Patient

DE : Diplôme d'État

DEI : Diplôme d'État Infirmier

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DS : Direc-(teur)-(trice) des Soins

ECTS : *European Credits Transfer System*

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EIP : Éducation Interprofessionnelle

EMK : Étudiant Masseur-Kinésithérapeute

ESI : Étudiant en Soins Infirmiers

ETP : Éducation Thérapeutique

FNESI : Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Sciences Infirmières

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GEPI : Groupe Interinstitutionnel d'Éducation et Pratiques Interprofessionnelles

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAD-R : Hospitalisation À Domicile – Réadaptation

HAS : Haute Autorité en Santé

HCPP : Haut Conseil des Professions Paramédicales

HESAV : Haute École de Santé du Canton de Vaud

HPST (loi) : Hôpital-Patient-Santé-Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IEPS : *Interdisciplinary Education Perception Scale*

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmier de Pratiques Avancées

JORF : Journal Officiel de la République Française

LAS : Licence Accès Santé

MK : Masseur-kinésithérapeute

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPQ : Ordre des Pharmaciens du Québec
PACES : Première Année Commune aux Études de Santé
PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé
PNSP : Plan National pour la Sécurité des Patients
RCPI : Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles
REX : Retour d'EXpérience
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
RILPS : *Readiness for Interprofessional Learning Scale*
RUIS : Réseau Intégré de Santé
RUISUM : Réseau Intégré de Santé de l'Université de Montréal
SACCI : Sondage sur l'Acquisition des Compétences de Collaboration Interprofessionnelle
SESA : Service Sanitaire
SSES : Service Sanitaire des Étudiants en Santé
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UE : Unité d'Enseignement
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
ZPD : Zone Proximale de Développement

Liste des tableaux

Tableau 1. Analyse croisée entre quatre variables de la compétence « travail d'équipe » et la VI : « âge »

Tableau 2. Analyse croisée entre les variables des compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la VI : « nature des stages »

Tableau 3. Analyse croisée entre les variables des compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la VI : « niveau de diplôme »

Tableau 4. Analyse croisée entre la variable « élaboration des projets de soins/ETP en collaboration » et trois VI : « niveau de diplôme », « nature des stages », « classes d'âge »

Tableau 5. Analyse croisée entre des variables de la compétence « clarification des rôles et des responsabilités » et deux VI : « nature des stages » et « niveau de diplôme »

Tableau 6. Analyse croisée entre des variables de la compétence « éthique clinique » et la VI : « niveau de diplôme »

Tableau 7. Comparaison des compétences dans les référentiels des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes

Tableau 8. Analyse et comparaison des compétences des masseurs - kinésithérapeutes et des infirmiers

Tableau 9. Compétences relatives à la CIP des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers

Tableau 10. Dimensions de la collaboration interprofessionnelle dans les référentiels IDE et MK

Tableau 11. « Phases du processus d'apprentissage, typologie, méthodes et didactique d'apprentissage interprofessionnel » reproduit d'après Sottas, 2018

Liste des figures

Figure 1. Modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (F.I.P.C.C.P.). D'Amour et Oandasan, 2004

Figure 2. *Continuum* des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014, révisé en 2018).

Figure 3. Le modèle de Lausanne. Gachoud, 2017

Figure 4. Importance du partage des apprentissages théoriques et pratiques en formation initiale selon les répondants

Figure 5. Taxonomie fonctionnelle et diachronique des différents types de simulation. Reproduit à partir de Bobillier Chaumon et al., 2018

Figure 6. Représentation schématique des CSP et des concepts annexes présentés. Reproduit à partir de Santé publique France. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes, 2022

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La naissance des Infirmiers de Pratiques Avancées (IPA) en 2018, la création d'une section en sciences infirmières au Conseil National des Universités (CNU) en 2019, l'intégration en cours des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) à l'université, constituent un enjeu, un défi, une nécessité, une opportunité, une avancée pour la profession infirmière, mais aussi, une véritable reconnaissance. La discipline universitaire permet en effet « d'investiguer un champ, un phénomène, un objet de recherche dans une perspective originale, distincte de celle d'une autre discipline. En cela, elle contribue à délimiter ses frontières et sa concurrence avec les autres disciplines » (Muller, 2020, p. 21). La question des frontières et de la concurrence entre les professions est ainsi posée par le prisme disciplinaire. Cependant, la naissance des sections maïeutique (CNU 90), des sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91) et des sciences infirmières (CNU 92), ne risque-t-elle pas de reproduire ce que la sociologie des groupes professionnels appelle « L'héritage du modèle professionnel » ? (Champy, 2009) ; car ce modèle valorise l'autonomie et l'expertise dans le travail par l'hyperspécialisation qu'il engendre. Pourtant, dans le cadre des CNU, « Les enseignants-chercheurs produiront par la recherche des savoirs disciplinaires, les enseigneront, formeront à leur mobilisation et à leur articulation dans la pratique avec d'autres savoirs trans-, inter- et pluridisciplinaires » (Muller, 2020, p. 22). Ainsi, ce processus de professionnalisation – des savoirs, des professionnels, des enseignants-chercheurs, de la formation – ne peut s'engager que par la voie de l'interprofessionnalité. Il mobilise toutes les disciplines et les engage à dépasser les silos professionnels. Mais aujourd'hui, la réalité de l'enseignement universitaire est complexe. Le corps des enseignants-chercheurs n'est pas encore stabilisé, les infirmiers tardent à intégrer les universités, les IPA poursuivent leur longue mue, les enseignements en sciences de la santé se réalisent encore principalement par discipline et par des professionnels exclusivement issus de chacune d'entre elles.

Pourtant, notre expérience d'étudiante en Diplôme d'Enseignement Approfondi pluridisciplinaire (Lettres et Sociologie) et en Master associant Santé Publique et Sciences de l'Éducation, a entraîné une répercussion certaine sur notre manière d'envisager les soins dans notre fonction d'infirmière et l'enseignement dans notre fonction de cadre pédagogique en IFSI. La première, fondée sur les « humanités », nous a permis de comprendre les enjeux individuels et collectifs des groupes de travail et des organisations, mais aussi,

L'intersubjectivité de la relation à autrui – au patient, à la famille, aux collaborateurs – dans ses dimensions culturelles, biographiques, éthiques, émotionnelles et symboliques. Nous n'aurions sans doute pas été la même infirmière sans ces études en sciences sociales et humaines. La deuxième expérience, réalisée dans le cadre de la formation professionnelle continue, nous a plutôt engagée sur la voie de la collaboration et du partage d'expériences au regard des Sciences de l'Éducation et de la Santé Publique. Outillée de nouvelles théories elles-mêmes illustrées par des expériences professionnelles – et inversement –, notre regard sur la formation a évolué et pris sens dans notre manière de construire les enseignements. Nous avons ainsi envisagé la mise en place du Service Sanitaire des Étudiants en Santé (SSES) comme une opportunité dont nous avons rapidement compris les enjeux et les perspectives. Notre engagement dans ce projet interprofessionnel en promotion de la santé a sans doute pris ancrage dans notre expérience positive d'enseignements décloisonnés. Loin de juxtaposer les disciplines, ces apprentissages nous ont plutôt permis d'adopter un regard circulaire et décentré sur la complexité des situations de soins et de ce qui se joue « entre ».

Or, aujourd'hui, ce regard est plus que nécessaire. En effet, le contexte actuel – vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, complexité du système de santé, baisse de la démographie médicale – engage à dépasser le paradigme du travail monoprofessionnel pour privilégier la Collaboration Interprofessionnelle (CIP). Comment composer alors avec la nécessité sociétale et le contexte universitaire ?

Une partie de notre objet de recherche interroge l'interprofessionnalité et plus particulièrement la possibilité, voire, la nécessité de former de concert les étudiants des filières paramédicales au sein de l'université. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'interprofessionnalité comme « Un apprentissage ou une activité qui se concrétise lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé ». Elle considère « qu'aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins » (OMS, 2010). Notre étude ne concerne que les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK). Elle s'inscrit donc dans un contexte interprofessionnel mais notre projet est plus vaste : il vise les sciences de la santé. Cependant, commencer par une contribution modeste à l'étude de la CIP en santé nous paraît indispensable pour déployer nos résultats et les mobiliser dans des projets concrets d'Éducation Interprofessionnelle (EIP). Mais avant d'engager un collectif interprofessionnel d'étudiants dans une activité de soin, il convient de vérifier si, en fin de formation initiale,

les Étudiants en Soins Infirmiers (ESI) ont développé ce que d'aucuns nomment dans des référentiels construits par et pour la CIP, « Compétences Collaboratives Interprofessionnelles » (Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS), 2010 ; Comité Interfacultaire Opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM), 2016). Bien qu'elles n'existent pas comme telles dans les référentiels de formations français, il serait présomptueux d'affirmer qu'elles ne sont pas développées chez les néoprofessionnels infirmiers. Sont-elles, malgré leur invisibilité et la difficulté à les circonscrire, développées par les étudiants ? Commencer ce travail sans clarifier ce questionnement ne nous paraît pas envisageable. Dans le contexte français, les Compétences Collaboratives Interprofessionnelles (CCIP) en santé ont fait l'objet de très peu de recherches. Elles sont plutôt abordées par la voie des compétences transversales. Notre étude, exploratoire et quantitative, vise ainsi en partie « à clarifier un problème qui a été plus ou moins défini » (Trudel et al., 2007, p. 39) et à donner sens à la partie suivante de la recherche qui elle, engage une étude qualitative.

L'interprofessionnalité fait nécessairement appel à des cultures, à des identités et à des genres professionnels singuliers, dont chacun est en droit de se réclamer. Elle interroge chaque professionnalité comme « modèle d'action mettant au cœur de la qualification, non seulement l'expérience professionnelle et les qualités personnelles [...], mais aussi, une conception éthique de la profession vécue comme un engagement de toute la personnalité » (Dubar, 1987, p. 7). Dans « l'inter », surgissent donc nécessairement des visions multiples de l'objet de l'activité de soin. Chacun fait appel à ses ressources et à ses références propres, porteuses d'interprétations différentes de l'activité. Le système d'activité est ainsi hétérogène. Ses différents prismes peuvent entraîner des réticences, des contradictions, des tensions, voire, des conflits. C'est toute la difficulté que nous souhaitons aplanir dans notre travail : faire cohabiter deux genres professionnels distincts dans une activité de soins, *via* la simulation rétrospective et réflexive et la clinique de l'activité. La CIP et les CCIP s'invitent ainsi dans un travail collectif et collaboratif simulé et permettent aux étudiants d'interroger le lien entre savoirs et activité par le dialogisme et la réflexivité. L'approche développementale de l'apprentissage et la psychologie du travail sont en effet les voies que nous adoptons pour poursuivre notre projet. Identifier les traces de mobilisation et de développement des CCIP par la création de nouveaux buts, saisir les freins et les leviers de la CIP, comprendre les interactions qui animent le collectif de travail, permettre aux

étudiants de comprendre les ressorts de leurs actions, de leurs prises d'initiatives, de leurs renoncements, de leurs empêchements, sont autant d'objectifs poursuivis. Nous faisons ainsi l'hypothèse que l'explicitation des tensions et des contradictions en jeu dans l'activité collective soutient le développement des CCIP des étudiants et enrichit des potentialités nouvelles. En effet, le dispositif historico-comportemental en clinique de l'activité adopté dans ce travail, offre un cadre dialogique qui permet aux acteurs de repenser leur travail collaboratif. Mais le véritable enjeu est de susciter chez les Étudiants en soins Infirmiers (ESI) et les Étudiants Masseurs-Kinésithérapeutes (EMK), une prise de conscience de la nécessité de travailler à partir d'une culture commune des soins, au bénéfice du patient. Notre recherche vise ainsi une intelligibilité des dynamiques interprofessionnelles dans un collectif de travail pour, *in fine*, proposer un modèle didactique d'éducation interprofessionnelle.

Cette thèse s'organise en quatre parties. La première relève d'un dispositif quantitatif. Elle interroge le développement des CCIP d'étudiants infirmiers en fin de formation initiale. Elle se découpe en huit chapitres. Le premier chapitre met en évidence la nécessité de développer la CIP en santé, au regard du contexte social et sociétal actuel. Cette partie pose les problèmes en jeu et les voies de transformation pensées par les instances gouvernementales pour les pallier. Ces perspectives posées, *a priori* comme des évidences, nécessitent cependant d'interroger la professionnalisation par une approche sociologique. Les modes de professionnalisation à l'intérieur des groupes professionnels, leur structuration – dans les dimensions organisationnelles, professionnalisantes ou encore dans les pratiques – permettent de saisir la complexité de la CIP. En effet, la division du travail entre les différentes professions de santé est l'héritage d'une construction sociale qui a pris racine dans les développements scientifiques et technologiques, dans les enjeux économiques, les intérêts politiques, les valeurs et les croyances des différentes parties concernées (Frenk et al., 2010). Ainsi, le processus de professionnalisation engagé par l'universitarisation et par les nouvelles collaborations met aujourd'hui en tension l'autonomie des IDE et des MK.

Le deuxième chapitre constitue un éclairage sémantique de la collaboration, de la coopération, de l'interdisciplinarité, de l'interprofessionnalité à partir de différents champs conceptuels ; la difficulté à circonscrire la CIP viendrait, en grande partie, de ses limites terminologiques floues et des différents champs conceptuels qu'elle embrasse. L'objectif est de trouver un consensus définitoire susceptible de soutenir notre recherche et d'éclairer les attributs, les freins et les leviers de la CIP. Mal circonscrite, la CIP a cependant donné

naissance à des théories dont nous retiendrons, en particulier, celle de l'école de l'analyse stratégique des organisations développée par Crozier et Friedberg (1977). D'Amour, chercheuse en sciences infirmières canadienne, a développé un modèle de la CIP en s'appuyant largement sur celui des sociologues. Précurseure, elle a permis non seulement à son modèle de donner naissance à d'autres modèles mais elle a ouvert la voie aux référentiels de CCIP sur lesquels repose en grande partie notre travail. Des caractéristiques de notre population d'étude aux résultats, les chapitres suivants interrogent le développement des CCIP des étudiants infirmiers en fin de formation initiale.

La deuxième partie de notre thèse est scindée en trois chapitres. Elle cherche à éclairer les référentiels de formation des IDE et des MK en comparant leurs modèles, leurs visées, et leurs contenus mais aussi la nature des compétences attendues. Transverses, transversales, collaboratives, comment les approches envisagent-elles leur complémentarité ? Intègrent-elles les éléments définitoires des référentiels canadiens ? L'EIP ne peut se construire sur une définition floue du concept...

La troisième partie, divisée en quatre chapitres, pose un nouveau cadre conceptuel : la clinique de l'activité (Clot, 1999). Elle est employée comme méthode de débriefing de l'activité de soins partagée entre ESI et EMK. Elle trouve ancrage dans la simulation rétrospective et réflexive, aussi, ces différents types de simulations seront éclairés au regard de définitions plus générales de la simulation en santé, de ses méthodes, de ses usages et de sa visée (Haute Autorité en Santé, HAS).

La mise en œuvre du dispositif de recherche constitue l'objet de la quatrième partie. Elle envisage deux approches. La première est pragmatique. Elle intègre une dimension réflexive et transformative (professionnalisante) de l'activité. Les résultats liés au dispositif de recherche seront ainsi discutés à partir des retours réflexifs – individuels et collectifs – sur l'action. L'analyse des effets du dispositif est envisagée du point de vue des acteurs et de la chercheuse. L'objectif est de montrer que ce format pédagogique peut, par la méthode des autoconfrontations et la méthode dialogique, révéler et soutenir le développement des CCIP des apprenants. Le deuxième axe de réflexion envisage de discuter les résultats sous un axe épistémique. Considérant l'analyse du travail comme levier à la conception de modèles de formation donc, dans notre approche, de conception de situations de travail collaboratives en santé, les résultats de cette étude qualitative nous permettront d'exposer des perspectives curriculaires pour tenter de faire vivre l'éducation interprofessionnelle à l'université.

PREMIÈRE PARTIE.

RECHERCHE EXPLORATOIRE
QUANTITATIVE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES
COMPÉTENCES COLLABORATIVES
INTERPROFESSIONNELLES DES ÉTUDIANTS EN
SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE 1. UNE PROBLÉMATIQUE À CONSIDÉRER

1.1. Coopérer : des projets gouvernementaux au service de la qualité des soins

Le travail collaboratif n'existait pas, au moins dans les textes, avant la nouvelle gouvernance hospitalière construite successivement au cours des années 2005, 2007 et 2009 (Safon, 2019). Au fil de ces années, de nombreux décrets modifient la gestion et l'organisation de l'hôpital. Dès 2002, Monsieur Mattéi, alors Ministre de la santé, propose au cœur du plan « hôpital 2007 », un ensemble de mesures pour la « Nouvelle Gouvernance Hospitalière ». Ces mesures valorisent, entre autres, le partage des pouvoirs, la responsabilisation et les collaborations des professionnels autour de projets partagés. Cette même année (2002), la professionnalisation du monde infirmier modifie l'organisation de l'hôpital : la création d'un service de soins infirmiers, dont la direction est confiée à un Directeur des Soins (DS), fait des infirmiers des acteurs centraux de l'organisation hospitalière. Le cadre de santé n'est plus sous la tutelle du médecin-chef mais sous celle de la Direction des Soins. Les repères sont ainsi modifiés, les identités bousculées mais l'objectif de la nouvelle gouvernance est bien d'inviter les acteurs de la santé à collaborer.

La tâche est complexe et la mise en œuvre difficile. En effet, l'organisation traditionnelle est remplacée par des structures moins cloisonnées qui mutualisent les moyens, les professionnels et les compétences. En mars 2003, le Professeur Berland est missionné pour étudier les coopérations susceptibles d'être organisées entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et les autres professions médicales et paramédicales. Après plusieurs phases d'expérimentation, l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, donne une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux possibilités de transferts de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé. Ces expérimentations aboutissent, en juin 2006, au rapport du Professeur Berland et du Docteur Bourgueil (Rapport Berland et Bourgueil, 2006).

Le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) porte une réforme majeure : l'article 51 vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé. Ces coopérations consistent en des transferts d'activités ou d'actes de soins, voire, en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins dans un territoire de santé.

La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé, quels que soient le secteur et le cadre d'exercice. Cette même réforme porte la création des Agences Régionales de Santé (ARS) dont l'objectif est de renforcer la logique territoriale. Apparaît alors la notion de « parcours de soin » qui vise à limiter les ruptures de prise en soins des patients. En 2016, la loi de modernisation du système de santé souhaite accompagner le virage ambulatoire en décloisonnant les soins de ville, les soins hospitaliers et les soins médicaux-sociaux pour favoriser l'émergence des soins primaires (Loi n° 2016-41, 2016). Cabinets médicaux, maisons de santé, réseaux de soins, professionnels du médical, du paramédical et du social doivent ainsi assurer la coordination de leurs activités. Enfin, la stratégie du Programme National pour la Sécurité des Patients « PNSP, Ma santé 2022 », engage à travailler collectivement et à « mieux coopérer » au service de la qualité des soins et de la santé des patients : « Le système de santé souffre du cloisonnement, du manque de coordination et de la mauvaise communication entre les professionnels de santé » (PNSP, 2018, p. 16). L'ambition de « Ma santé 2022 » est de créer un véritable collectif de soins qui associe les professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social sur un territoire donné. Ainsi, « Les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé » (PNSP, 2002, 2018, p. 21). Cette coopération dans le contexte de la santé poursuit une intention bien précise. Il s'agit de repenser l'organisation des soins pour répondre aux défis du contexte social et du contexte sociétal actuels.

1.2. Coopérer pour répondre au contexte social et sociétal

L'enjeu du travail collaboratif pour l'organisation est la quête de la qualité et de l'efficience. Il s'inscrit dans un système dont la complexité et l'imbrication s'accroissent et nécessitent de penser autrement les soins. En effet, les progrès technologiques médicaux, qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, les difficultés croissantes de financement des dépenses de santé, le vieillissement de la population, le développement des polyopathologies, l'évolution démographique défavorable des professionnels de soins et les disparités de répartition territoriale (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, DRESS, 2017 ; Institut national de la statistique et des études économiques, INSEE, 2019) complexifient les organisations, la nature du travail et les relations sociales et entraînent « l'enchevêtrement des situations,

des besoins, des idées, des cultures et des pratiques » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 31). Cette complexification pose de nombreux défis au système de santé français.

L'espérance de vie de la population française continue à augmenter. La dernière décennie compte 1,2 ans de plus pour les femmes (85 ans en 2015) et 2,2 ans de plus pour les hommes (78,9 ans en 2015) (INSEE, 2019). Les études prospectives montrent que, en 2070, le rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et celui des 20-64 ans sera de 57 %. En 2013, il était de 30 % (Projection INSEE, 2019). Ainsi, la population vieillit et les dépendances augmentent. Qu'elles soient de nature physique ou psychique, ces dépendances nécessitent des prises en charge coordonnées de différents professionnels issus du médical, du social, du paramédical et du psychosocial. Les années 2030-2050 semblent constituer un pic critique pour la prise en soins des futurs sept à huit millions individus atteints de pathologies chroniques invalidantes (Fondation Nationale de gérontologie, 2011). Les modifications des modes de vie et des facteurs de risques associés portent aussi en eux les défis de demain. La chronicité des pathologies entraîne perte d'autonomie et surcoûts en santé. Les déserts médicaux interrogent les inégalités en santé, aussi, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 entérine la volonté gouvernementale de mettre en place de nouvelles organisations, la coordination des acteurs et la maîtrise des dépenses de santé (Loi n° 2017-1836, 2017). La stratégie de transformation du système de santé nécessite alors de penser les soins avec de nombreux acteurs, apprenants, institutions de formation (dont l'université) et institutions de soins. Il s'agit de faire face aux enjeux de santé publique en décloisonnant les organisations afin de répondre de manière pertinente aux besoins de la population. Mais qui peut y répondre ?

Les responsables politiques savent le pouvoir de l'éducation et de l'enseignement sur le changement, aussi, pour relever le défi de la CIP en santé, il faut miser sur ses futurs acteurs. Mais travailler ensemble ne va pas de soi. Travailler ensemble s'apprend. C'est d'ailleurs l'un des préalables à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle :

Former les futurs professionnels de santé, c'est préparer l'avenir de notre système de soins [...]. C'est aussi les former à un exercice collectif des professions de santé, où chacun, qu'il exerce en milieu hospitalier ou en libéral, s'inscrit dans une démarche globale de soins, fait partie d'une équipe dont chacun des membres est complémentaire et partage un même engagement et une même culture professionnelle. (Tesnières et al., 2018, p. 6)

La question de la formation initiale dans le développement de la CIP est fondamentale. La responsabilité des référentiels de formation, de ceux qui les conçoivent et de ceux qui les mettent en œuvre est engagée, car ces dispositifs influencent nécessairement la capacité des professionnels à prendre part à l'action collective. Transformer les organisations ne peut se réaliser sans le concours de ceux qui s'y engagent pour travailler :

La formation représente un puissant levier de transformation du système de santé et doit s'envisager également comme un moyen de réussite de l'atteinte des objectifs des autres chantiers : pertinence et qualité des soins, tarification, numérique, ressources humaines et organisation territoriale. (Tesnières et al., 2018, p. 6)

Ainsi, la formation des professionnels du soin est un enjeu politique essentiel. Elle confère un pouvoir d'orientation sociale sur lequel misent les institutions pour améliorer le système de santé. Les dispositifs institutionnels sont en effet pensés pour développer la professionnalisation des professions. Dans cette perspective, l'universitarisation des formations paramédicales, déjà engagée depuis deux décennies, permet actuellement aux paramédicaux de poursuivre leur longue mutation émancipatrice au service du système de santé.

1.3. Professionnaliser et « universitariser » pour relever le défi

1.3.1. « Professionnalisation », « professionnisme », « professionnalité »

Abbott (1988), sociologue, explique les professions par le travail professionnel. Pour lui, chaque profession est porteuse d'un savoir « expert », négocié et défendu auprès des autres groupes professionnels pour obtenir le contrôle, voire, l'extension de sa « juridiction ». Le contrôle de cette « juridiction » s'établit par la dimension technique et le savoir abstrait mais repose aussi sur la définition et la reconnaissance de compétences par les législateurs et l'opinion publique. Ce système, qui précise le cadre de l'exercice professionnel, influence particulièrement l'interprofessionnalité : dans chaque profession, les compétences et les savoirs sont centraux. Ils se concrétisent dans l'expertise, caractérisée par un savoir « relativement inaccessible au profane », et interrogent « la délégation de pouvoir et d'autonomie, au-delà de la compétence spécifique des groupes professionnels » (Paicheler, 1995, p. 6). C'est ainsi que les connaissances et les compétences d'un groupe professionnel vont se révéler dans des comportements individuels ou dans des actions collectives.

Mais le concept de professionnalisation trouve de nombreuses acceptions dans la littérature et parfois, des variantes terminologiques. Pour Bourdoncle (1991), le « professionnisme »

caractérise le résultat d'un processus de transformation de l'activité en profession autonome. C'est une forme de « corporatisme », un « processus d'amélioration collective du statut social de l'activité » (Bourdoncle, 1991, pp. 75-76). Cette définition correspond au niveau « macro » de la professionnalisation qui fait référence à la construction sociohistorique de l'activité (Annexe n°1¹). Burdoncle envisage aussi le niveau « méso » de la professionnalisation. L'auteur désigne alors la « professionnalité » comme le résultat du « processus d'amélioration des capacités et de rationalisation des savoirs mis en œuvre dans l'exercice de la profession, ce qui entraîne une plus grande maîtrise et une plus grande efficacité individuelle et collective » (Burdoncle dans Roquet, 2012, p. 75). Il s'agit du processus qui conduit au développement professionnel. Il repose sur les valeurs du groupe professionnel ce qui favorise l'adoption d'une posture professionnelle. La professionnalisation concerne ainsi les dispositifs institutionnels de formation et de travail (Burdoncle dans Roquet, 2012, p. 86). Enfin, au niveau « micro », niveau qui correspond à la dimension individuelle de la professionnalisation (le vécu du sujet), « le professionnalisme » est un processus « d'adhésion à la rhétorique et aux normes établies collectivement » (Bourdoncle, 1991, p. 76). Pour Bourdoncle, il renvoie aux « parcours de professionnalisation » des formations en alternance et des métiers de l'interaction humaine (Bourdoncle dans Roquet, 2012, p. 86). Pour Roquet, le professionnalisme s'apparente à des « transactions permanentes entre des séquences de vie, prises dans les trajectoires et des modes de professionnalisation saisis au sein de groupes professionnels, de pairs, de collectifs de travail ou encore d'organisations » (Roquet, 2012, p. 86). Ce sont ces transactions qui sous tendent la construction « d'identités professionnelles » (Dubar, 2000 dans Roquet, 2012, p. 86). Ces niveaux « macro », « méso » et « micro » coexistent, aussi, ces clarifications terminologiques permettent de constater combien chaque niveau de professionnalisation impacte la collaboration interprofessionnelle des soignants. L'université a historiquement construit des formations parallèles dont le niveau d'expertise pousse à la maîtrise exclusive des savoirs. Cette volonté est constitutive du pouvoir, de l'autonomie et de la domination, soit, d'une forme de subordination au sein de laquelle chaque profession pense détenir l'expertise la meilleure pour prendre en soins le patient. Collaboration et professionnalisation répondent ainsi à deux logiques en compétition qui maintiennent l'hyperspécialisation des professions et la défense des territoires de chacun.

¹ Les données bibliographiques de l'annexe n°1 sont consultables dans la bibliographie générale.

L'essor de l'interprofessionnalité semble se réaliser actuellement en réaction à la surspécialisation disciplinaire. C'est ainsi que l'universitarisation des professions paramédicales s'accompagne d'une même volonté : décloisonner les formations.

1.3.2. L'universitarisation des professions paramédicales

L'universitarisation se définit comme « Le processus qui rend universitaires des formations et des institutions alors qu'elles existaient ailleurs auparavant qu'à l'université » (Bourdoncle, 2007, paragr.10). En signant la déclaration de Bologne en juin 1999, vingt-neuf pays de l'Espace Européen² ont décidé d'harmoniser leurs cursus de formation et de construire un espace européen de l'enseignement supérieur ; car

Les dispositifs de formation des différentes professions ont été historiquement construits de manière totalement hétérogène, sans qu'aucune harmonisation n'ait été vraiment tentée jusqu'ici. Les disparités sont de tous ordres ; dans l'organisation des formations, dans le type de diplômes délivrés [...], dans la nature ou le statut juridique des instituts de formation, dans le mode d'exercice des professions. (Marsala et al., 2013, p. 14)

Un cadre commun aux divers systèmes nationaux est alors fondé sur la structuration du cursus universitaire en trois grades : premier grade (Licence ou *Bachelor* pour certains pays de la zone européenne), deuxième grade (Master) et troisième grade (Doctorat). Ce système vise la professionnalisation des études et l'employabilité des diplômés. Elle préconise la liberté de mobilité des étudiants et des diplômés en Europe, un enseignement supérieur compétitif, des diplômes compatibles avec la vie professionnelle et avec l'apprentissage tout au long de la vie. Enfin, elle plébiscite la mobilité accrue des acteurs de l'enseignement supérieur, un système de crédits efficace (*European Credits Transfer System* : ECTS) et la promotion de la dimension européenne de l'enseignement supérieur (Séminaire AMUE - Agence de Mutualisation des Universités et Établissements, 2006, p. 31). Les accords de Bologne signent l'entrée des formations en soins infirmiers (2009) et en Masso-kinésithérapie (2015) dans l'université. Ils permettent de passer d'une logique d'apprentissage disciplinaire à une logique d'apprentissage fondée sur les compétences. Ce nouveau paradigme impacte non seulement les compétences individuelles mais aussi, les

² Les 29 pays signataires sont : l'Allemagne l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, la Pologne, les Pays-Bas, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse.

compétences collectives. L'approche par compétences a ainsi redéfini la manière d'enseigner et la manière d'apprendre ; le système lui-même en serait affecté :

L'approche par compétences peut assurer un équilibre entre le développement de compétences individuelles et collectives dans ce contexte de grande complexité et ainsi contribuer non seulement au développement personnel de tous les acteurs [...] mais aussi, à celui de toute l'organisation. (Le Boterf, 2017, p. 35)

Les accords de Bologne redessinent les liens entre instituts de formation et universités. L'article 4 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier (DEI) impose la signature d'une convention entre IFSI et universités. Cette convention permet de définir les modalités de participation de l'université aux activités de formation des IFSI et de leur reconnaître un grade universitaire. L'article 5 favorise le rapprochement et les échanges entre IFSI et universités en autorisant les premiers à se rassembler en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Les EMK ont trouvé leur place à l'université en 2015 mais malgré les initiatives qui actuellement se multiplient (Unités de Formation et de Recherches de sciences médicales ou paramédicales, Masters en sciences clinique infirmière, Écoles et Départements Universitaires en Sciences infirmières, Diplôme Universitaire en Recherche paramédicale...), l'intégration des infirmières³ y est plus lente. Cette lente professionnalisation les a longtemps exclues de la production de connaissances par la recherche. Pourtant, les accords de Bologne, qui énoncent des objectifs liés au déclouisonnement des filières, plébiscitent leur participation à la mutualisation des apprentissages, ce que continue à revendiquer la « Grande Conférence de la Santé » de 2016.

1.4. L'intégration universitaire : étapes clés

1.4.1. La Grande Conférence de la Santé (2016)

En 2016, la feuille de route de la « Grande Conférence de la Santé » définit les enjeux, les objectifs et la mise en œuvre de vingt-deux mesures qui concernent l'innovation des apprentissages pour les étudiants en santé. Sa neuvième mesure : « Développer et mieux organiser les interactions entre les étudiants des différentes formations de santé » vise l'interprofessionnalité :

³ Lire partout infirmiers et infirmières

La division du travail au sein des professions de santé progresse inexorablement. Cette évolution [...] est portée par les évolutions technologiques, la spécialisation, voire, l'hyperspécialisation des formations [...]. En même temps, la division du travail appelle mécaniquement la montée des interdépendances et leur reconnaissance. Le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques est caractéristique de ces évolutions : d'un côté, les interventions sont de plus en plus diversifiées auprès des personnes tout au long de la chaîne de soin [...] ; d'un autre côté, cette diversité appelle un besoin d'intégration, de coopération, de coordination pour ne pas laisser aux patients la charge de gérer la dispersion. Déployer un socle commun de formation contribuera à améliorer l'interconnaissance des professionnels indispensable au développement des coopérations. (Grande Conférence de la Santé, 2016, p. 10)

Au regard de ces enjeux, les objectifs poursuivis par la « Grande Conférence de la Santé » sont de développer la culture de l'interprofessionnalité et du travail en équipe par la mise en place « de temps de formation théorique et pratique [...] regroupant les étudiants des différentes filières de santé ». La volonté des législateurs est aussi de « créer un groupe de travail collaboratif » (doyens, présidents d'université, enseignants, organismes de formations paramédicales, représentants professionnels, organisations étudiantes) afin d'identifier les enseignements qui peuvent être mutualisés et les modalités pratiques de cette mutualisation. Les mesures dix et quatorze visent, respectivement, le recours aux outils numériques pour favoriser l'interprofessionnalité et l'obligation pour les IFSI d'utiliser les mêmes modèles d'évaluation qu'à l'université. La Grande Conférence en Santé (2016) trouve une suite dans une mission ministérielle réalisée conjointement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR). Ces deux entités devaient en effet examiner les modalités de mise en œuvre des mesures cinq, six et treize de la Conférence en Santé (2016). La mesure cinq vise à renforcer les prestations sociales des étudiants de filières paramédicales, la mesure six vise à définir l'offre publique de formation pour toutes les professions de santé et la mesure treize entend « faire des formations paramédicales, des formations universitaires à part entière » en réservant, à terme, les enseignements à des universitaires. Enfin, la reconnaissance du statut d'étudiants aux paramédicaux, la simplification de l'accès aux formations, le développement du numérique et de la simulation en santé, sont des priorités discutées par les deux inspections.

C'est dans ce contexte qu'une mission de concertation relative à l'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique est lancée par les Ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur en 2017. Elle est confiée à Stéphane Le Boulet. Le rapport de

mission, « L'universitarisation des professions en santé, 2018 », rapporte quatre axes à déployer : l'interprofessionnalité, le parcours des étudiants, l'ancrage territorial, et la nécessité de développer de nouveaux champs de recherche. Pour cette dernière priorité, c'est chose faite depuis octobre 2019. Les sciences infirmières, les sciences de la réadaptation/rééducation et la maïeutique constituent les nouvelles sections du Conseil National des Universités. Ainsi, les pouvoirs publics ouvrent des nouvelles voies de qualification pour les titulaires d'une Habilitation à Diriger des Recherches ou d'un Doctorat, désireux de devenir Professeurs des universités ou maîtres de conférences des universités en sciences infirmières, sciences de la réadaptation/rééducation et en maïeutique. Cet ancrage institutionnel est un signe de reconnaissance pour ces professions. Il valide la possibilité de développer des travaux de recherche en mobilisant les professionnels et les étudiants paramédicaux. L'enjeu est de taille car ces enseignants-chercheurs ou maîtres de conférences paramédicaux devront assurer un lien fort et intelligible entre universités et instituts de formation pour limiter le fossé culturel – chaque institution possède ses règles et ses codes – qui risque de les séparer. « L'universitarisation des formations pourrait apporter une place majeure à la recherche tant dans l'élaboration des *curricula* que dans la rédaction des mémoires professionnels, ce qui ne semble pas sans influence sur l'exercice du métier » (Annoot, dans Adé et Piot, 2018, p. 17). Les formations, par la recherche notamment, mais aussi les pratiques, continueront ainsi à se constituer comme sciences et à revendiquer leur reconnaissance :

Professionnaliser une activité dans le sens d'en faire une activité mobilisant des savoirs rationnels, cela suppose qu'elle s'enseigne à l'université, et donc que les hommes du métier se consacrent autant et même plus à l'accumulation et à la transmission de leur savoir qu'à leur pratique professionnelle directe. (Bourdoncle, 2000, p. 120)

Pour Bourdoncle, « Il y a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se trouvent en quelque sorte, absorbés par l'université » (Bourdoncle 2007, p. 138). Cette « absorption » est complexe, aussi, cinq façons d'être intégré à l'université coexistent. La première se caractérise par « l'intégration des cursus ». Cette étape vise à renforcer la transversalité entre les différentes formations. « L'intégration par les outils » désigne le développement d'outils communs à différents établissements d'enseignement supérieurs. Ils relèvent notamment du domaine du numérique ou de la simulation. Cette volonté est renouvelée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'enseignement

supérieur, dite « Conférence du processus de Bologne » (24 et 25 mai 2018). Cette conférence réunit les ministres des quarante-huit États qui, avec l'Union européenne, ont signé la « Déclaration de Bologne ». Les ministres s'attachent alors à approfondir et à améliorer la convergence de leurs systèmes d'enseignement supérieur. Le *New Learning and Teaching* et *Inclusiveness* sont deux thèmes qui émergent de ces rencontres. Les ministres de l'enseignement supérieur s'engagent à développer des approches nouvelles et inclusives pour l'amélioration des formations : « Le temps est venu d'ériger la coopération dans les pratiques innovantes pour apprendre et enseigner », écrivent les signataires du communiqué final (Conférence du processus de Bologne, 2018, p. 5). La troisième forme d'intégration est dite « immobilière ». L'objectif est de rassembler différentes formations au sein d'un même campus ou d'un établissement pour faciliter la mutualisation de moyens. La quatrième forme d'intégration est dite « fonctionnelle ». Elle concerne le rattachement des instituts de formation aux Unités de Formation et de Recherche (UFR) de l'Université (souvent sous forme de départements ou de collèges santé) avec conservation de leur indépendance administrative et juridique. Elle vise aussi la coopération entre les acteurs paramédicaux, le partage des ressources d'enseignement entre les instituts et l'université, le partage d'expériences pour harmoniser les pratiques, le développement de la politique des stages sur le territoire, l'organisation de procédures d'évaluation partagées et harmonisées, le développement de formations interprofessionnelles, la mise en œuvre du Service Sanitaire des Étudiants en Santé et le développement de la recherche. Enfin, « l'intégration organique » permet une reconnaissance du statut étudiant et l'accès à l'ensemble des masters de l'enseignement supérieur aux professions paramédicales. Les étudiants ont accès à tous les services universitaires et participent à la démocratie étudiante de l'Université. La mise en place de la Contribution de vie étudiante et de campus a accéléré le mouvement d'intégration (2018-2019 pour les IFSI) comme l'inscription et la délivrance des Diplômes d'État par le Président d'université. La formation, la maquette et les formateurs sont alors sous la tutelle de l'Université.

La question des modalités d'admission des étudiants à l'université a longtemps fait débat. C'est en 2020 que la grande majorité des formations paramédicales a intégré la plateforme de préinscription « Parcousup » mais c'est la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 qui a entériné la fin du concours d'entrée dans les IFSI par une procédure d'admission sur dossier. Dans sa volonté d'homogénéiser l'accès à l'enseignement supérieur, de renforcer l'attractivité des filières et le partenariat lycée/enseignement supérieur, de limiter le coût financier des

concours aux étudiants, l'université a opéré un rapprochement avec les instituts de formation. La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à la transformation du système de santé vise à assouplir certaines contraintes réglementaires, aussi, certains projets actuels ont pour objectif de rapprocher les contenus des formations et de partager des enseignements entre les formations médicales et paramédicales. Cet objectif a été clairement établi dans le Programme National pour la Sécurité des Patients « Ma santé 2022 ».

1.4.2. Le Programme National pour la Sécurité des Patients « Ma santé 2022, un engagement collectif »

Transformer le système de santé nécessite de repenser la manière dont on forme les futurs professionnels. Le Programme National pour la Sécurité des Patients « Ma santé 2022 » (PNSP, 2018) favorise les passerelles entre cursus et donne désormais accès à un ensemble de formations grâce au Parcours « Accès Santé » (PAS) et aux autres Licences avec option « Accès Santé » (LAS). Ce système vise une plus grande souplesse du système et en particulier, la possibilité de se réorienter. Le rapport PNSP (2018) souhaite préparer les futurs soignants au système de santé de demain et mettre en œuvre « des formations aux métiers de la santé décloisonnées, centrées sur les compétences et adaptées aux enjeux à venir » (PNSP, 2018, p. 32). En effet, les « formations en santé n'ont pas été conçues pour favoriser des temps de formation communs à plusieurs filières, permettre aux étudiants de coopérer ni favoriser l'évolution d'un cursus à un autre » (« Ma santé 2022 », p. 31). La volonté des législateurs est donc claire. Il s'agit de sortir d'une logique de formation en silos pour favoriser les apprentissages collectifs à tous les étudiants en santé :

L'ouverture sur la connaissance des autres métiers et des environnements de travail répond à la nécessité d'un exercice décloisonné entre établissements de santé, structures ambulatoires et médico-sociales. L'universitarisation en cours des formations paramédicales constitue un levier puissant pour accompagner ce profond mouvement de réforme. (« Ma santé 2022 », p. 31)

Des projets interprofessionnels existent indépendamment les uns des autres dans les universités françaises. Mais les dispositifs restent, sinon peu déployés, peu visibles. Et pas seulement en France. Déjà, en 2016, l'association européenne des étudiants en santé publiait un rapport sur l'EIP, réalisé à partir d'un questionnaire distribué à des étudiants en pharmacie, médecine, odontologie, sciences infirmières et kinésithérapie à travers l'Europe (*European Healthcare Students'Associations Summit*, 2016). Sur les 1494 réponses obtenues, plus de 90 % des répondants adhèrent à l'EIP et la revendiquent pendant leur

curus universitaire. Le rapport souligne cependant que seuls 53,2 % des étudiants en ont bénéficié. Pourtant, des initiatives actuelles visent à bâtir des parcours interprofessionnels de premier et de second cycle nouveaux.

1.4.3. L'universitarisation : « un processus inachevé »

Ce qu'il est convenu d'appeler « l'universitarisation » des formations paramédicales demeure un processus inachevé, recouvre plusieurs réalités et mobilise de nombreux acteurs : ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, conseils régionaux, instituts de formation et leurs gestionnaires publics et privés, établissements de santé de rattachement ou terrains de stage, universités. (Debeaupuis et al., 2017, p.13)

Plus encore que celle des MK, la formation des IDE recouvre toutes ces réalités. Elle évolue dans un environnement complexe qui mobilise des acteurs multiples, au cœur d'un processus encore en train de se faire. L'intégration des Infirmières⁴ de pratiques avancées (IPA) au sein de la formation universitaire est sans doute un levier de plus à leur professionnalisation. La naissance du statut d'IPA s'inscrit dans la dynamique du rapport Berland de 2003 et trouve ancrage dans la loi de modernisation du système de santé français de 2016 (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 permet de clarifier leur rôle. Les IPA disposent de « compétences élargies » validées par un diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée délivré par les universités. Elles peuvent accéder aux fonctions d'IPA au niveau Master 2, ce qui leur permet de s'émanciper du décret de compétences infirmier dans le cadre d'une spécialité. Ainsi, les pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les polyopathologies courantes en soins primaires, les maladies rénales chroniques, la dialyse, la transplantation rénale, l'oncologie et l'hémo-oncologie, la psychiatrie et la santé mentale sont autant de spécialités auxquelles les IPA peuvent prétendre. Cette reconnaissance universitaire est largement influencée par le contexte socio-médico-économique. Elle permet de répondre à une tendance actuelle qui encourage les protocoles de coopérations mais aussi, au processus d'universitarisation et de professionnalisation. Les pistes offertes aux IDE modifient les paysages professionnels et scientifiques et les perspectives qui s'ouvrent laissent prévoir une professionnalisation grandissante de leurs activités.

Les universités ont ainsi la responsabilité des formations paramédicales et doivent déployer leur contribution à la professionnalisation de leurs étudiants. Mais ces nouvelles dispositions ne sont pas aisées à mettre en œuvre. Elles entraînent une autre forme de coordination qui

⁴ Lire partout infirmiers et infirmières

connait nécessairement des lourdeurs administratives et une lecture plus compliquée pour les décideurs. Toutes ces évolutions influencent l'organisation, le fonctionnement et la pédagogie des structures rattachées à l'université. C'est le processus de professionnalisation qui est visé, c'est-à-dire, l'articulation entre la théorie enseignée par les formateurs et les universitaires et la pratique professionnelle assurée par les tuteurs de stages. Dans ce contexte mouvant, repenser le contenu et la transmission des savoirs semble incontournable. À l'heure des nouvelles formes de division du travail dans le monde de la santé, des nouvelles coopérations, des nouvelles collaborations, de l'universitarisation et de l'apparition de « nouveaux métiers », il est temps d'interroger la Collaboration Interprofessionnelle (CIP) dans les formations initiales en sciences de la santé.

1.4.4. Nouvelles collaborations, nouvelles expérimentations

Cette interrogation est en cours. Le 13 mai 2020, le décret n°2020-553 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des formations en santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche est publié au Journal Officiel de la République Française (JORF). Son objectif est de lancer une expérimentation pour favoriser la transversalité des formations médicales *via* des enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. Il s'agit ici d'une application de la loi santé 2019 qui prévoit la possibilité de lancer des expérimentations pour une durée de six ans à compter de la rentrée 2020. Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP) avance que les universités qui comportent une unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie, odontologie ainsi qu'une structure en maïeutique, peuvent choisir de renforcer les échanges entre ces formations dans le but d'acquérir des compétences transversales à plusieurs métiers. Les soins infirmiers ne sont pas exclus de cette expérimentation ; le décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 prévoit que les universités concernées,

Peuvent s'associer par voie de convention, en fonction de la nature de l'expérimentation, avec d'autres universités ainsi qu'avec des établissements délivrant des formations relevant du livre I au livre III de la partie IV du code de la santé publique. (Décret N° 2020-553 du 11 mai 2020)

L'idée est aussi d'encourager à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires, y compris dans le cadre de projets de recherche et de la production de savoirs. Les universités devront dresser un bilan annuel des expérimentations qu'elles mènent au terme de l'année universitaire 2025-2026. Un rapport sera alors dressé conjointement par les Ministres de

l'enseignement supérieur et de la santé et le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche de l'enseignement supérieur (JORF n° 0117 du 13 mai 2020, texte n° 31).

Ainsi, le 9 septembre 2021, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche autorise dix-neuf universités françaises à mettre en place des modalités expérimentales pour favoriser le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche (Arrêté du 9 septembre 2021 modifié par l'arrêté du 26 avril 2022).

Les pouvoirs publics appellent ainsi largement à la mutualisation des savoirs et des apprentissages pour favoriser la CIP ; cependant, le mode collaboratif nécessite d'aller au-delà des injonctions, de la logique gestionnaire et de l'ancrer dans les pratiques professionnelles. La collaboration engage en effet à penser « abandon des silos professionnels » et décloisonnement. Zarifian, sociologue, pose alors une question fondamentale :

Lorsqu'on « décloisonne » les fonctions, pense-t-on aux identités de métier et aux lieux de relative autonomie que l'on déstabilise aussi ? La coordination horizontale donne-t-elle à tout le monde la possibilité de trouver une place qu'il jugera bonne ? (Zarifian, 1996, pp. 7-8)

En creux, Zarifian interroge la collaboration interprofessionnelle. Cependant, il emploie l'expression « coordination horizontale » pour y faire référence. Les terminologies méritent ainsi d'être clarifiées au regard des déterminants qui les qualifient. Les termes « coopération » et « collaboration » sont en effet souvent utilisés de manière indistincte, parfois, par les législateurs eux-mêmes. Commençons par éclairer ce qui pourrait s'imposer comme une évidence : coopération n'est pas collaboration et interdisciplinarité ne saurait se confondre avec interprofessionnalité.

CHAPITRE 2. ÉCLAIRAGE CONCEPTUEL

2.1. Concept de coopération, concept de collaboration

Développé d'abord dans certains domaines comme la psychiatrie, la réadaptation, la gériatrie et les soins palliatifs (Manière et al., 2013), le travail collaboratif tend à se généraliser. Il peut être défini comme : « La coopération ou la collaboration qui s'avère nécessaire au sein des groupes pour atteindre les objectifs » (Cau-Bareille, 2006, p. 100). Dans cette définition, coopération et collaboration semblent être utilisées sans distinction. En réalité, ces concepts demeurent mal définis car ils varient en fonction des théories et des disciplines convoquées à leur emploi (D'Amour et al., 2005 ; McCallin, 2001). La collaboration est en effet interrogée par la sociologie, la psychologie, les sciences politiques, l'économie, les théories organisationnelles, les théories du comportement, ce qui rend son approche complexe et multiple, mais ce qui permet aussi d'en dégager les invariants. Car des nuances existent.

La coopération consiste à « agir conjointement avec quelqu'un » tandis que la collaboration engage à « travailler avec d'autres à une œuvre commune » (Romelaer, 1998, p. 2). Pour Romelaer, Professeur en organisation, il existe plusieurs types de coopération. La première, la coopération contrainte, définit « le degré minimum de bonne volonté que toute personne, dans toute organisation, manifeste ou doit manifester pour que l'organisation fonctionne » (Romelaer, 1998, p. 2). Ce type de coopération est généré par l'organisation elle-même. Elle contraint les acteurs à créer des liens suffisants pour s'assurer d'être acceptés dans le groupe. Le deuxième type de coopération, la coopération stratégique, appelle la capacité des acteurs à jouer sans cesse entre les règles formelles et informelles et à maintenir l'autre dans une « zone d'incertitude ». La troisième forme de coopération développée par Romelaer est la coopération autonome qui se déploie quand il s'agit de « mettre en œuvre, de combiner et/ou de développer des connaissances et des informations complexes ou que les connaissances et les informations sont nouvelles, ou d'intérêt temporaire » (Romelaer, 1998, p. 5). Cette forme de coopération se joue ponctuellement. D'autres auteurs ont développé des formes de coopération. Pour Livian, Professeur et sociologue, la coopération par adhésion à un projet commun, la coopération par les règles (permet de protéger les intérêts de chacun), la coopération par le contrat (les parties s'engagent à échanger des prestations) et la coopération par la contrainte (de la situation, du groupe ou de la hiérarchie) coexistent (Livian, 2005, p. 154). En réalité, la coopération semble se distinguer de la collaboration par la nature et la répartition des tâches. La coopération peut être définie

Comme une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches, chacune étant affectée à un acteur, soit, selon une distribution parfaitement horizontale dans laquelle tâches et acteurs sont équivalents, soit selon une logique d'attribution en fonction des compétences particulières de chacun, (Cerisier, 1999, p. 2),

tandis que la collaboration est « une situation de travail collectif dans laquelle tâche et but sont communs. Tous les acteurs travaillent sur les mêmes points » (Cerisier, 1999, p. 2). Ainsi, la coopération est un système qui répartit les rôles et les responsabilités des membres d'un groupe à l'avance et qui fractionne les tâches. Tous les individus du groupe ne participent pas à l'ensemble du travail mais à une séquence ou « sous-tâche ». Les séquences, une fois réunies, permettent au groupe d'atteindre l'objectif fixé au départ. Laferrière, Professeure canadienne en sciences de l'éducation (2003), rejoint cette vision lorsqu'elle parle de l'apprentissage coopératif : « L'apprentissage coopératif se reconnaît à travers la répartition, à l'avance, des rôles et des responsabilités en vue d'accomplir une tâche d'apprentissage déterminée » (Laferrière, 2003, préface, paragr. 3 dans Deaudelin et Nault, 2003). D'Amour définit la coopération comme « une quantité de tâches à effectuer » (D'Amour, 1997, p. 24). Enfin, Zarifian (1996) développe deux niveaux de coopération : un « fort » et un « faible ». La version faible « maintient un travail séparé et divisé [...], entretient le principe selon lequel la responsabilité ne se partage pas (à chacun sa tâche et son domaine de responsabilité), mais [...], vise à améliorer les passages de relais et de dialogues entre ces travaux séparés » (Zarifian, 1996, p. 12). Pour le chercheur, la version forte de la coopération c'est :

Travailler ensemble, [...] c'est communiquer, au sens de construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque, c'est établir des accords solides sur la nature des problèmes et des savoirs à développer ; l'identité (au moins partielle) des objectifs et donc le processus commun de définition des objectifs ; le sens donné aux actions et donc la valeur qui les fondent ; les implications subjectives « croisées » des individus qui agissent ainsi ensemble. (Zarifian, 1996, p. 15)

L'auteur rapproche la version « faible » de la « coordination » d'acceptations de la coopération développées par certains auteurs. Pour Zarifian, la coordination se situe dans le registre de l'information et de l'articulation des processus productifs dont le résultat est programmé. En revanche, le concept de collaboration offre des interactions, une intégration, un engagement et une complexité plus profonds que la coopération. La « version forte » de la coopération de Zarifian est sans doute plus proche du concept de collaboration. Pour le sociologue, être intégré dans une équipe ne suffit pas à collaborer (Zarifian, 1996, p. 12). Il

faut encore comprendre les raisons d'agir des autres et s'engager ensemble dans des actions pour que chacun puisse donner un sens personnel à cette collaboration. Pour collaborer, il faut donc se connaître un minimum, savoir ce que l'on peut attendre de l'autre et se mettre d'accord sur ce que l'on va faire ensemble.

2.2. Des visions multiples de la collaboration

La littérature abonde à définir la collaboration. Pour certains auteurs, la collaboration est un processus par lequel « des individus, des groupes et des organisations travaillent ensemble, interagissent et entrent en relation dans le but d'un gain ou d'un bénéfice mutuel » (Smith et al., 1995, p. 10). Pour d'autres, collaborer correspond à l'engagement que prend chaque partie pour atteindre un objectif. Certains auteurs envisagent la collaboration dans la dimension complexe qu'exige une situation donnée (Gray et Wood, 1991) tandis que d'autres la considèrent comme une réponse à des difficultés, voire, à des situations conflictuelles (Locock, 2003, dans Kosremelli Asmar, 2011, p. 14). La dimension de l'engagement personnel est parfois soulignée : « La collaboration est un mécanisme socialement construit pour des actions collectives qui sont continuellement modelées et restructurées par des actions et des interprétations symboliques des parties impliquées » (Ring et VandeVen, 1994, dans Kosremelli Asmar, 2011, p. 14). Les acteurs doivent être volontaires et déployer leurs actions dans la dimension collective. Pour Bichon (2004), la collaboration désigne les liens que construisent volontairement les individus, afin de faire face à une situation nouvelle (dans Kosremelli Asmar, 2011, p. 79). Cette définition trouve un écho dans celle de Gray (1989) : « La collaboration est un processus à travers lequel les parties, qui voient des aspects différents d'un problème, peuvent explorer constructivement leurs différences et trouver une solution qui dépasse leur vision limitée de ce qui est possible » (Gray, 1989, dans Kosremelli Asmar, 2011, p. 14). Sans nier la dimension collective et les responsabilités partagées, l'auteure interroge aussi l'engagement individuel des acteurs qui explorent « leurs différences » dans le groupe.

Ces définitions, diverses mais souvent complémentaires, nous poussent à choisir définitivement le concept de « collaboration » pour notre étude. Comme conditions nécessaires à la collaboration, nous retenons les invariants suivants : l'interdépendance entre les acteurs, l'intercompréhension – pour reprendre le terme de Zarifian (1996) –, une certaine obligation, une responsabilité partagée entre les acteurs et un engagement personnel. Dans nombre de définitions, la notion de processus est récurrente ce qui témoigne de la nécessaire

volonté de construction collective des individus autour d'une œuvre et d'un objectif commun, objectif qui se définit dans l'espace et le temps. La lecture des activités séparées doit faire sens d'abord individuellement pour prendre sens dans l'action collective, au regard du but poursuivi. Pour aller plus loin encore que la seule notion de « collaboration », nous retenons la « collaboration interprofessionnelle » comme concept central dans notre recherche. L'implantation de pratiques collaboratives dans les organisations soignantes suppose en effet un changement de paradigme fondé sur un concept clair et univoque : l'interprofessionnalité.

2.3. Définir ce qui est « entre »

« Il faudrait donc entendre l'interdisciplinarité comme objet faisant fonction de discipline, [...] située parmi ou entre les disciplines, activités scientifiques à l'interstice des autres » (Hatano-Chalvidan, 2016, p. 8), tandis que l'interprofessionnalité

Serait comprise comme relevant, non pas d'une profession, non pas de plusieurs professions mais de ce qu'elles ont décidé de mettre en commun et de reconnaître significatif de leur action commune, comme un partage de valeurs et de savoirs professionnels. (Hatano-Chalvidan, 2016, p. 8)

Définir interprofessionnalité et interdisciplinarité relève de la même gageure que de distinguer coopération et collaboration. Notre champ de recherche nous pousse naturellement à employer « interprofessionnalité » pour faire référence aux professions. Mais les termes méritent d'être clarifiés. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit la discipline comme « une direction morale », mais aussi une « science, une matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique ». Issu du latin *disciplina* et dérivé de *discipulus* c'est-à-dire « disciple », lui-même dérivé de *discere* signifiant « apprendre », il y a discipline lorsque les savoirs et les conduites sont régulés par un système de règles qui relèvent de programmes de formation. Une discipline a ses propres lois, cadres conceptuels, langage, méthodes et outils d'analyse. Le terme renvoie principalement à un construit social, visant à créer un espace de significations partagées possédant ses propres règles. Ainsi, elle tend naturellement à l'autonomie (Morin, 1994). L'interdisciplinarité est un concept corrélé au travail d'équipe. Selon le degré de collaboration, d'intégration et de contribution de chacun des professionnels au travail dans l'équipe, l'interdisciplinarité se situe sur un *continuum* allant de l'équipe multidisciplinaire à l'équipe transdisciplinaire (Manière et al., 2005 ; Voyer, 2013). La multidisciplinarité et la pluridisciplinarité correspondent au travail de l'équipe où les différents savoirs se

juxtaposent et se combinent pour une meilleure efficacité. L'interprofessionnalité semble aller plus loin. L'inter, ce qui est entre,

Se conçoit alors comme un espace de possibles, un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement plutôt que par la stabilisation disciplinaire. Une telle rencontre de l'autre exige dans cette perspective le déséquilibre, condition du mouvement, la tolérance au risque, condition de la rencontre, l'incertitude relative, condition de l'innovation. Il découle de ces énoncés que l'espace de l'interne peut être comblé, puisqu'il est espace de translation d'un monde à l'autre, puisqu'il est lieu de passage. (Hamel, 1995, dans Couturier, 2009, p. 25)

Employé ainsi, le préfixe « inter » permettrait, au-delà de l'interdisciplinarité, de transformer les acteurs dans leur rapport aux autres. Le sociologue Lenoir (2000) prolonge l'idée et propose le concept de *circumdisciplinarité*, qu'il schématise par une spirale. Pour le chercheur, le savoir des uns, provoque, de proche en proche, par la mobilisation de la réflexion, la transformation du savoir des autres et des acteurs eux-mêmes. C'est donc dans l'incertitude, le mouvement et la créativité que se joue l'interprofessionnalité et la transformation des connaissances et des individus. Cette dimension de l'interprofessionnalité – l'ouverture – se retrouve dans d'autres définitions. Selon D'Amour et ses collaborateurs (1999) les membres d'une équipe interdisciplinaire « ouvrent les frontières de leur territoire » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités, tandis que l'interprofessionnalité se définit « comme le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de disciplines différentes » (D'Amour et Oandasan, 2005, p. 8). Ces éléments conceptuels se complètent. Manière et ses collaborateurs (2013), donnent une définition de l'interprofessionnalité qui semble mettre d'accord les précédentes et dessiner les contours de la collaboration interprofessionnelle :

Interprofessionnalité : processus et modalité d'organisation du travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents, d'échanger et éventuellement de mettre en commun des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté. Ce travail d'équipe fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. (Manière et al., 2013, Chapitre 63, p. 29)

À la lumière de ces définitions, la différence entre interdisciplinarité et interprofessionnalité est tenue ce qui explique que les deux expressions « collaboration interdisciplinaire » et « collaboration interprofessionnelle » sont souvent utilisées de manière interchangeable

dans la littérature. D'Amour (1999) met l'accent sur la collaboration interprofessionnelle comme processus et insiste sur la formalisation des relations entre les acteurs et sur les influences externes comme l'organisation. Pour la chercheuse en sciences infirmières, l'interprofessionnalité se définit en effet par

La structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. (D'Amour, 1997, p. 3)

Ainsi, nous retenons l'expression « collaboration interprofessionnelle » pour évoquer les relations et les types de pratiques collaboratives entre les professionnels paramédicaux qui intéressent notre recherche.

2.4. Pour une définition de la collaboration interprofessionnelle

Aujourd'hui, il existe plus de quatorze définitions de la collaboration interprofessionnelle (Bookey-basset et al., 2016) ; car la CIP est un processus « dynamique, évolutif et complexe » (Fourez, 2001, dans Robidoux, 2007, p. 12) qui rend l'exercice de définition difficile. Pour les professionnels du soin, la CIP est examinée à la lumière des différentes configurations de soins ce qui rend sa « compréhension subjective et variable » (DiazGranados et al., 2018 ; Schmitz et al., 2017). Depuis trois décennies, nombreux sont ceux qui ont tenté d'en cerner les contours. En 2017, Reeves et ses collaborateurs montrent que les définitions rencontrées dans la littérature se fondent en grande partie sur celle proposée par l'OMS (2010) – « La collaboration se produit lorsque deux ou plusieurs personnes d'horizons différents avec des compétences complémentaires interagissent pour créer une compréhension partagée qu'aucune d'entre elles ne possédait auparavant ou n'aurait pu atteindre seule » – et sur celle de D'Amour et ses collaborateurs pour qui la CIP est

Un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante, au service des clients⁵ et pour le plus grand bien de ceux-ci. (D'Amour et al, 1999, p. 69)

Mais d'une définition à l'autre, il convient de trouver un consensus. Pour certains chercheurs la CIP se caractérise par le partage des responsabilités, l'interdépendance des collaborateurs,

⁵ Le terme « client » est surtout accommodé dans les pays anglo-saxons. En France, le terme « patient » est plus souvent usité

la clarification des objectifs et des rôles de chacun (Reeves et al., 2018). Ces chercheurs comparent le travail collaboratif au travail d'équipe mais pour eux, la CIP nécessite plus de souplesse que le travail d'équipe, donc, plus d'adaptabilité. Ils rajoutent que les activités collaboratives sont caractérisées par une plus grande prévisibilité, un niveau de complexité plus élevé et un niveau d'urgence plus faible que le travail en équipe. Ainsi, le développement conceptuel de la CIP permet d'affirmer qu'elle se déploie dans l'action, dans la volonté des individus et de l'organisation de la faire vivre. Encore faut-il que chacun – patients, soignants, organisation – ait conscience de ses enjeux et des déterminants qui la caractérisent.

2.5. Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle

2.5.1. Des bénéfices pour le patient

Selon l'OMS, la CIP a pour but d'améliorer les *health outcomes*, c'est-à-dire les résultats de santé (OMS, 2010, p. 18). Cela se traduirait par une augmentation de l'accès aux soins, de la coordination des services de santé et de la sécurité des patients. De plus, la CIP diminuerait le taux de complications, la longueur des séjours hospitaliers, les conflits entre soignants, les *turn-overs* des équipes, le taux d'erreurs médicales ou encore le taux de mortalité (OMS, 2010, p. 18). Les bénéfices sont donc multiples. Ils recouvrent les « impacts positifs sur la santé », ou « l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (OMS, 2010, p. 18). Pour l'OMS, les soins doivent être efficaces, efficaces et optimisés dans l'utilisation des ressources et du temps, accessibles géographiquement et temporellement, personnalisés selon les préférences, les aspirations et la culture du patient. Enfin, les soins doivent être équitables, sûrs, et minimiser les risques (OMS, 2010, pp. 9-10). La CIP procède de tous ces enjeux, aussi, pour l'OMS (2010), c'est la capacité des équipes à travailler ensemble qui détermine la qualité des soins. Considérant que « les événements indésirables concernent de 2,9 % à 16,6 % des patients hospitalisés », que « 30 % à 60 % apparaissent *a posteriori* comme évitables » et que « la discontinuité dans les processus de soins, les défauts de coordination apparaissent comme des causes accessibles de dysfonctionnements à caractère collectif » (Latil, 2007, p. 1), la CIP permet de limiter la parcellisation des tâches et de sécuriser les soins.

En 2014, le Réseau Intégré de Santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UM) édite un guide d'implantation du partenariat de soins et de services (RUISUM, 2014). Dans ce document, le comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle montre que

pour les patients et leurs proches aidants, la CIP permet des traitements mieux ciblés donc plus efficaces, une meilleure acceptation des soins, l'amélioration des résultats et de l'accès du patient à des services de santé bien coordonnés, des réponses aux patients et à leurs proches mieux intégrées, une diminution des redondances lors du recueil d'informations, une cohérence des messages véhiculés par les différents intervenants, une baisse des erreurs cliniques, une détection plus précoce des problèmes et une diminution des complications et du taux de mortalité. La CIP permet d'accroître la satisfaction des patients en raison de l'amélioration de la qualité des soins (RUISUM, 2014). Nombreuses sont les études qui montrent combien la collaboration interprofessionnelle impacte positivement la qualité des soins et la vie des patients. Cependant, au risque de ne pas s'engager dans l'action collaborative, les professionnels doivent aussi y trouver des bénéfices.

2.5.2. Des bénéfices pour les soignants

Henneman et ses collaborateurs (1995) ont développé l'impact de la CIP chez les professionnels. Pour les chercheurs, la CIP renforcerait le sentiment de compétence des soignants, sensibles au succès et à l'accomplissement. Elle augmenterait également la collégialité et le respect parmi les professionnels (Miccolo et Splanier, 1993, dans Henneman et al., 1995) et ces conditions permettraient à leur tour de renforcer la collaboration. D'Amour, évoque la « réciprocité alternée » comme forme de collégialité et de respect, et comme composante de la négociation (D'Amour, 1997, p. 223). Pour la chercheuse, ces attributs de la CIP sont nécessaires à la fluidité des interactions et à l'aboutissement de l'objectif commun. Mais pour parvenir à une collaboration de qualité, il est indispensable « de sortir de la réflexion corporatiste et de considérer la collaboration comme un système d'actions dans lequel se retrouvent des professionnels et des individus » (D'Amour, 1997, p. 206). Ainsi, la CIP apporterait des bénéfices positifs aux soignants : l'acquisition des ressources et des compétences, le regroupement de ces ressources, la création de nouvelles connaissances, le sentiment d'appartenance et l'augmentation de leur pouvoir d'action. Pour le RUISUM (2014), la CIP permet une vision plus globale des besoins du patient ce qui favorise des orientations cliniques plus solides. Elle permet un gain de temps et d'efficacité. Pour le RUIS (2014), la CIP favorise une meilleure gestion des soins, un traitement plus précis et plus efficace et le développement de la compétence collaborative de l'équipe par la mise en commun des expertises de tous. La CIP soutient aussi la motivation des intervenants à maintenir, à développer leurs compétences et à apprendre ensemble. Elle permet de

valoriser les membres de l'équipe par la reconnaissance des différentes expertises et le développement de l'esprit de cohésion, du sentiment d'appartenance et du soutien de chacun.

2.6. Les attributs de la collaboration interprofessionnelle

Les attributs de la CIP font référence aux dispositions requises pour son exercice (Henneman et al., 1995). Dans une méta-analyse, D'Amour et ses collaborateurs (2004) ont identifié le partage, le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir. Le partage est celui des responsabilités : dans la perspective collaborative, tous les intervenants doivent assumer les décisions prises collégialement. Chaque partie doit donc partager des informations, le projet de soins et les actions menées auprès du patient (D'Amour, 1997 ; Henneman, 1995). Ces éléments nécessitent le partage des valeurs et du pouvoir, en particulier, le partage horizontal des responsabilités collectives et la disparition de la hiérarchie : la collaboration ne peut se développer dans un contexte où existent des inégalités de pouvoir (D'Amour et al., 2005). Si le pouvoir est le résultat des interactions entre les membres de l'équipe, il ne peut se justifier que par l'expérience, le savoir et la compétence des professionnels (Henneman et al., 1995). En effet, qu'elle soit d'ordre professionnel ou interpersonnel, la compétence est co-substantielle à la qualité de la CIP. Enfin, le partenariat doit s'exprimer dans le respect et la confiance mutuelle (Henneman, 1995) ; dans l'entreprise partenariale, les collaborateurs dépendent les uns des autres.

La CIP est un processus qui émerge de la triade, structure, organisation et individus. Ainsi, les attributs de la CIP peuvent être classés en déterminants systémiques/structurels, organisationnels et interactionnels/personnels.

2.6.1. Déterminants systémiques et structurels

Les facteurs structurels qui favorisent la collaboration entre les professionnels sont le système social, le système culturel, le système professionnel et le système éducatif (Wacheux et Kosremelli-Asmar, 2007). La culture axée sur l'autonomie, telle qu'elle est développée par les formations en silos, est parfois contreproductive. Il apparaît en effet que le système de formation professionnelle favorise une « perspective en opposition avec la collaboration » : elle encourage la domination, l'autonomie et le contrôle, plutôt que la « collégialité et la confiance » (Freidson, 1986, dans San Martin Rodriguez et al., 2005). Ainsi, pour favoriser la collaboration, plusieurs déterminants organisationnels peuvent être mobilisés. Des études menées par D'Amour (1999), Borril (2001) et leurs collaborateurs, ont démontré l'importance du leadership dans le développement de la CIP. Ces chercheurs

en font un déterminant essentiel à sa réussite. Pour San Martin Rodriguez et ses co-rechercheurs (2005), la proximité physique, l'espace et le temps, les mécanismes de coordination comme la standardisation du travail et des compétences, les discussions de groupe, la formalisation des règles et des protocoles, sont des leviers à la collaboration. À un autre niveau, les facteurs organisationnels les plus significatifs en faveur de la CIP sont les rencontres formelles et les interactions informelles en milieu clinique (Litvak et al., 2010). La philosophie de l'organisation, le support administratif et les mécanismes de coordination de la communication sont aussi déterminants (Wacheux et Kosremelli-Asmar, 2007). Mais les facteurs liés aux dynamiques internes du groupe auraient plus d'impact encore sur l'instauration de la CIP (Sicotte et al., 2002).

2.6.2. Déterminants interactionnels

Les déterminants interactionnels font référence aux interactions entre les acteurs. Ils correspondent à la volonté des individus de collaborer, à la confiance mutuelle, à la communication, au respect et au leadership (Litvak et al., 2010 ; Sottas et al., 2016 ; Wacheux et Kosremelli-Asmar, 2007). La volonté de collaborer se manifeste par une ouverture et des attentes personnelles face à la collaboration, des objectifs clairs et des croyances en ses bénéfices (Sicotte et al., 2002 ; Sottas et al., 2016). Elle dépend de facteurs comme l'éducation professionnelle, la maturité professionnelle, la motivation, l'attitude vis-à-vis de la formation interprofessionnelle, les stéréotypes, l'âge et la profession, mais aussi, du niveau de formation des apprenants et leurs expériences préalables (Sottas et al., 2016). Aux États-Unis, une étude a évalué statistiquement la perception de la collaboration interprofessionnelle des infirmières en établissant une corrélation entre le niveau de scolarité, les années d'expérience et le milieu de travail. Les résultats montrent que plus le niveau de scolarité est élevé, plus la CIP est développée (Mansourimoaid et al., dans Zahreddine, 2010, p. 28). Une autre étude permet de constater qu'un niveau élevé de scolarité influence positivement le respect des préoccupations collectives, la clarté des objectifs de prise en soins des patients et la compréhension des champs de pratique des autres professionnels (Miller, 2004, dans Zahreddine, 2010, p. 29). Ces résultats corroborent ceux d'une recherche anglaise : les infirmières ayant un niveau d'éducation scientifique plus élevé, notamment celles qui ont suivi des cours de physiologie et de biosciences, ont rapporté un niveau de participation important dans les discussions interprofessionnelles et dans la prise de décisions partagées (Jordan et Hughes, 1998, dans Zahreddine, 2010, p. 30). Enfin, aux États-Unis, une étude menée au bloc opératoire permet de corréliser les années

d'expérience des infirmières à l'influence positive de la CIP (Sterchi, 2007, dans Zahreddine, 2010, p. 30). Mais les interactions ne peuvent se jouer sans rapports de force. Elles appellent une communication efficiente et la construction de liens de confiance.

❖ Interactions et pouvoir

Le pouvoir, corollaire de la collaboration, ne doit pas évincer les conflits inhérents aux relations interpersonnelles. Le paradoxe de la CIP est en effet de réunir des individus autour d'une action collective alors que le risque de conflits interprofessionnels est élevé (D'Amour et al., 2003). Ces conflits sont constitutifs de la peur de perdre du pouvoir. Cette peur est alimentée par un sentiment de non-reconnaissance du rôle et de l'effort professionnel déployé (Careau et al., 2011). Cette peur est aussi accentuée par la hiérarchie. Une véritable « réticence relationnelle » peut alors faire obstacle à la CIP.

❖ Interactions et communication

L'asymétrie des relations entre les acteurs de la CIP entraîne des failles dans le système de communication. Quand Zarifian définit la communication, il approche la définition de la collaboration : « Communiquer, c'est essayer de se comprendre, c'est essayer de se mettre (au moins partiellement) d'accord sur quelque chose. C'est aussi : vouloir se comprendre » (Zarifian, 1998, p. 115). Pour l'auteur, la nécessité « d'opérer ensemble » passe par une activité communicationnelle qui touche à deux domaines. Le premier concerne la réalisation d'un accord intersubjectif sur la validité des objectifs que les intervenants poursuivent. Cet accord se forme dans le domaine du langage et relève de la capacité des acteurs à définir préalablement un champ d'accord et à en négocier le contenu. Ce rapport est essentiel à la qualité de la collaboration donc, à la qualité des savoirs. Le second domaine concerne le développement des individualités. Il convient de prendre en considération le monde personnel de chaque individu, sinon, l'activité communicationnelle ne peut advenir : « La qualité des individualités des salariés impliqués dans les procès de production est à la fois une condition et un objectif en soi de l'activité communicationnelle » (Zarifian et Moatty, 1990, p. 101). La qualité des individualités représente donc un facteur essentiel à l'acte communicationnel et au déploiement des interactions, aussi, les compétences communicationnelles sont vectrices de respect mutuel et de partage des points de vue. C'est à travers elles que les acteurs « reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise et des rôles des autres professionnels ainsi que leur interdépendance » (Kosremelli-Asmar et Wacheux, 2007, p. 5). Bien employée, la communication entre

professionnels permet de pallier la discontinuité des soins : « Le malade, inscrit [...] dans une temporalité continue, attend que ses demandes soient suivies comme s'il avait affaire à une seule et même personne collective » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 125). Assurer cette continuité auprès du patient nécessite de connaître et de reconnaître la complémentarité des contributions de chaque professionnel.

Mais pour s'inscrire dans des actions collaboratives interprofessionnelles, les individus doivent croire en l'action collective. Plus ils y croient – comme facteur d'amélioration des soins – plus ils collaborent et plus leur sentiment d'efficacité augmente (Havens et Haas, 1998, dans Kosremelli Asmar, 2011, p. 36). Dans ce contexte, ils bénéficient également de plus de soutien des autres intervenants, d'une plus grande latitude de créativité, d'une diminution de leur stress et de la valorisation des rôles de chacun (Wacheux et Kosremelli Asmar, 2007). Les conséquences positives pour les soignants résident alors dans la répartition équitable des charges de travail, dans l'augmentation de leur champ de responsabilité et dans l'accroissement de leurs connaissances.

❖ Interaction et confiance

La confiance est identifiée comme l'un des éléments clés de la collaboration. Cependant, la construction de la confiance est un processus qui peut exiger du temps, des efforts, de la patience et des expériences antérieures positives (Henneman et al., 1995). Un climat de confiance positif dans une équipe est possible si les rôles sont explicites et définis en commun. La réussite du travail interdisciplinaire se fonde ainsi sur la compréhension du chevauchement des rôles (D'Amour, 1999 ; Voyer, 2013). Rajoutons que la confiance s'inscrit dans un double mouvement : les soignants doivent non seulement avoir confiance en leurs compétences mais manifester aussi leur confiance aux collaborateurs. De ce point de vue, la compétence et l'expérience sont deux composantes essentielles à la collaboration. Dans une revue de littérature rapportée par Asmar (2011), les auteurs considèrent que la confiance est l'attribut le plus important de la collaboration. Dans un article intitulé « Comment appréhender la confiance au travail », le chercheur et ergonomiste Karsenty (2013) affirme que la confiance est associée à des notions d'espoir ou d'espérance, c'est-à-dire à une forme d'attente qui prend racine dans ses propres désirs, chargée d'incertitude et d'imagination. La compétence est aussi convoquée à cette définition. La confiance émane en effet de la relation à un collaborateur sur qui l'on se repose, pour obtenir un certain résultat. La confiance s'applique aussi à soi-même, d'où la notion de confiance en soi qui

désigne le sentiment de sérénité qu'on tire de la « prédiction réaliste et ponctuelle sur nos capacités d'atteindre un résultat visé dans un type de situations » (Garneau, dans Karsenty, 2013, p. 5). « Réaliste » et « ponctuelle » signifient ici que « la prédiction n'est pas totalement sûre et, en aucun cas, générale » (Karsenty, 2013, p. 5). Dans une relation de confiance, la réciprocité est incontournable mais ne signifie pas que les intérêts de chacun soient identiques. La réciprocité, qui est au cœur de la relation de confiance, a une implication majeure : pour établir une relation de confiance, chacun doit non seulement faire confiance à l'autre mais être jugé digne de confiance (Karsenty, 2013). En 2013, Karsenty identifie, à partir d'une revue de littérature nord-américaine, diverses catégories qui permettent d'être jugé digne de confiance (Shockley-Zalabak et al., 2011, dans Karsenty, 2013). La première catégorie concerne les compétences. Plus que les compétences liées à la fonction, ce sont les compétences individuelles du professionnel qui sont reconnues ainsi que sa volonté à les mettre en œuvre. La fiabilité constitue la deuxième catégorie : même si les engagements achoppent, la confiance peut être préservée si les justifications sont acceptables. La franchise et l'honnêteté sont constitutives de la confiance et constituent la troisième catégorie. Ces caractéristiques sont reconnues à un collaborateur si ses paroles et ses actes sont en accord avec ses valeurs, ses croyances et ses intentions. Enfin, si le collaborateur est jugé soucieux des intérêts de l'acteur dans des situations inattendues, il est digne de confiance. Mais la confiance est aussi conditionnée à des ressources, influencées par trois facteurs : la prédisposition individuelle de chacun à faire confiance, une analyse de la situation et la capacité à percevoir les risques. Le premier facteur s'apparenterait à un trait de personnalité (Rotter, 1971, 1980, dans Karsenty, 2013) et serait majoré par les premières expériences de collaboration qui elles, détermineraient la capacité future à faire confiance. Le deuxième facteur, l'analyse de la situation, doit conduire à identifier des risques susceptibles d'entraver la poursuite des objectifs et/ou la satisfaction des intérêts du professionnel. Enfin, la perception des risques dans une situation donnée est très inégale : certains peuvent ne percevoir « aucun risque tandis que d'autres peuvent les percevoir de façon très intense, selon les capacités que chacun s'auto-attribue » (Amalberti, 1996, dans Karsenty, 2013, p. 14). Ces « ressources de confiance », très inégales d'un individu à l'autre, président ainsi à la qualité de la CIP.

2.7. Les freins à la collaboration

2.7.1. Freins organisationnels et collectifs

Certains facteurs font barrière à la collaboration. Parmi les facteurs organisationnels, la fragmentation des soins, la culture organisationnelle hiérarchique, la méfiance envers les autres professionnels, le manque de temps, sont délétères à la CIP (Lanctot, 2010 ; Rose, 2011). Une étude sur la collaboration entre anesthésistes et IDE rapporte un manque de disponibilité, des problèmes de communication et de coordination des équipes, des failles dans l'éducation des professionnels, des conflits, des difficultés associées à la structure organisationnelle et un manque de clarification des rôles comme obstacles à la CIP (Fung et al., 2017). D'autres éléments sont des freins à la CIP. Si le leadership est mal assuré, si les membres de l'équipe sont peu investis et manquent d'ouverture d'esprit, s'ils vivent des conflits de valeurs, manquent de temps et rencontrent des difficultés à clarifier les rôles et les objectifs du travail collaboratif, la CIP risque d'avorter (Fortin, 2000). Les responsabilités, le rôle propre, les compétences, la pratique des autres professionnels sont souvent mal circonscrits, aussi, ces méconnaissances impactent négativement la CIP (San Martin-Rodriguez et al., 2005). L'organisation – marquée par la hiérarchie verticale –, un taux de roulement élevé et le manque de coordination à l'intérieur des équipes de travail, sont aussi des obstacles importants (Fortier et Méthot, 2004). Dans l'histoire inachevée de la professionnalisation de certains paramédicaux, certaines professions peuvent ainsi avoir l'impression d'être en compétition avec d'autres et partagent difficilement leur autorité et leur pouvoir.

2.7.2. Freins individuels

Les freins individuels à la CIP sont importants. Le premier frein relève de la capacité cognitive du sujet : il peut ne pas avoir acquis les aptitudes nécessaires au but collaboratif poursuivi. Ce manque de connaissances peut se manifester dans l'action mais aussi dans toute autre activité qui nécessite d'y avoir recours. Passée la première expérience, si le manque d'aptitudes cognitives est reconnu à un collaborateur, l'engagement collectif sera restreint. Parfois, c'est l'acteur qui limite ses interactions car il ne se sent pas légitime à participer à l'action collaborative. Il peut aussi redouter les critiques et les remarques. Enfin, si l'acteur juge les compétences requises par le travail collaboratif « dévalorisantes », il se retirera du projet par crainte d'y être assimilé (Gangloff-Ziegler, 2009). Les facteurs volitionnels poussent ainsi les acteurs à choisir, ou non, de s'engager dans l'action collaborative en

fonction des opportunités ou des freins qu'ils rencontrent. Les opportunités peuvent être collectives ou individuelles, individualistes ou altruistes (Mintzberg, 2004). L'esprit individuel de compétition – qui repose sur une image idéale de soi, un besoin de surpasser les autres et un désir de reconnaissance – est un obstacle au travail collaboratif. Enfin le sentiment de perte de savoir qu'induit la transmission des informations n'est pas négligeable :

Les détenteurs d'informations apparaissent comme les "sachants", et donc les référents face à des prises de décision [...]. Ils ne sont pas nécessairement prêts à renoncer à ce rôle qui à leurs yeux les valorise. Ils peuvent également craindre de perdre une part de leur utilité au sein de l'organisation et de devenir, de ce fait, plus facilement interchangeables. (Gangloff-Ziegler, 2009, p. 104)

2.7.3. Freins liés à l'expérience

Être novice dans le métier ne facilite pas la CIP. Certaines études montrent que les néoprofessionnels infirmiers ont peur de révéler leur manque de connaissances aux autres professionnels et préfèrent ne pas interagir (Pfaff et al., 2013). Pour les novices, la communication interprofessionnelle est ainsi vécue comme un défi. Dans les premiers mois d'engagement professionnel, les IDE⁶ ont peu confiance en elles, maîtrisent mal les procédures, hésitent à contacter d'autres professionnels, ont des difficultés à reconnaître les données pertinentes, à les transmettre et à s'affirmer dans les communications interprofessionnelles (Fink et al., 2008 ; Wangenstein, 2008, dans González-Martínez et Bulliard, 2018). Elles collaborent peu avec les autres membres de l'équipe (Schwartz, 2011, dans González-Martínez et Bulliard, 2018). Cette fragilité est aussi liée à un manque de connaissances cliniques, à des compétences relationnelles encore peu développées – en particulier concernant la gestion des conflits – et à un déficit de connaissances et d'expériences au sujet de l'interprofessionnalité (Pfaff, 2014, dans González-Martínez et Bulliard, 2018). Dans un contexte peu soutenant, les jeunes IDE ont donc tendance à éviter les situations de collaboration interprofessionnelle.

En réalité, les jeunes diplômés gagnent en compétence et en assurance la première année qui suit l'engagement professionnel (Roy et Robichaud, 2016). Certaines études montrent aussi que la CIP permet de soutenir leur maintien dans la profession (Pfaff et al., 2013). Les chercheurs avancent que le stress peut être régulé par un environnement positif de pratiques,

⁶ Lire partout infirmières et infirmiers

lui-même valorisé par le partage des connaissances (Pfaff et al., 2013). La transition du jeune diplômé vers une expertise plus grande passe ainsi par l'étayage d'experts, ce qui permet de renforcer sa confiance. Les activités d'interprofessionnalité formelles et informelles organisées par les équipes, le soutien relationnel des collègues, les leaders organisationnels, les personnes-modèles et les expériences préalables vécues pendant la formation initiale, sont autant de facteurs qui favorisent l'engagement interprofessionnel des jeunes diplômés (Pfaff, 2014, dans González-Martínez et Bulliard, 2018). Mais tous les néoprofessionnels ne peuvent prétendre au soutien de l'équipe et de l'organisation dès leur prise de poste.

La formation est ainsi l'un des leviers à l'engagement des professionnels dans le collectif de travail. Mais avant de développer l'éducation interprofessionnelle (EIP) et les modèles qui la sous-tendent, il convient d'en éclairer la genèse par les théories qu'elle convoque.

Notre travail repose largement sur les recherches menées par D'Amour. Professeure à la faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal, elle s'intéresse depuis de nombreuses années au concept de collaboration interprofessionnelle dont elle a fait son sujet de thèse doctorale en sciences infirmières. Si la littérature approche le concept de CIP selon diverses théories, D'Amour, Oandasan et leurs collaborateurs (2004), les ont regroupées dans un rapport requis par Santé Canada (Rapport Santé Canada, 2004 ; Curran, 2004). Ce rapport constitue une recension extensive d'études spécialisées sur l'éducation interprofessionnelle et une analyse environnementale des dispositifs de formation existants. Le regroupement des diverses théories a été réalisé selon trois approches : les théories des organisations, la sociologie des organisations et la théorie des échanges sociaux. Ces théories ont donné naissance à des modèles de la CIP.

CHAPITRE 3. THÉORIES ET MODÈLES DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

3.1. Les différentes théories de la collaboration interprofessionnelle

3.1.1. Les théories de l'échange

La théorie de l'échange stipule que l'échange est un comportement social par lequel transite un bien matériel ou immatériel comme les informations, les symboles ou le prestige (Homans, 1958, dans Ferrary, 2001, p. 262). Motivés par des bénéfices économiques, symboliques et sociaux, les acteurs s'engagent volontairement dans des échanges si et seulement si chacun tire un avantage de la collaboration et que le bénéfice est supérieur aux pertes engendrées par l'interaction (Blau, 1964, dans Ferrary, 2001, p. 262). Enfin, dans cette théorie, toute relation d'interdépendance réciproque nécessite l'absence de pouvoir. Une interrelation stable doit donc être symétrique pour durer (Blau, dans Ferrary, 2001, p. 273).

3.1.2. Les théories de l'attraction

« Des relations d'attraction caractérisent, à des degrés divers, mais invariablement, les membres d'un groupe ayant une continuité et placés dans des conditions de contraintes minima » (Faucheux et Moscovisci, 1971, p. 36). Les forces d'attraction des individus vont faire vivre, à des degrés divers, la cohésion de groupe. Certaines études ont montré que trois sources d'attraction pouvaient exister : l'amitié pour les membres du groupe, le prestige attaché à l'appartenance à un groupe donné et la possibilité de recevoir une récompense pour une performance dans l'activité du groupe (Faucheux et Moscovisci, 1971, p. 66). Les valeurs, les statuts et les rôles, les besoins réciproques, les traits de personnalité, la communication caractérisent aussi ces théories. Elles permettent de justifier les déterminants qui incitent les individus à collaborer dans un groupe donné.

3.1.3. La théorie du pouvoir

Cette théorie occupe une place centrale dans le fonctionnement des systèmes et des organisations. Le pouvoir est la capacité d'un acteur à influencer d'autres acteurs tout en faisant partie d'un système donné (Crozier et Friedberg, 1977). Dans cette perspective, le pouvoir prend vie dans l'architecture relationnelle entre les acteurs. Il s'instille dans un système d'interactions dans lequel des acteurs en obligent d'autres à agir malgré eux. Cette conception du pouvoir montre que c'est dans l'interrelation que le pouvoir peut exister et qu'il prend sens. Cependant, le pouvoir n'exclut pas « la réciprocité d'influence » (Goetschy,

1981, p. 449) répartie en trois catégories de théories : les théories de la résistance, les théories de l'échange des ressources et les théories relatives au partage des zones d'influence (Goetschy, 1981).

3.1.4. La théorie de la structuration sociale

Le champ sociologique représenté par l'école de l'analyse stratégique des organisations développée par Crozier et Friedberg (1977) nourrit largement le modèle de collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour. L'application du modèle théorique de Crozier et Friedberg (1977), structuré autour de la notion d'organisation – au sens de structuration des rapports humains dans l'action – s'est élargie au système d'action des ensembles d'interdépendances, pour aboutir à l'approche organisationnelle de l'action collective. Les auteurs ne s'intéressent pas à l'organisation comme objet social mais interrogent le processus d'organisation qui se déploie dans des champs d'actions divers et qui permettent de structurer, de stabiliser et de réguler les rapports entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou institutionnels liés par des interdépendances stratégiques autour de problèmes ou d'intérêts communs. Dans ce modèle, les actions collectives se construisent à partir des comportements individuels. Elles sont gouvernées par des relations de pouvoir qui existent entre les acteurs de l'organisation et les règles implicites qui se jouent dans les interactions. Trois concepts interdépendants coexistent alors : le pouvoir, l'acteur stratégique et le système d'actions concret. Cette approche contribue à mieux comprendre les mécanismes qui façonnent ou structurent l'action. La régulation réfère aux règles du jeu et fait référence aux mécanismes formels et/ou informels qui régulent les interdépendances entre les acteurs d'un système. La CIP étant un lieu d'interactions et d'échanges entre intervenants issus de diverses disciplines, il est approprié d'utiliser cette approche pour mieux comprendre les mécanismes qui la structurent où la façonnent.

Ces différentes théories rappellent combien l'organisation impacte la CIP. Elles ont ainsi donné naissance à plusieurs modèles dont nous ne retenons que ceux qui font sens dans notre recherche.

3.2. Des modèles de collaboration interprofessionnelle

3.2.1. Le modèle de Gitlin, Lyons et Kolodner (1994)

Ce modèle utilise la théorie de l'échange pour analyser la collaboration interprofessionnelle en se fondant sur l'hypothèse qu'il est possible de comprendre les structures sociales par une

analyse transactionnelle des relations interpersonnelles. L'échange et la négociation constituent les deux concepts de base de ce modèle, l'échange étant une procuration réciproque d'une série d'avantages entre le groupe et les individus qui le constituent. Quant à la négociation, elle réside dans l'offre d'expertise d'un individu à un groupe dans l'attente d'un avantage en retour, afin de réduire les coûts et d'améliorer les conditions pour tous. Les auteurs étendent cette théorie à un modèle en quatre paramètres soit, l'échange, la négociation, la loyauté et la différenciation des contributions (D'Amour et al., 2004).

3.2.2. Le modèle de West, Borril et Unsworth (1998)

Ce modèle repose sur les théories organisationnelles et tient compte de plusieurs variables liées à la performance, à la tâche et aux processus de rendement tels que le leadership, la communication et la prise de décision. Ce modèle a été expérimenté à différentes reprises au Royaume-Uni afin d'identifier les conditions propices à un travail d'équipe efficace et afin d'en évaluer l'impact sur la qualité des soins en oncologie (D'Amour et al., 2004). Les chercheurs concluent que la composition du groupe, le contexte culturel et le contexte organisationnel impactent la CIP.

3.2.3. Le cadre analytique de la collaboration interdisciplinaire (2003)

En 2003, Sicotte, en collaboration avec D'Amour et Moreault, élabore un modèle analytique de la collaboration interdisciplinaire : le *Quebec CHCC collaborative model*. Ce modèle tire son origine des théories organisationnelles. Il permet d'identifier les facteurs qui limitent ou qui favorisent la CIP. Les auteurs ont étudié des variables reliées au processus intragroupe telles que la croyance en la collaboration, l'intégration sociale dans le groupe, le degré de conflit associé à la collaboration et l'accord avec les logiques disciplinaires et interdisciplinaires. Les données ont été analysées en termes d'intensité de collaboration en se basant sur le degré de coordination interprofessionnelle et du partage des activités. Les résultats de cette étude démontrent que la CIP dépend des croyances et des valeurs qui peuvent faciliter et/ou contraindre l'interprofessionnalité. Elle montre aussi l'importance de résoudre les conflits pour ne pas entraver la CIP (D'Amour et al., 2004).

3.2.4. Le modèle d'Asmar (2011)

Dans sa thèse de doctorat, Asmar (2011) souligne qu'il est important, dans le cadre de la compréhension de l'interprofessionnalité, de s'intéresser aux motifs altruistes et aux engagements moraux comme source de motivation. Elle conclut que la CIP produit une plus grande satisfaction chez les intervenants car elle met en lien différentes professions et

favorise une approche intégrée des services. Asmar (2011) avance aussi que la CIP favorise une approche holistique centrée sur les besoins spécifiques du patient.

3.2.5. Le modèle d'Ewashen, McInnis-Perry et Murphy (2013)

Dans ce modèle, la collaboration interprofessionnelle est abordée sous l'angle de l'éthique. Pour les auteurs, la CIP doit être confortée par une pratique éthique. Le modèle soutient l'éthique biomédicale, l'éthique relationnelle et l'éthique de la vertu. La première forme est orientée vers la justification des prises de positions des acteurs par rapport à des situations ou des actes médicaux spécifiques, la seconde renvoie à l'intersubjectivité des relations professionnelles et institutionnelles et la troisième évoque la signification du « bien » et la place de l'humain dans la communauté.

3.2.6. Le Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al., 1999 ; D'Amour et al., 2008)

La CIP est dépendante des organisations : « Ainsi, nous avons conçu la collaboration interprofessionnelle comme le fruit d'une construction sociale à l'intérieur d'un cadre organisationnel formalisé » (D'Amour et al., 1999, p. 74). Les travaux de D'Amour (1997) et ceux qu'elle a menés avec ses collaborateurs (D'Amour et al., 1999, 2003, 2008) interrogent la nature de la CIP à la lumière de la sociologie des organisations et plus spécifiquement, de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) et de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993). Pour D'Amour, Sicotte et Levy, la CIP est considérée comme « La structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance » (D'Amour et al., 1999, p. 72). Dans ce modèle, le processus de collaboration est divisé en quatre dimensions qui s'influencent mutuellement : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation (D'Amour et al., 2004). Deux dimensions relèvent des relations entre les individus et deux autres, du contexte organisationnel.

La formalisation représente l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures. Elle « vise à définir plus précisément des règles de conduite plus ou moins explicites afin de régulariser et de stabiliser l'action par le renforcement de la structure formelle » (D'Amour et al., 1999, p. 79). Cette dimension suggère que, en situation d'interrelation et d'interdépendance, les règles qui régulent l'action permettent de contrôler et de modeler l'action des acteurs. Elle nécessite donc des outils de formalisation et des échanges d'informations.

La finalisation se justifie par l'existence d'objectifs communs et de leur appropriation par les membres de l'équipe, de la reconnaissance de l'existence de motifs divergents et d'allégeances multiples et enfin, de la reconnaissance de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration. Elle suggère que l'interaction humaine intègre les résultats de la collaboration et les transforme en jeux de pouvoir et de stratégie entre les acteurs. Deux indicateurs caractérisent cette dimension : les buts communs et l'orientation centrée sur le patient.

L'intériorisation est la prise de conscience par les professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière. Ceci se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires, par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités. L'intériorisation comprend une dimension personnelle et une dimension professionnelle. La deuxième dimension fait plutôt référence aux connaissances de la déontologie, des règles et des procédures de soins des professions. Ces éléments de connaissances partagées favorisent l'adhésion du groupe et construisent le sentiment d'appartenance des membres du collectif, ce qui concourt à forger des liens entre individus et à orienter leurs activités vers un but commun (D'Amour et al., 2008).

La délégation évoque un « processus d'interconnaissance » (Friedberg, 1993) qui engage les acteurs à connaître certains détails sur leurs collaborateurs, ce qui soutient la CIP. Elle traite aussi du leadership, de la centralité, de la connectivité et du soutien à l'innovation. En ce qui concerne le leadership, les acteurs prennent en considération l'existence de régulateurs « plus au moins officiels » (D'Amour et al, 2003, p. 12). Friedberg appelle ces régulateurs des « intégrateurs ». Ils sont en mesure d'équilibrer les relations entre les acteurs et de « provoquer » des « négociations » et des « ajustements ». La connectivité fait écho aux lieux dans lesquels les acteurs sont susceptibles d'exercer leur travail d'équipe tandis que la centralité se caractérise par l'activité collective comme moyen de rassembler les individus. Enfin, le support à l'innovation correspond aux espaces de créativité offerts par l'organisation aux acteurs.

Ce modèle donne naissance à trois typologies de la CIP : la collaboration « en action », la collaboration « en latence » et la collaboration en « inertie ». La première typologie signe un degré de collaboration élevé malgré les freins possiblement rencontrés par les acteurs. Pour D'Amour et ses collaborateurs,

Ce type de collaboration permet de mettre en place des services de santé où le partage des responsabilités [...] fait objet d'un consensus et où les services sont basés sur des ententes de continuité des soins et sur des principes d'efficience. (D'Amour et al., 2003, p. 9)

La seconde typologie interroge la négociation et les relations informelles. Les acteurs n'ont, à ce stade, pas intégré les dimensions de la collaboration, aussi, ils ne parviennent pas à trouver un consensus pour mener à bien leur activité collective. Enfin, la collaboration en « inertie » se caractérise par les conflits interpersonnels. Ces conflits sont des freins à l'action collective qui souvent, ne peut aboutir. Cette forme de collaboration se caractérise par une « absence de relations et de négociations [ou une] présence importante de conflits et de forces en opposition » (D'Amour et al., 2003, p. 9).

Pensé initialement pour les organisations, ce modèle de collaboration a évolué pour interroger la meilleure manière de construire la CIP. Ainsi, en 2005, le « Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle » (D'Amour et al., 1999) est intégré à un modèle plus vaste qui prend en compte la formation interprofessionnelle comme levier à la construction de la CIP.

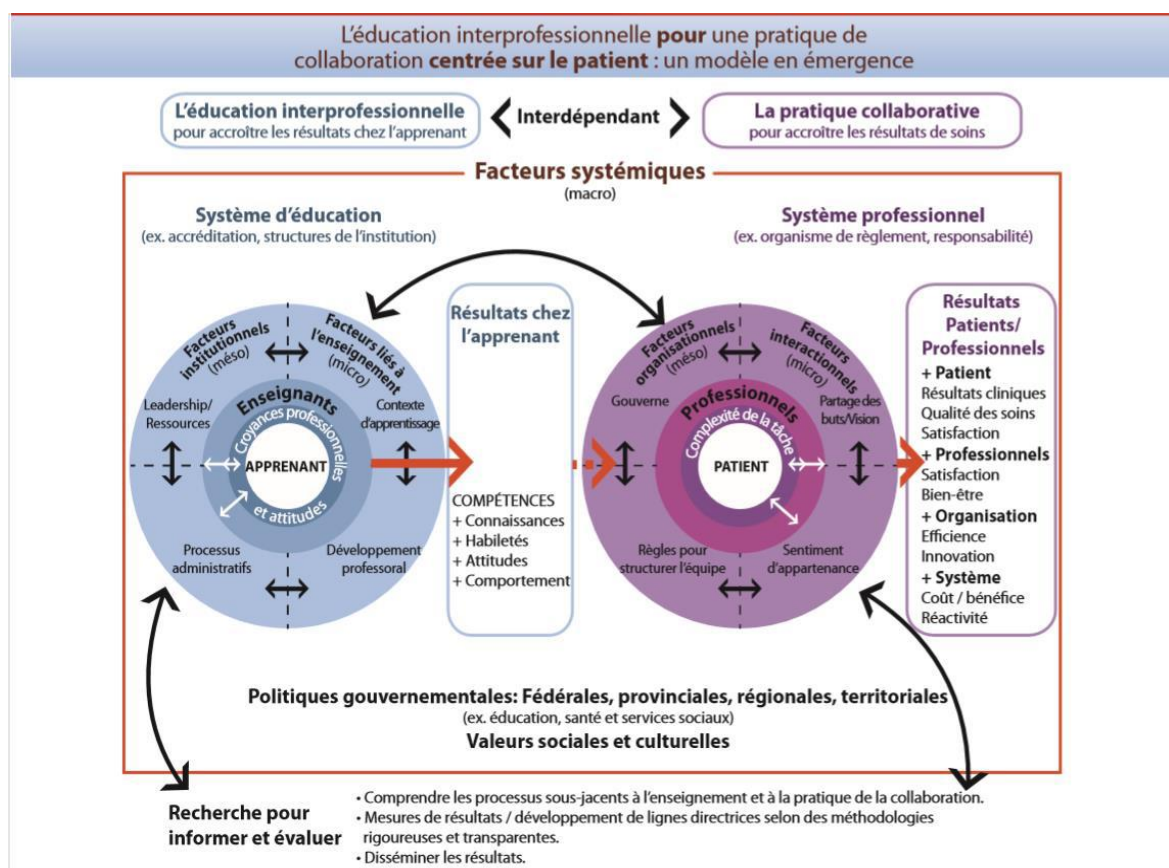
3.3. Du « Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle » à l'éducation interprofessionnelle

3.3.1. Le modèle de Formation Interdisciplinaire pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (D'Amour et Oandasan, 2004)

Suite à la recension extensive d'études spécialisées et à l'analyse environnementale effectuées pour Santé Canada (Rapport Santé Canada, 2004 ; Curran, 2004), le comité national d'experts pour la formation interprofessionnelle élabore le modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour et Oandasan, 2004). En 2005, D'Amour et Oandasan proposent alors le concept d'interprofessionnalisme. L'éducation interprofessionnelle (EIP) puise son origine dans ce concept, lui-même issu du modèle de la collaboration interprofessionnelle en situation de soins, développé par D'Amour en 1997. Le concept prend racine dans l'activité et reconnaît la nécessité d'une pratique interprofessionnelle plus cohésive comme réponse à la réalité des pratiques de soins fragmentées. Pour D'Amour et Oandasan (2005), la division en silos des responsabilités professionnelles ne permet pas de répondre aux besoins des patients et des professionnels de soin. Ce modèle incite au partage des pouvoirs entre professionnels et à des interactions continues. Il invite le patient à participer aux décisions interprofessionnelles

et montre une corrélation, voire, une interdépendance entre les initiatives d'EIP et la pratique interprofessionnelle. Les chercheurs affirment ainsi la nécessité de faire interagir les enseignants et les équipes médicales pour potentialiser les programmes d'EIP. Ils font le lien entre les institutions de formation et les institutions de soins. Pour D'Amour et Oandasan (2005), les programmes d'EIP sont susceptibles de développer la volonté de travailler ensemble des futurs soignants et de limiter les visions stéréotypées des néoprofessionnels. Dans ce système, les facteurs interactionnels, organisationnels et systémiques sont impactés positivement : l'interdisciplinarité améliorent les résultats, la satisfaction et le bien-être des patients. Les chercheurs rajoutent que les formateurs transmettent leurs propres croyances et peuvent représenter des modèles chez les apprenants. L'EIP et la CIP discutent ainsi les enjeux de socialisation, les comportements, les valeurs, les croyances culturelles et professionnelles des étudiants.

Figure 1. Modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (F.I.P.C.C.P.) (D'Amour et Oandasan, 2004)



Dans le « guide d'accompagnement à l'attention de l'institut des sciences de la santé et des programmes de relation d'aide de la cité collégiale », Trubey explique le schéma comme suit (Figure 1) :

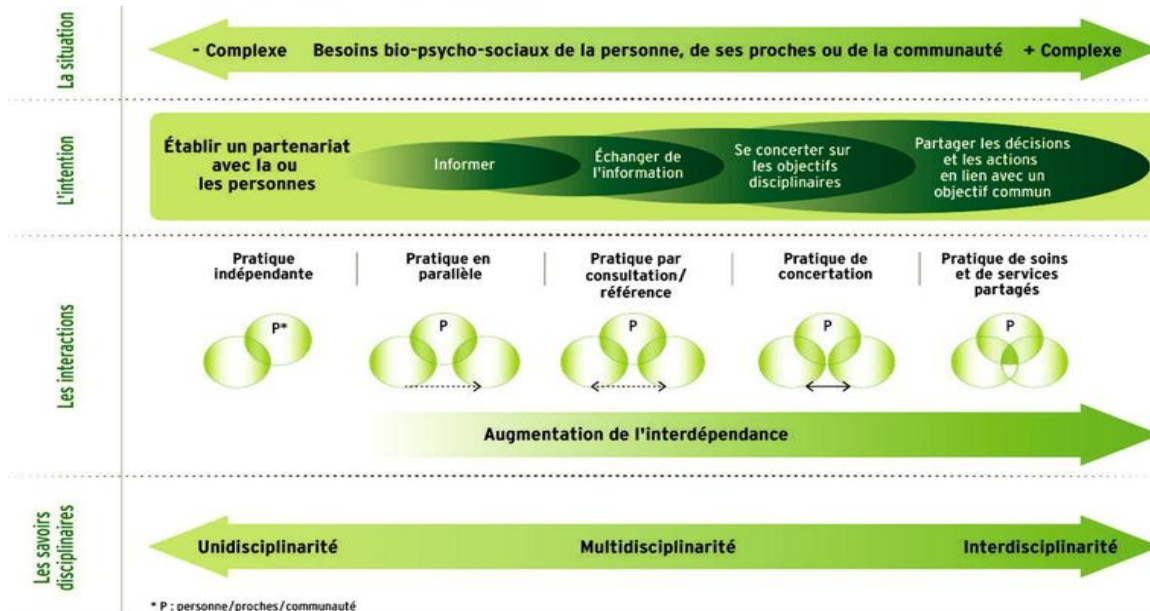
Le premier cercle identifie les facteurs qui influencent la capacité du futur professionnel à devenir un praticien compétent dans le cadre d'une pratique collaborative. Dans ce schéma, l'apprenant se situe au cœur du processus de formation interprofessionnelle. Le second cercle correspond aux facteurs et aux processus qui influencent les soins donnés aux patients dans un cadre de pratique de la collaboration interprofessionnelle. Ici, le patient se situe au centre du processus de collaboration. Les concepts du modèle fournissent des pistes intéressantes sur les compétences à acquérir pour dispenser des soins interprofessionnels et l'importance d'exposer les apprenants à des expériences de nature collaborative. (Trubey, 2013, p.13)

Ce modèle, considéré comme le fondement théorique de la CIP et de l'EIP évolue peu à peu. En 2014, il fait l'objet d'une modélisation, révisée en 2018.

3.3.2. Un modèle pour collaborer : le *Continuum* des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (2014, 2018)

Créé en 2009 à la suite du projet intitulé « Le patient au cœur de nos actions : Mieux se former pour mieux collaborer » le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles (RCPI) du Canada fournit un modèle de pratiques de collaboration. Ce modèle est développé en conjuguant savoirs théoriques et savoirs expérientiels et se réalise conjointement avec la communauté universitaire, les établissements de soins, les patients et leurs proches. Cette démarche favorise le développement pédagogique de la formation interprofessionnelle en milieu d'enseignement et des pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les établissements de soins et de services sociaux. Elle conduit à l'élaboration du « *Continuum* des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux » ; (Figure 2, page suivante).

Figure 2. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014, révisée en 2018))



Les quatre axes qui composent la représentation graphique, « contexte ou situation », « intention de collaboration », « interaction entre les individus » et « intégration des savoirs disciplinaires » sont étroitement liés et s'additionnent. La logique entre les quatre axes évolue vers un *continuum* : la situation du patient ou de ses proches, nécessite une collaboration plus ou moins étroite entre les professionnels selon son degré de complexité. Les professionnels identifient leur intention de collaboration ce qui détermine les interactions requises entre les individus et crée une interdépendance plus ou moins intense. Cette interaction et cette interdépendance impliquent une mise en commun des savoirs disciplinaires qui permet de répondre aux besoins du public visé. Dans ce *continuum*, la complexité va croissante. Elle met en lumière quatre niveaux de pratique, en lien avec des situations cliniques au cours desquelles au moins deux professionnels de disciplines différentes sont impliqués. Le niveau de collaboration est tributaire du contexte qui nécessite des objectifs de collaboration bien précis. L'interaction entre les soignants crée alors une forme d'interdépendance plus ou moins intense qui génère une intégration des savoirs disciplinaires ajustables en situation : c'est le contexte de soin ou d'interaction qui induit l'intensité de la collaboration entre les intervenants (Reeves et al., 2010 ; Oandasan et al., 2005). Plus la situation est complexe et requiert une vision holistique des besoins, plus elle nécessite l'implication d'autres disciplines de manière intégrée. Les professionnels doivent

alors s'adapter à la situation donnée et savoir subtilement ajuster leurs pratiques. Ils peuvent adopter une « pratique indépendante », travailler « en parallèle », travailler par « consultation ou référence », travailler de manière « concertée » ou adopter la « pratique de soins et de service partagée ».

3.3.2.1. La pratique indépendante

La pratique « indépendante » correspond à une pratique de soins dénuée de collaboration.

3.3.2.2. Le niveau un de collaboration : le travail en parallèle

Ce type de travail met en jeu deux acteurs de disciplines différentes dont les seuls rapports permettent la recherche d'informations à propos du patient concerné par les soins. L'échange informatif se limite à des interactions ponctuelles et peut même se réaliser *via* les outils de traçabilité. L'interdépendance est extrêmement limitée.

3.3.2.3. Le niveau deux de collaboration : le travail par consultation ou référence

Les professionnels sont parfois confrontés aux limites de leurs connaissances disciplinaires ce qui implique la nécessité de consulter des soignants d'autres disciplines afin de clarifier, compléter ou orienter leurs démarches cliniques. Les professionnels peuvent aussi solliciter autrui pour interroger un point particulier de leurs différentes spécialités. L'expertise de l'autre, dans son champ disciplinaire, est sollicitée, et chacun la reconnaît comme telle. Cependant, les interactions et le niveau d'interdépendance restent limités car les interactions sont épisodiques. Le professionnel « solliciteur » décide de considérer, ou non, l'avis obtenu pour orienter les interventions. Quant au professionnel « sollicité », il donne suite, ou pas. Ce modèle juxtapose les professions qui, par des ajustements ponctuels, parviennent à répondre aux besoins du patient.

3.3.2.4. Le niveau trois de collaboration : la pratique de concertation

Cette pratique de collaboration est liée à l'objectif de se coordonner afin d'organiser l'offre de soins et services tout en assurant la cohérence et la complémentarité des différentes interventions prévues. L'interaction entre les individus y est modérée, une certaine interdépendance existe entre les individus mais très peu entre les disciplines et les champs d'expertise qui sont complémentaires. Un engagement moral lie les protagonistes autour des décisions envisagées. Cette interdépendance est cependant limitée puisque la coordination demeure une juxtaposition d'objectifs disciplinaires. Ce niveau réfère davantage à la multidisciplinarité.

3.3.2.5. Le niveau quatre de collaboration : la pratique de soins et de service partagée

C'est la complexité de la situation qui induit le degré de collaboration. De fait, les différents professionnels doivent travailler de concert pour adopter une vision commune de la situation et élaborer un plan d'action (Careau et al., 2011). Ainsi, les interactions entre les soignants sont nécessairement plus intenses. La pratique dépasse un seul champ disciplinaire pour interroger toutes les disciplines en jeu. Cette situation amène une interdépendance élevée entre les individus qui participent aux prises de décisions donc, en partageant les responsabilités de façon solidaire. Ce niveau de pratique demande une forte cohésion entre les individus et une bonne intégration des savoirs (Reeves et al., 2010). Pour que les équipes travaillent efficacement, cette pratique requiert une bonne coordination, une bonne communication et des objectifs clairs (Oandasan et al., 2006).

Depuis 2004, les modèles de « Formation Interdisciplinaire pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient » (Oandasan et D'Amour, 2004) et du « *Continuum* des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux » ont évolué. Ils ont aussi été adaptés par plusieurs pays. C'est ainsi que la Suisse a développé son propre modèle de formation interprofessionnelle. Il s'agit du « modèle de Lausanne » (Gachoud et al., 2017).

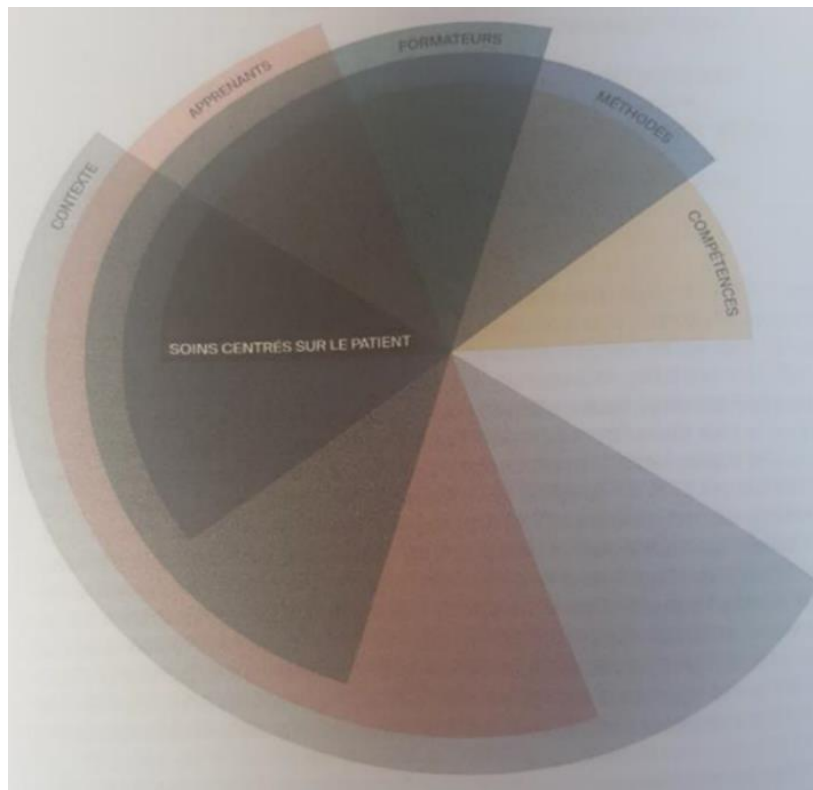
3.3.3. Le modèle de Lausanne (2017)

Les fondements théoriques du modèle de Lausanne sont issus du « Modèle de Formation Interprofessionnelle pour une Pratique en Collaboration Centrée sur le patient » (D'Amour et Oandasan, 2004). En Suisse, un groupe de travail interinstitutionnel constitué des responsables de la Direction des soins du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), de la Haute école cantonale vaudoise de la santé, de la Haute école de la Santé La Source, de l'École de formation post-graduée CHUV/Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (FBM), de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'École de médecine, de la Faculté de biologie et de médecine, se réunit une fois par mois pour élaborer et mettre en place des projets de formations interprofessionnelles. Ces réunions, nourries par des réflexions en équipe pluridisciplinaire, aboutissent à un programme de formation interprofessionnelle universitaire qui donne naissance au « modèle de Lausanne ». Développé par le Groupe interinstitutionnel d'Éducation et Pratique Interprofessionnelles (GEPI), le modèle vise à « favoriser un développement harmonieux [...] d'activités interprofessionnelles dans les milieux de formation et les milieux de soin »

(Gachoud et al., 2017, p. 14). Il place le patient au centre de la prise en charge interprofessionnelle. Mais l'approche centrée sur le patient s'émancipe peu à peu : le patient devient partenaire de soins. Les auteurs postulent que l'EIP favorise la collaboration interprofessionnelle et que, de la formation initiale au milieu professionnel, un *continuum* est attendu. Ce modèle met en évidence que les problématiques de santé complexes impactent directement l'interdépendance entre les professionnels de soins et modulent leurs interactions : « Ainsi, les équipes se forment au gré des besoins des patients » (Gachoud et al., p. 31). Le GEPI propose chaque année, depuis 2010, des « Journées interprofessionnelles » centrées sur la formation à la CIP à plus de cinq-cents étudiants issus de six filières. Depuis 2015, la FBM de l'Université de Lausanne et la Haute École de la Santé La Source, proposent des cours à option interprofessionnelle aux étudiants de troisième année de *Bachelor* dans lesquels ils abordent, par exemple, l'évaluation clinique en situation d'urgence, la douleur, la nutrition clinique ou les soins à l'enfant. La Haute École de Santé de Vaud (HESAV) met en œuvre, dès 2012, « le programme d'éducation interprofessionnelle » destiné aux étudiants en formation *Bachelor* en physiothérapie, maïeutique, soins infirmiers et radio-technologie médicale. Ces initiatives – non exhaustives – visent non seulement les compétences dans l'activité clinique mais aussi, dans l'activité de recherche.

Le modèle de Lausanne se veut pragmatique. Il constitue un guide pour des activités d'éducation et de pratiques interprofessionnelles et tient compte de l'évolution des savoirs relatifs à la CIP. Il tient aussi compte des méthodes pédagogiques actuellement usitées dans le domaine de la santé. La dimension méthodologique n'est pas développée dans le modèle québécois alors que le modèle de Lausanne développe cinq volets. Il s'agit du contexte, des apprenants, des formateurs, des méthodes et des compétences (Figure 3, page suivante). Issu de la superposition de ces cinq volets, l'objectif poursuivi vise les soins centrés sur le patient, la cohérence des soins, l'efficience et la sécurité. Les soins de qualité prennent sens autour de ces dimensions.

Figure 3. Le modèle de Lausanne (Gachoud, 2017)



Le graphisme réalisé pour signifier ce modèle montre que les différents volets teintent les autres. L’articulation des cadrans est signifiant, aussi, leur transparence permet de visualiser la nouvelle palette à l’issue de l’assemblage. L’articulation témoigne de la nécessaire flexibilité à la réussite de l’interprofessionnalité mais aussi, de la continuité, de la cohérence et des liens entre chaque volet. Mais ce modèle n’est pas figé. Il faut envisager la mobilité des cadrans : la dynamique du modèle postule que dans certains contextes, un élément peut supplanter l’autre, au moins temporairement.

Le modèle suisse et le modèle canadien sont soutenus par des guides d’élaboration de formats pédagogiques d’EIP qui se concrétisent en référentiels de compétences collaboratives interprofessionnelles. Le modèle canadien ouvre la voie. Il est initié par le CPIS (2010) et complété par le CIO-UdeM (2016) et la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP, 2016). Il retient huit compétences collaboratives interprofessionnelles. Collaborer, suppose en effet de développer les compétences interprofessionnelles requises (Frenk et al., 2010 ; Khalili et al., 2014 ; OMS, 2010) pendant la formation initiale (Thistlethwaite et al., 2010, dans Ulrich et al., 2020, p. 9). L’université porte ainsi la responsabilité d’en assurer le développement.

En France, la volonté des pouvoirs publics de mutualiser les compétences des professionnels de santé ne fait pas de doute. Cependant, personne ne pose réellement la question de la place des CCIP dans les référentiels. Pourtant, le référentiel de compétences permet de « clarifier les normes d'une activité ou d'un sens donné à des systèmes sociaux ». Il s'agit d'un outil normatif auquel les individus se réfèrent « pour étudier un écart, des différences » (Cros et Raïsky, 2010, p. 106). Il sert à orienter la formation en formalisant les missions, en énonçant les conditions et les finalités de celle-ci :

L'utilisation des compétences et des cadres de compétences présente un grand intérêt car ils contribuent à fournir des normes cohérentes de pratiques professionnelles et interprofessionnelles, ils aident à valider les domaines de travail des professionnels de la santé qui sont considérés comme importants. (Reeves, 2012, p. 253. Traduction libre)

Or, dans le référentiel de formation en soins infirmiers, la CIP est une déclinaison transversale à d'autres compétences. Les concepts relatifs à l'interprofessionnalité sont adossés aux compétences deux et neuf mais l'enseignement de l'interprofessionnalité ne relève pas d'un référentiel explicite de compétences collaboratives interprofessionnelles, ce qui pose la question de leur opérationnalisation dans la pédagogie et de leur développement. Dans les référentiels de compétences français, les attendus en lien avec la CIP semblent être peu définis – ce que nous explorerons plus finement dans la suite de ce travail – et laissés à l'appréciation des pédagogues. Ce « vide curriculaire » français n'a jamais été exploré dans le contexte national, aussi, la question du développement des compétences en lien avec des CCIP, identifiées comme telles, n'est pas posée. Pourtant, la perspective de nouveaux métiers, l'intégration universitaire des formations paramédicales, les évolutions sociétales, conduisent à des reconfigurations qui nécessitent de relire les référentiels de formation actuels à la lumière de ces nouveaux besoins. Il apparaît toutefois que les mutations attendues s'accompagnent de peu de procédures de mise en œuvre et restent suspendues aux seuls buts poursuivis. Pourtant, mener à bien une transformation du système, c'est donner les moyens aux acteurs de la concrétiser. Ainsi, notre recherche exploratoire quantitative vise à « combler ce vide » (Van der Maren, 1995) et s'attache à découvrir si les étudiants en soins infirmiers ont développé leurs compétences collaboratives interprofessionnelles à l'aube de leur diplomation.

CHAPITRE 4. RÉFÉRENTIELS DE COMPÉTENCES COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES

4.1. Genèse des référentiels de compétences collaboratives interprofessionnelles

En 2010, l'OMS publie la liste des compétences interprofessionnelles susceptibles d'être acquises en formation initiale des professions de santé. L'enjeu pour les étudiants est d'assimiler des connaissances, de développer l'éthique, les attitudes et les compétences en lien avec la CIP, de comprendre les rôles et les responsabilités des autres professionnels du sanitaire et du social, de dispenser des soins centrés sur le patient et son entourage, et de développer sa réflexion (Thislethwaite et al., 2010). Cette même année, le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux de l'Université de Laval (Canada) crée un référentiel de compétences interprofessionnelles baptisé « Référentiel du consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé » (CPIS, 2010). Dans le sillage du CPIS (2010), l'*American Association of Colleges of Nursing* de Washington, créé, en 2011, un référentiel de compétences pour la pratique de la CIP. Cette commission d'experts classe ces compétences en quatre domaines de base : les valeurs et l'éthique professionnelle, les rôles et les responsabilités des professionnels, la communication interprofessionnelle et le travail d'équipe. Chaque domaine regroupe des compétences spécifiques dans le but d'atteindre une pratique collaborative optimale et bénéficiaire tant pour les patients, les professionnels et les établissements. Déjà, en 2008, *The British Columbia Competence framework for Interprofessional collaboration* considérait la communication interprofessionnelle, le fonctionnement des professionnels en tant qu'équipe, la clarification des rôles et des responsabilités, la prise de décisions en commun, la résolution des conflits, l'amélioration continue de la qualité, comme des compétences interprofessionnelles. En 2013, l'OMS émet des lignes directrices sur l'EIP et l'impose en formation initiale et continue pour les sciences de la santé. En 2014, le comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelles du RUISUM se montre plus inclusif et intègre le patient et ses proches aidants comme membre à part entière de l'équipe de soins. Le RUISUM publie alors un guide d'implantation du partenariat de soins et de services (2014). Cette nouvelle vision de la collaboration permet d'identifier les concepts clés de la pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches : le partage de valeurs par les membres de l'équipe (le respect, la confiance, le partage et l'ouverture), la poursuite d'une même mission et d'objectifs communs, la capacité à travailler en équipe et à clarifier les rôles et les responsabilités de chacun, la reconnaissance

et la mise en commun d'expertises diverses, l'exercice d'un leadership collaboratif, la prise de décisions libre et éclairée du patient concernant ses soins, la cohérence et la coordination des actions entreprises, des mécanismes de communication efficaces et continus et enfin, l'auto-évaluation de l'équipe et l'existence de processus d'amélioration continue (Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, 2014). Le rapport d'étape que constitue ce guide donne naissance au référentiel de 2016 (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Il s'inscrit dans le prolongement du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme proposé par le CPIS en 2010. Il rajoute deux compétences collaboratives interprofessionnelles aux six déjà existantes.

4.2. Les référentiels de compétences collaboratives interprofessionnelles canadiens comme cadre théorique à la recherche préliminaire

Les référentiels de CCIP canadiens (CPIS, 2010 ; CIO-UdeM, 2016) soutiennent la construction de notre dispositif de recherche, caractérisé par un questionnaire différentiel théorisé (De Singly, 1992). Il convient d'en préciser le contenu, en éclairant en particulier, le référentiel du CIO-UdeM (2016). Ce référentiel prend en considération les compétences collaboratives développées non seulement en équipe pluridisciplinaire mais aussi avec les services sociaux, psychosociaux, avec le patient-partenaire et les familles. La question des services sociaux et psychosociaux est d'emblée écartée dans notre étude car elle ne correspond pas au modèle d'enseignement universitaire français. En ce qui concerne l'approche centrée sur le patient, elle n'est pas étrangère aux deux formations concernées par l'étude. Pour les infirmières, l'approche centrée sur le patient est héritée de Nightingale (Horton, Tschudin et Forget, 2007, dans Bilodeau et al., 2013, p. 44). D'autres affirment que cette vision du soin, ses principes, ses valeurs, ses théories, ses philosophies, ses modèles de soins – profondément ancrés dans la pratique – permettraient aux infirmières d'assumer le leadership de la collaboration interprofessionnelle (Hood et al., 2006, dans Bilodeau et al., 2013, p. 44). Déjà, en 2009, D'Amour attribue aux infirmières la place de leader dans l'approche collaborative, place revendiquée par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC, 2017) et par certains chercheurs. Ceux-ci avancent que les infirmières devraient être en mesure d'utiliser leur leadership en s'engageant dans la résolution de conflit, « dans leur rôle d'*advocacy* pour le patient, la profession et son organisation, en étant des collaboratrices et des communicatrices qui s'affirment » (Fackler et al., 2015, dans Mesuma, 2019, p. 9). Enfin, une méta-analyse visant la compréhension de l'EIP en gériatrie,

permet d'avancer que les infirmières peuvent faire valoir leurs connaissances, leur pratique, leur modèle de soins, et exercer le rôle de leader afin d'atténuer les obstacles potentiels à la CIP et les conflits d'équipe (Montano, 2020). Ces références au leadership des infirmières dans la CIP nous permettent de justifier le choix de n'interroger, dans cette première partie, que les étudiants de cette discipline.

Pour les référentiels canadiens (CPIS, 2010 ; CIO-UdeM, 2016), le patient-partenaire est un acteur incontournable de la CIP. En France, la question du patient-partenaire est développée dans le PNSP « Ma santé 2022 », non seulement au regard de la prise en soins des professionnels, mais aussi, de la formation :

Il s'agit de repenser les formations de santé et les évaluations des étudiants en prenant en compte le point de vue et la perspective du patient pour mieux intégrer ses besoins dans la prise en charge et donner plus de place à l'évaluation du professionnel sur ses capacités humaines et relationnelles. Dans le cadre de la réforme des études en santé qui va s'engager [...], l'avis des patients sera intégré dans l'évaluation des étudiants et des patients experts seront amenés à intervenir dans les cursus de formation des professionnels de santé. (PNSP, 2018, p. 19)

La tendance actuelle française est donc de dépasser l'approche centrée sur le patient pour envisager les soins, la formation, la recherche, avec les patients-partenaires. Loin de nier cette approche, nous ne la retenons pas dans notre travail de recherche. En effet, plus que les interactions interprofessionnelles entre soignants, elle vise plutôt à éclairer les relations entretenues avec les patients, ce qui ne fait pas l'objet de la première partie de ce travail.

Le choix du modèle canadien de CCIP pour cette recherche demande aussi justification. Il n'est pas l'unique modèle proposé par la littérature internationale, cependant, il bénéficie d'un recul suffisant pour légitimer son usage dans notre cadre conceptuel. En effet, dès les années soixante, le Canada réfléchit à la problématique de l'accès aux soins par la nécessité de développer la formation et la CIP. Pour aboutir au référentiel du CIO-UdeM (2016), les concepteurs sont partis de plusieurs travaux : du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIPS, 2010), des travaux du Conseil central des compétences de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM), du référentiel de compétences pour les médecins (CanMEDs 2015), du référentiel de compétences des patients (DCPP, 2015) et des contenus des cours de formation à la CIP en partenariat avec le patient, destinés aux étudiants du premier cycle en sciences de la santé et en sciences psychosociales de l'université de Montréal. Au Canada, la compétence de collaboration

parcourt de nombreux référentiels. Elle fait partie du référentiel du CanMEDS (2015), du cadre de référence des compétences de l'Association des infirmiers et infirmières (2015), du cadre de référence de compétences professionnelles des pharmaciens (2014), du profil des compétences essentielles des physiothérapeutes (2009) et du référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec (2012). En 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) partagent l'idée que, quel que soit le contexte de soins, la CIP « contribue à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliore l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilite la coordination et la continuité des soins pour le patient » (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015, p. 3). Ils rajoutent de concert, « que les modèles de soins qui privilégient la collaboration entre professionnels et la pleine utilisation de leurs compétences dans leurs champs d'exercice respectifs contribuent à l'atteinte de résultats de santé optimaux pour les personnes ». Enfin, la référence canadienne s'est aussi imposée au regard de la structuration avancée de l'EIP dans les universités : le pays bénéficie de ressources financières « pour accélérer l'inscription de la formation interprofessionnelle dans les programmes, mettre un nom sur les compétences interprofessionnelles, mettre au point des modèles d'accréditation et créer des réseaux interprofessionnels » (Ulrich et al., 2020, p. 26).

4.3. Le contenu des référentiels pour construire le questionnaire différentiel théorisé

Le référentiel de 2010 (CPIS) retient six principaux domaines de compétences à développer en lien avec la CIP. Il s'agit de « l'offre de soins et de services centrés sur la personne, les proches et la communauté », de « la communication interprofessionnelle », de « la clarification et la compréhension des rôles des différents professionnels », du « leadership collaboratif », du « travail en équipe », de « la résolution de conflits interprofessionnels ». Ces « six domaines de compétences font ressortir le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique indispensable à la pratique dans un contexte de CIP » (CPIS, 2010). La mise en œuvre de ces domaines de compétences est directement liée à la communication, à la complexité de la prise en soins, aux aspects contextuels cliniques et à l'objectif visé. La complexité dépend de plusieurs facteurs : la gravité du cas, le nombre d'intervenants, l'intervention de plusieurs organismes de santé, le niveau d'incertitude quant au résultat (CPIS, 2010, pp. 20-21). Le contexte de pratique est lui aussi déterminant. Il permet de comprendre l'implication des différents acteurs dans la CIP et d'en

déterminer la forme. Il existe en effet des contextes de soins dans lesquels la CIP peut être mise en place, développée, valorisée et renforcée.

Les huit compétences collaboratives interprofessionnelles du référentiel de 2016 (DCPP et CIO-UdeM) sont la « planification, la mise en œuvre et le suivi des soins de santé et des services sociaux », le « travail d'équipe », la « clarification des rôles et des responsabilités », la « communication interprofessionnelle », le « leadership collaboratif », « l'éducation thérapeutique et éducation à la santé », « l'éthique clinique » et la « prévention et résolution des conflits ». Pour construire notre cadre théorique nous nous sommes appuyée sur ces compétences mais aussi, sur la « grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la collaboration interprofessionnelle » (Paré et Maziade, 2013). Cette grille permet en effet aux professionnels, de « cibler [leurs] objectifs de développement personnel » (Annexe n°2). Nous nous proposons d'utiliser ces outils comme cadre théorique mais en les adaptant à notre objet de recherche. Ainsi, l'orientation « patient-partenaire » n'est pas retenue même si elle parcourt les définitions des compétences collaboratives interprofessionnelles. Nous n'avons pas tronqué la référence à ce partenariat pour ne pas dénaturer les définitions (Voir chapitre 4, § 4.4.). Notons que la compétence « résolution de conflit » est évincée : cette compétence a été mal perçue lors du pré-test du questionnaire différentiel auprès d'un échantillon d'ESI. En revanche, les compétences « planification, mise en œuvre et suivi des soins » et « éthique clinique » sont retenues. Enfin, l'éducation thérapeutique, partagée respectivement par les ESI et les EMK au cœur des compétences C5 et C3, et la recherche scientifique (C8 pour les deux formations), sont aussi plébiscitées comme catalyseurs de la collaboration interprofessionnelle par les référentiels et la littérature.

4.4. Des compétences collaboratives interprofessionnelles à l'émergence de la problématique

Pour le DCPP et CIO-UdeM (2016),

Une compétence comprend un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes qui, lorsque couplés à un bon jugement et mobilisés dans un contexte spécifique de soins de santé et de services sociaux, permettent aux patients et aux intervenants d'obtenir des résultats de santé optimaux. (DCPP et CIO-UdeM, 2016, p. 5)

Mais pour obtenir des résultats de santé optimaux, encore faut-il avoir développé des compétences collaboratives interprofessionnelles. Les définitions suivantes sont celles du CPIS, (2010) et du CIO-UdeM (2016). Elles correspondent à celles retenues pour notre

recherche. Pour la compétence « planification, coordination, mise en œuvre et suivi des soins », l'expression « plan d'intervention » est remplacée par « projet de soins ». Cette terminologie est en effet plus proche de celle usitée en France. Une synthèse des caractéristiques principales de la définition est reprise sous chacune d'entre elles. Ces synthèses permettent d'en simplifier la lecture et de repérer les variables interrogées par les compétences.

❖ **La clarification des rôles et des responsabilités**

« Les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres intervenants ; ils mettent ce savoir à profit pour définir et atteindre les objectifs de la personne, de ses proches ou de la communauté » (CPIS, 2010). Cette compétence vise à :

- Favoriser le plein exercice des rôles et des responsabilités de chacun au sein de l'équipe
- Exercer leurs rôles et leurs responsabilités au sein de l'équipe
- Identifier les zones de chevauchement (zones grises) de rôles et responsabilités entre les membres de l'équipe et partager les tâches de façon optimale

❖ **Le travail d'équipe**

« Les professionnels comprennent les principes régissant la dynamique du travail d'équipe et ils sont en mesure de contribuer aux processus qui facilitent le travail de groupe » (CPIS, 2010). Cette compétence vise à :

- Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe
- Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe
- Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions
- Participer au développement et à l'évaluation de l'équipe

❖ **Le leadership collaboratif**

« Les intervenants/professionnels renforcent le travail d'équipe par la communication du plan de soins à chaque professionnel en s'assurant qu'il soit compris de tous. Les professionnels collaborent avec tous les participants, y compris la personne, ses proches ou la communauté à la formulation, à la mise en œuvre et à l'évaluation des soins et services visant à améliorer les résultats » (CPIS, 2010). Cette compétence vise à :

- Exercer son leadership dans le respect de celui des autres membres de l'équipe
- Mettre à profit ses acquis (scientifiques, professionnels et expérientiels) dans l'exercice de son leadership au sein de l'équipe
- Soutenir l'équipe vers l'atteinte de sa mission et de ses objectifs

❖ **L'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé**

« (Patient partenaire) et intervenants de l'équipe s'engagent dans une démarche continue d'apprentissage, par laquelle le patient développe sa compréhension de son état de santé et de ses maladies. Ensemble, ils évaluent périodiquement les besoins du patient et conviennent de ce qui pourrait mieux l'aider à prendre soin de lui. Ils co-construisent des solutions adaptées et acceptables pour chacun [...]. » (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Cette compétence vise à :

- Partager une compréhension globale de la situation du patient, de ses maladies et de ses facteurs de risque de maladie et préciser ses besoins prioritaires
- Explorer les options thérapeutiques potentielles et préciser les objectifs éducatifs
- Planifier et mettre en œuvre un programme éducatif personnalisé
- Bâtir progressivement une relation de confiance à travers une continuité informationnelle réciproque
- Créer une dynamique réflexive face à leur démarche commune

❖ **La communication interprofessionnelle**

« Les professionnels de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture [...]. Les intervenants de l'équipe communiquent ensemble en temps opportun, de façon efficace et dans un esprit de respect, d'ouverture et de collaboration. Ils précisent les moyens de communication les plus appropriés selon la nature de l'information à partager, le temps disponible et les personnes concernées. Ils sont soucieux du choix et de l'aménagement d'un environnement physique propice pour les discussions et le respect de la confidentialité. Ils clarifient tout vocabulaire professionnel ou technique pouvant nuire à la compréhension de l'information échangée [...] » (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Cette compétence vise à :

- Favoriser un climat d'ouverture, de respect et de confiance
- Établir et maintenir une communication fluide, diligente et opportune
- Partager l'information pertinente de façon claire, concise et sécuritaire

❖ **La planification, coordination, mise en œuvre des soins**

« [...] (le patient) et les intervenants collaborent afin de planifier et de coordonner leurs actions en réponse aux besoins, aux problèmes de santé et à la situation psychosociale du patient et en tenant compte de son projet de vie. Ils interviennent de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue. Fondée sur la reconnaissance mutuelle de la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels, la relation qui se développe entre les partenaires s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, d'échanges d'informations en vue de prises de décisions libres et éclairées par le patient. (Patient) et intervenants se partagent les responsabilités de façon synergique afin d'obtenir des résultats de santé optimaux en fonction du contexte spécifique du patient » (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Cette compétence vise à :

- Se préparer à l'élaboration du projet de soins
- Élaborer un projet de soins
- Mettre en œuvre et assurer le suivi du projet de soins
- Assurer la continuité des soins lors d'une transition vers une autre étape de soins et de services

❖ **L'éthique clinique**

« Face à un problème éthique, (patient-partenaire) et intervenants de l'équipe s'engagent de bonne foi dans un dialogue afin d'assurer que le patient soit accompagné au long d'un processus de prise de décision libre et éclairée. Une fois clairement explicitée, leur démarche consiste à identifier les éléments du problème, à l'analyser, à le résoudre en tenant compte des besoins collectifs et des ressources disponibles. Par la suite, un bilan réflexif sur la démarche est effectué par l'ensemble des partenaires concernés » (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Cette compétence vise à :

- Participer à l'identification des éléments de la situation
- Participer à l'analyse de la situation
- Participer à la résolution de la situation
- Participer à un bilan réflexif sur leur démarche

Ces CCIP font consensus pour tous ceux qui les ont clarifiées, ce qui nous permet de les choisir comme cadre de référence à notre questionnaire de recherche.

Ainsi, notre étude exploratoire quantitative envisage d'examiner si, malgré l'absence de référentiel de Compétences Collaboratives Interprofessionnelles dans le *curriculum* de formation français, les étudiants en soins infirmiers les ont développées à l'issue de leur formation initiale. Cette recherche vise à vérifier l'impact du programme de formation sur le développement de ces compétences.

CHAPITRE 5. DISPOSITIF DE RECHERCHE

5.1. Objectif de l'étude

Le contexte théorisé de notre recherche nous invite à interroger six compétences collaboratives interprofessionnelles au regard du dispositif actuel de formation en soins infirmiers. Il met en lumière les facteurs d'influence de la CIP qui affectent la capacité des étudiants à collaborer. Ces éléments sont constitutifs des CCIP, aussi, l'aptitude des étudiants à les mobiliser pourrait témoigner de leur développement. Faire le choix d'ESI en fin de troisième année permet d'interroger des soignants susceptibles de s'engager dans l'interprofessionnalité dès l'accès au diplôme ; les résultats pourraient souligner leur engagement futur.

5.2. Choix de la population d'étude : pourquoi les infirmières ?

5.2.1. Infirmières et Masseurs-kinésithérapeutes, genre et démographie

Le dernier rapport démographique des MK rapporte, au 1^{er} janvier 2020, 90 315 MK inscrits au tableau de l'Ordre. Parmi eux, 13 280 professionnels sont enregistrés dans le collège salarié et exercent exclusivement selon cette modalité. Ils représentent 14,7 % de l'effectif total des MK inscrits. Par ailleurs, 77 035 MK sont affiliés au collège libéral et exercent selon un exercice mixte ou libéral exclusif. Ils représentent 85,3 % des professionnels inscrits (Rapport Démographie, 2020, p. 6). Le rapport note aussi une répartition paritaire de la profession : au 1^{er} janvier 2020, la profession compte 45 721 femmes (50,6 %) pour 44 594 hommes (49,4 %). Ces chiffres témoignent de la féminisation de la profession désormais largement amorcée.

Fortement marquées par leur histoire, les femmes sont depuis toujours beaucoup plus nombreuses dans la population infirmière. Au 1^{er} janvier 2021, la profession dénombre 661 502 femmes (86 %) et 102 758 hommes (13 %), toutes spécialités confondues. Au total, 764 260 IDE sont en exercice. 135 027 sont infirmiers « libéraux ou mixtes », 490 197 sont « salariés hospitaliers » et 139 036 sont considérés par la DRESS comme « autres salariés ». Près de la moitié des IDE exercent au sein d'hôpitaux publics. Viennent ensuite les établissements de santé privés lucratifs puis les cabinets libéraux.

Ces considérations ne nous permettent pas d'exclure totalement la variable genre de notre étude. La féminisation des professions médicales et paramédicales impacte sans doute beaucoup moins la perception du genre qu'il y a quelques décennies mais nous souhaitons

l'interroger dans notre étude. Libérées d'une forme de diktat et d'une vision hiérarchique ascendante des soins, les infirmières pourraient faire valoir leur leadership et engager les partenaires de soins à collaborer.

5.2.2. Le rayonnement des infirmières

Les IDE sont les plus représentées parmi les professionnels de santé (28 millions) (*World Health Organization*, 2020) aussi, les ESI sont au centre des études menées sur l'interprofessionnalité. Peu d'études rapportent l'engagement des EMK dans des dispositifs d'EIP. Le positionnement central et rayonnant de l'infirmière est en effet considérable...

L'IDE est la professionnelle de santé la plus en contact avec le patient (Phaneuf, 2012). Elle intervient dans ses activités de la vie quotidienne, elle est présente le week-end, les jours fériés et la nuit, quel que soit le lieu d'exercice. Les autres acteurs voient le patient de manière plus sporadique. En ce qui concerne les MK, leur engagement hospitalier est limité. Il apparaît que trois éléments centraux de la représentation du métier des EMK - le salaire, l'autonomie dans la pratique, l'indépendance professionnelle - seraient des freins au travail hospitalier. De leurs expériences, les EMK tirent comme conclusion que l'hôpital est le milieu professionnel qui est le plus en contradiction avec ces trois éléments (Cazenave, 2009). Il apparaît ainsi que 15 % des postes de MK budgétisés sont vacants en France ; aussi, la profession de kinésithérapeute est la plus difficile à pourvoir à l'hôpital avec 79,1 % des postes vacants non pourvus au-delà de 60 jours (Rapport Démographie, 2017). Sans compter sur la reconnaissance des diplômes étrangers qui peuvent être validés même s'ils ne comportent que trois années d'études : au 1^{er} janvier 2020, 23 541 MK exerçant en France sont titulaires d'un diplôme étranger. Ces étudiants diplômés d'autres universités sont rapidement indépendants et désertent les hôpitaux. Enfin, une différence fondamentale entre les deux professions tient au fait que les IDE doivent s'acquitter d'une expérience de vingt-quatre mois, soit 3200 heures de travail effectif en établissements de soins, avant de pouvoir prétendre à une activité libérale. Les MK, eux, peuvent accéder à cette indépendance immédiatement après leurs études. Rajoutons que les stages hospitaliers sont obligatoires pour les ESI tandis que les EMK peuvent réaliser tout leur parcours de formation hors les murs de l'hôpital. Les opportunités pour les étudiants d'apprendre ensemble en formation initiale sont donc assez aléatoires. Elles dépendent bien souvent des parcours de formation, du parcours de stages et des projets institutionnels. Ces éléments participent probablement du développement inégal des CCIP des étudiants.

5.3. Méthode

5.3.1. But de la recherche et protocole retenu

Le but principal de cette recherche est d'observer l'impact du programme de formation sur le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles d'étudiants infirmiers post-formation immédiat et jusqu'à un mois après leur diplomation.

L'enquête a été conçue à l'aide de la théorisation d'un questionnaire différentiel (De Singly, 1992). Ce questionnaire se compose de deux parties. La première est constituée de dix questions en lien avec les Variables Indépendantes (VI) et la seconde, de vingt-deux questions en lien avec les Variables Dépendantes (VD) (Annexe n° 3). Le protocole de recherche retenu est de type imbriqué ou niché (McQueen et Jones, 2007, dans Guével et Pommier, 2012). Notre recherche déploie en effet une approche quantitative dominante qui sert de ligne directrice à notre étude et qui permet d'objectiver l'expérience mesurée des sept-cent-vingt-trois individus inclus dans l'étude. L'approche qualitative se manifeste par la possibilité laissée aux répondants de s'exprimer librement après chaque question « quantitative », constitutive des variables dépendantes. Il est demandé aux répondants de « préciser si nécessaire » leur réponse. Ces questions laissent ainsi l'occasion aux répondants d'utiliser leur propre terminologie, d'orienter leurs réponses et de recueillir leurs sentiments. Enfin, la dernière question permet aux répondants de « rajouter quelque-chose ». Malgré ces questions de nature qualitative, nous considérons que les questions « fermées » constituent la source qui permet l'illustration la plus juste de la problématique à l'étude.

5.3.2. Inclusion des répondants

La population interrogée se compose d'ESI ayant achevé leur formation ce qui permet de questionner le développement des compétences collaboratives en formation initiale de façon rétrospective. Les étudiants sont en attente de diplomation mais n'ont plus de cours, ni de stage. Les données recueillies interrogent les interactions des ESI avec les autres professionnels paramédicaux pendant leur formation ainsi que les activités pédagogiques susceptibles d'influencer l'acquisition des CCIP. Tous les questionnaires retournés sont inclus dans l'étude car leurs envois sont conditionnés à l'exhaustivité des réponses.

5.4. Déroulement de l'étude

Le questionnaire est adressé aux ESI de troisième année entre le 2 juillet 2020 et le 20 août 2020 *via* les deux-cent-quarante-cinq secrétariats et/ou directions d'instituts de formation en

soins infirmiers (IFSI) de métropole et des Territoires d'outre-mer contactés par courriel. Ce courriel précise l'identité de la chercheuse, le cadre de l'enquête et le lien « Google forms® » à adresser aux ESI pour renseigner le questionnaire en ligne. Une relance est effectuée le lendemain de la diplomation soit, le 16 juillet 2020 et une autre, le 10 août. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de huit ESI de fin de troisième année. Le temps moyen de réalisation était de six minutes. Ce pré-test a permis d'exclure la compétence « prévention et résolution des conflits » de l'étude. Pour les huit répondants, cette fonction ne peut être assurée que par des professionnels experts ou par les cadres de santé. Ils ont donc renoncé unanimement à répondre aux questions en lien avec cette compétence.

5.5. Les dimensions des compétences retenues par le cadre théorique pour le questionnaire

Le choix des *items* constitutifs des CCIP repose sur la littérature mise au jour par le cadre théorique, sur les référentiels canadiens et sur la « Grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la collaboration interprofessionnelle » (Paré et Maziade, 2013). Chaque compétence est ainsi interrogée dans plusieurs dimensions traduites en variables indépendantes (VI) et en variables dépendantes (VD).

5.5.1. Les variables dépendantes

La compétence « communication » interroge le partage oral et écrit des informations liées aux patients, la compréhension du vocabulaire professionnel des autres paramédicaux, le respect des points de vue/avis des infirmiers, le partage de la pratique (dimension technique du soin) et les relations informelles avec les autres paramédicaux. La compétence « travail d'équipe » interroge l'acquisition des notions théoriques de dynamique du travail d'équipe, la capacité des répondants à mettre en place des processus qui facilitent le travail collaboratif et à les analyser et enfin, leur participation à des groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP). La compétence « leadership collaboratif » interroge la capacité des répondants à solliciter la participation d'autres professionnels à la réalisation du projet de soins et les sollicitations des autres paramédicaux à leur rencontre. La compétence « planification, coordination mise en œuvre et suivi des soins » questionne l'élaboration, la réalisation et la continuité des soins, et la réalisation des soins en concertation avec les autres paramédicaux. Dans notre questionnaire, elle englobe l'Éducation Thérapeutique (ETP), considérée comme une compétence à part entière par le CIO-UdeM (2016). La compétence « planification » interroge aussi la confiance accordée par les répondants au jugement des

autres paramédicaux sur leur exercice infirmier. La compétence « clarification des rôles et des responsabilités » questionne la capacité des étudiants infirmiers à décrire leur propre champ d'expertise et de compétences, à connaître celui des autres, et interroge aussi le sentiment de reconnaissance de spécificités infirmières des répondants par les autres paramédicaux. La compétence « éthique clinique » sonde le partage de valeurs communes avec les paramédicaux et leur niveau de participation à la résolution de problèmes complexes en interprofessionnalité.

5.5.2. Les variables indépendantes

Les VI retenues sont la région dans laquelle le répondant effectue sa formation, le genre, l'âge, les diplômes, les expériences en formation telles que la nature des stages réalisés et les apprentissages partagés de contenus théoriques, de la recherche scientifique et de la pratique de soins avec d'autres étudiants de filières paramédicales en formation initiale. Une auto-évaluation de l'étape d'acquisition des compétences (sentiment d'efficacité personnelle) est réalisée. En effet, le sentiment de compétence s'apparente au sentiment d'efficacité personnelle, concept développé par le psychosociologue Bandura (2003). Le chercheur avance que plus les individus possèdent un sentiment d'efficacité élevé plus ils multiplient les opportunités d'engagement dans l'action et les interactions. Convaincus qu'ils possèdent des ressources mobilisables dans des contextes nouveaux, les individus développent un sentiment de confiance, constitutif de l'action collaborative. Enfin, la mesure de l'importance de collaborer est aussi réalisée (volonté individuelle de collaborer).

5.6. Le traitement des données

5.6.1. Statistiques inférentielles

Pour répondre au questionnaire, les étudiants en fin de formation devaient choisir entre quatre sous-classes réduites en deux classes globales lors de l'analyse. Cette stratégie a permis de limiter les biais d'interprétation liés aux faibles effectifs parfois retrouvés (Psychiatrie/santé mentale). Le questionnaire a été soumis au test d'indépendance Chi-2 avec le logiciel STATA®. Le test du Chi-2 de *Pearson* permet de tester la liaison ou corrélation entre deux variables qualitatives distinctes et aléatoires. Le choix du risque d'erreur est fixé à 5 %. Il représente la probabilité de rejeter l'hypothèse H_0 . Ainsi, les résultats retenus

correspondent à un risque p inférieur à 5 % ($p < 0,05$). C'est à cette condition qu'un lien entre les deux variables retenues a été établi⁷.

5.6.2. Analyse thématique de contenu

L'analyse thématique de contenu consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 162). Dans cette perspective, les questions ouvertes visent à objectiver les expériences et les ressentis des répondants au regard des questions fermées. Il s'agit de données déclaratives qui résultent d'une procédure construite à partir d'un format prédéfini qui contient déjà des thématiques (questionnaire théorisé). Les questions fermées constituent un faisceau de connaissances préalables qui invitent à connaître ce qu'elles représentent pour le répondant et son univers de référence. Nous cherchons ainsi à repérer une certaine homogénéité des thèmes à partir de recouvrements sémantiques et de leur fréquence, en lien avec l'objet de chaque question fermée. Une première lecture des commentaires (Annexe n°5) permet une compréhension initiale des propos et les relectures favorisent l'identification des unités de sens pour dégager des regroupements thématiques discutés à la lumière des résultats statistiques et du cadre théorique. Les occurrences isolées sont retenues : elles peuvent faire sens dans l'analyse thématique.

Dans ce dispositif, nous portons une attention particulière à la subjectivité engagée dans l'interprétation des données. Celles-ci sont nécessairement constitutives des nos croyances, de nos expériences de cadre pédagogique, d'infirmière, et de nos attentes de chercheuse. En un sens, la brièveté des réponses nous permet de limiter les biais d'interprétation, le contexte énonciatif étant très faiblement présent dans les écrits des répondants. Nous procédons ainsi à une analyse thématique manuelle.

5.7. Hypothèse générale

Nous formulons l'hypothèse que le genre, l'âge, les diplômes, les expériences vécues en formation initiale, le niveau de compétence ressenti et l'importance accordée à la collaboration interprofessionnelle, influencent le développement des compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif », « planification,

⁷ Les données statistiques brutes sont consultables en annexe n°4.

coordination, mise en œuvre des soins/ETP », « clarification des rôles et des responsabilités » et « éthique clinique » des étudiants infirmiers en fin de formation initiale.

5.8. Considérations éthiques

Le questionnaire « Google Form ® », n'a pas fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL). En effet, l'anonymat des répondants est totalement respecté. Conformément à la procédure, les informations ne se rapportent pas à des données personnelles uniques ou identifiables directement ou par recoupements. Notre recueil n'est donc pas considéré comme un traitement de données personnelles. Afin de respecter les principes de base édicté par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'identité de l'enquêteur, la finalité de l'enquête, le déroulement de la participation, le respect des principes éthiques étaient précisés dans le message introductif au questionnaire (Annexe n°3).

5.9. Limites de l'étude

Discuter les limites méthodologiques permet d'interroger le dispositif de recherche et parfois, les résultats. La fenêtre de participation n'a sans doute pas favorisé l'adhésion des ESI. En fin de formation mais en attente du diplôme, cet « espace-temps » est propice au stress et à la recherche d'emploi. L'immédiateté des réponses attendues post-formation a peut-être nui à la prise de recul nécessaire à toute réflexion sur l'action mais notre objet d'étude la rendait nécessaire. La préparation de la diplomation par les IFSI a aussi représenté un frein à la passation des questionnaires. Si le *curriculum* des IFSI est identique pour tous, les réponses déclaratives (biais de désirabilité) et les dispositifs pédagogiques hétérogènes des IFSI peuvent aussi constituer des biais. Nous avons ainsi relancé les IFSI à deux reprises et sollicité notre réseau personnel ce qui a sans doute introduit un biais « effet-centre » qui empêche toute interprétation en lien avec la variable « région ». Enfin, le nombre de retours de chaque IFSI sollicité est très hétérogène aussi, certaines régions ne sont pas identifiables.

Rajoutons qu'aucune approche théorique de la CIP n'intègre à elle seule la complexité de l'interprofessionnalité. Nos résultats doivent donc être interprétés dans le contexte de la recherche et invitent à la prudence, en particulier pour les faibles effectifs (Psychiatrie/santé mentale). Les résultats observés sur notre échantillon sont ainsi des estimations soumises à des fluctuations aléatoires : elles sont révisables.

CHAPITRE 6. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EXPLORATOIRE

6.1. Le pourcentage de retours

Le pourcentage de retours avancé connaît sans doute un écart avec la réalité. D'après nos estimations, qui reposent sur le nombre d'inscrits en formation pour chaque institut de formation contacté (DRESS, 2017a), le pourcentage de retours est de l'ordre de 38 %. Pour obtenir des données plus proches de la réalité, il faudrait tenir compte des abandons et des intégrations d'ESI pour chaque institut, ce qui n'est pas réalisable dans notre contexte. La DRESS ne communique en effet que le nombre d'ESI à l'entrée dans la formation. Le calcul de réponses potentiellement recevables s'est donc réalisé à la lumière des chiffres régionaux. De plus, par souci éthique, les étudiants ne devaient inscrire au questionnaire que la région dans laquelle ils réalisaient leurs études. Cette réponse n'a pas toujours permis d'identifier la région d'études : les répondants ont parfois cité des noms de villes « non-identifiables » dans une région donnée. Si l'étude devait être refaite, nous envisagerions de distinguer les étudiants par IFSI, en leur demandant le nombre d'apprenants de leur promotion. Ces éléments nous inviteraient alors à réaliser une demande à la CNIL, l'identification des apprenants étant plus aisée dans ce contexte.

6.1.1. La répartition régionale

La répartition régionale des répondants ne permet pas son traitement statistique selon ce critère. La répartition régionale des répondants est cependant présentée en annexe n°6.

6.1.2. La présentation de la population et les données brutes

Pour cette étude, 723 ESI ont répondu au questionnaire soit 77 hommes (10,65 %) et 646 femmes (89,35 %). 481 répondants ont entre 20 et 24 ans (66,53 %), 98 répondants ont entre 25 et 29 ans (13,55 %) et 144 répondants ont 30 ans et plus (19,92 %). 50 répondants sont titulaires d'un diplôme bac+ 3 (6,9 %) (en plus du baccalauréat), leur moyenne d'âge s'élève à 32,2 ans. 25 répondants (3,4%) ont un diplôme bac+5 (en plus du baccalauréat), leur moyenne d'âge est de 37,7 ans. Les répondants titulaires du seul baccalauréat sont 597 (82,5 %). Les non-bacheliers sont 51 (7 %), ils ont en moyenne 33,2 ans. Les aides-soignantes constituent la grande majorité des non-bacheliers. Elles sont 46 (6,3 %) et ont en moyenne 36 ans. Les autres non-bacheliers sont représentés par trois Auxiliaires de Puériculture (AP), un Aide-Médico-Psychologique (AMP) et un ambulancier. Ces répondants ont tous plus de

30 ans. (Annexe n°7 : Répartition des effectifs par âge. Annexe n°8 : Répartition des effectifs par diplôme. Annexe n°9 : Répartition des répondants par sexe).

6.1.3. La typologie des stages majoritairement réalisés pendant la formation

Les soins de courte durée constituent le parcours de soins majoritaire pour 493 répondants (68 %). Ils sont suivis des soins de longue durée/Soins de suite et de réadaptation (SSR) (18 %), des soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie (11 %) et des soins en santé mentale/psychiatrie (3 %) ; (Annexe n°10).

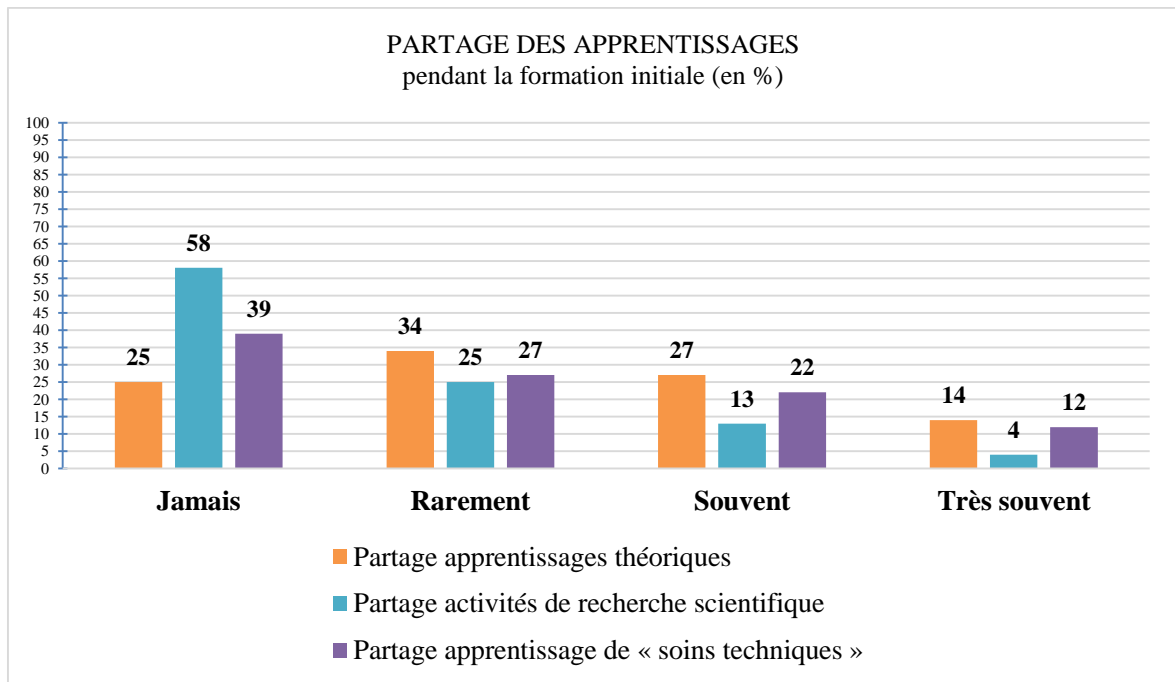
6.1.4. Le sentiment de compétence

Le sentiment de compétence (Bandura, 2003) influence l'interprofessionnalité. Une question auto-évaluative mesurait ce sentiment : les réponses montrent que 1 % des étudiants infirmiers en fin de formation se disent « expert », 34 % d'entre eux se sentent « compétents », 11 % se disent « efficaces », 32 % se considèrent « débutants avancés » et 22 %, se disent « novices ». Plus de la moitié des répondants admet ainsi la fragilité du développement de leurs compétences. Au regard de la classification de Benner (1984), ces résultats se justifient pour les étudiants « novices », « débutants avancés » et « compétents ». Les « experts » (1 %) et les « efficaces » sont moins nombreux, ce qui s'entend. Ils sont en effet considérés comme des professionnels autonomes et créatifs, qui ont intégré et parfois dépassé des règles d'actions pour adopter leur propre style professionnel ; (Annexe n°11). À ce stade de la formation, ces déclarations – isolées – interrogent.

6.1.5. Les apprentissages partagés en formation initiale

Les activités de recherche scientifique, d'apprentissages théoriques et de soins techniques semblent peu partagées par les différentes filières paramédicales pendant la formation initiale des infirmiers. La recherche scientifique n'est « jamais » partagée pour la grande majorité des répondants (58 %). Elle l'est « rarement » pour 25 % d'entre eux, « souvent » pour 13 % et « très souvent » pour seulement 4 % des répondants. Les apprentissages théoriques sont à peine plus mutualisés : 25 % des répondants n'ont « jamais » partagé de cours théoriques avec les autres paramédicaux, 34 % l'ont fait « rarement », 27 % « souvent » et 4 %, « très souvent ». Enfin, les apprentissages partagés de soins techniques rapportent un peu plus d'interactions puisque 14 % et 27 % des répondants disent respectivement avoir partagé « très souvent » et « souvent » ce type d'activités. Cependant, 34 % des répondants ont « rarement » mutualisé les apprentissages de techniques de soins et 25 % ne l'ont « jamais » fait ; (Figure 4).

Figure 4. Importance du partage des apprentissages théoriques et pratiques en formation initiale selon les répondants



6.1.6. Importance accordée à la CIP par les répondants

La littérature rapporte combien l'importance accordée au travail collaboratif par les individus influence les interrelations positives entre professionnels. Pour 66 % des répondants ce travail est « très important » tandis que pour 34 %, il est « important ». La totalité des étudiants rapporte ainsi leur intérêt pour la CIP, ce qui devrait soutenir le développement de leurs CCIP ; (Annexe n°12).

6.2. Analyse croisée des données : les compétences collaboratives interprofessionnelles

Pour un risque p inférieur à 0,05, soit moins de 5 % de chance de se tromper par rapport à l'échantillon ($n=723$) et statistiquement aidée de l'outil Chi-2, des Hypothèses nulles (H_0) ont été vérifiées pour chaque compétence retenue. Les résultats en pourcentages sont arrondis par excès ou par défaut. Pour répondre au questionnaire, les étudiants en fin de formation devaient choisir entre quatre sous-classes réduites en deux classes globales lors de l'analyse. Pour simplifier la lecture des résultats, seules les réponses dites « positives » sont présentées en pourcentage et en nombre de réponses reçues par *item*. Les données correspondent ainsi aux sous-classes choisies par les répondants « Toujours-Souvent » ou « Parfaitement-Partiellement » ou « Très souvent-Souvent » ou « Très élevé-élevé » ; (Annexe n°3).

6.3. La compétence « travail d'équipe »

Les résultats en lien avec les acquisitions de la compétence « travail d'équipe » montrent que 89,90 % des répondants disent bien connaître les notions théoriques de la dynamique du travail d'équipe. Plusieurs variables constitutives de la compétence travail d'équipe obtiennent des liens statistiquement significatifs avec les variables indépendantes. L'âge est statistiquement lié aux variables « connaissance des notions théoriques de la dynamique d'équipe par les répondants », « mise en œuvre de processus qui facilitent le travail collaboratif », « analyse des processus qui facilitent le travail collaboratif », « participation des répondants aux APP en interprofessionnalité ». Les résultats montrent ainsi que les plus âgés déclarent mieux connaître les notions théoriques de la dynamique du travail d'équipe ($p = 0,003$), qu'ils mettent en œuvre des processus qui facilitent le travail collaboratif ($p = 0,005$) qu'ils analysent les résultats des processus collaboratifs ($p = 0,001$) et qu'ils participent aux APP collaboratifs ($p = 0,002$) plus souvent que les autres catégories de répondants (Tableau 1– Annexe n° 13).

Tableau 1. Analyse croisée entre quatre variables de la compétence « travail d'équipe » et la VI : « âge »

Âge	Connaissance des notions théoriques de la dynamique d'équipe par les répondants		Mise en œuvre de processus qui facilitent le travail collaboratif		Capacité des répondants à analyser les résultats les processus qui facilitent le travail collaboratif		Participation des répondants aux APP	
	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>
30 ans et plus	97	139/144*	67	96/144*	46	66/144*	33	47/144*
Moins de 30 ans	88	511/579	54	311/579	31	181/576	21	119/576
Total	90	650/723	56	407/723	34	247/723	23	166/723
chi2	r : 8,6932		r : 7,8644		r : 10,8879		r : 9,5235	
	Pr = 0,001		Pr = 0,005		Pr = 0,001		Pr = 0,002	

(p) est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'*item*.

6.3.1. Les compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la variable « nature des stages »

Pour trois compétences – communication, travail d'équipe, leadership collaboratif – certaines variables sont statistiquement liées à la nature des stages. Pour la compétence « communication », la nature des stages est statistiquement liée au partage technique des pratiques professionnelles ($p = 0,006$). C'est en « santé mentale » et sur des « lieux de vie individuels ou collectifs » que les pratiques professionnelles sont les plus partagées. Pour la compétence « travail d'équipe » la nature des stages est statistiquement liée à l'acquisition des « notions théoriques de dynamique d'équipe » ($p = 0,002$) : la « santé mentale » et les « soins de longue durée » permettent de très bien les connaître. Enfin, pour la compétence « leadership collaboratif », la nature des stages est statistiquement liée à la capacité des autres paramédicaux à solliciter les infirmiers ($p = 0,013$) : la « santé mentale » et les « soins individuels et collectifs » favorisent cette aptitude (Tableau 2 – Annexe n°14). Trois types de services semblent ainsi soutenir la collaboration interprofessionnelle : la santé mentale/psychiatrie, les lieux de vie et les soins de longue durée.

Tableau 2. Analyse croisée entre les variables des compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la VI : « nature des stages »

Nature des stages	Partage des pratiques professionnelles avec d'autres paramédicaux. (Compétence communication)		Connaissance des notions théoriques de dynamique d'équipe. (Compétence travail d'équipe)		Capacité des autres paramédicaux à solliciter les répondants (Compétence leadership collaboratif)	
	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l'item	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l'item	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l'item
Soins courte durée	47	215/493*	90	444/493*	25	124/493*
Soins longue durée/SSR	43	57/134	94	126/134	31	42/134
Soins santé mentale	63	12/19	100	19/19	47	9/19
Soins individuels/collectifs sur lieux de vie	62	48/77	79	61/77	39	30/77
Total	46	332/723	90	650/723	28	205/723
Chi2	r : 12,3072		r : 14,3411		r : 10,7235	
	Pr = 0,006		Pr = 0,002		Pr = 0,013	

(p) est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'item.

6.3.2. Les compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la variable « diplôme »

Pour les compétences communication, travail d'équipe, leadership collaboratif, certaines variables sont statistiquement liées aux diplômes.

Pour la compétence « communication », les diplômes sont statistiquement liés aux relations informelles ($p = 0,035$). Les non-bacheliers puis les plus diplômés (bac+5) sont ceux qui ont le plus le sentiment d'interagir de manière informelle avec les autres paramédicaux. Pour la compétence « travail d'équipe », les diplômes sont statistiquement liés à la participation des étudiants aux APP : les plus diplômés sont ceux qui déclarent y participer le plus souvent ($p = 0,036$). Enfin, pour la compétence « leadership collaboratif », les diplômes sont statistiquement liés aux capacités des répondants à solliciter les autres paramédicaux ($p = 0,001$). Les plus diplômés et les non-bacheliers sont ceux qui sollicitent le plus souvent les autres professionnels (Tableau 3 – Annexe n°15).

Tableau 3. Analyse croisée entre les variables des compétences « communication », « travail d'équipe », « leadership collaboratif » et la VI : « niveau de diplôme »

Niveau de diplôme	Relations informelles des répondants avec les autres paramédicaux. (Compétence communication)		Participation des répondants aux APP. (Compétence travail d'équipe)		Capacité des répondants à solliciter les autres paramédicaux. (Compétence leadership Collaboratif)	
	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>	%	Nombre de réponses « positives »/nombre total de réponses à l' <i>item</i>
Sans bac	69	35/51*	26	12/51*	69	35/51*
Bac	50	297/597	23	136/597	46	273/597
Bac+3	56	28/50	14	7/50	54	27/50
Bac+5	64	16/25	44	11/25	72	18/25
Total	52	376/723	23	166/723	49	353/723
Chi2	r : 8,6242		r : 8,5462		r : 16,2045	
	Pr = 0,035		Pr = 0,036		Pr = 0,001	

(p) est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'*item*.

6.4. La compétence « planification, coordination, mise en œuvre et suivi des soins »

Pour la variable « élaboration des projets de soins/d'éducation thérapeutique en collaboration » les diplômés, la nature des stages et l'âge sont statistiquement liés à l'élaboration des projets de soins/ETP en collaboration. La part des non-bacheliers et des plus diplômés (Bac+5) qui affirment participer le plus à l'élaboration de ces types de projets en collaboration est plus marquée pour ces catégories que pour les autres ($p = 0,004$), en particulier en santé mentale ($p = 0,001$). Enfin, les répondants de plus de 30 ans affirment participer plus souvent que les autres à l'élaboration des projets de soins/ETP en interprofessionnalité. Les résultats du test Chi2 montrent ainsi que l'âge est statistiquement lié à l'élaboration des projets de soins/ETP : ($p = 0,001$) (Tableau 4).

Tableau 4. Analyse croisée entre la variable « élaboration des projets de soins/ETP en collaboration » et trois VI : « niveau de diplôme », « nature des stages », « classes d'âge »

Compétence « planification, coordination, mise en œuvre et suivi des soins »			
Élaboration des projets de soins et d'ETP en collaboration N=723			
Niveau diplôme	sans Bac	65%	33/51*
	Bac	43%	258/597
	Bac + 3	54%	27/50
	Bac + 5	64%	16/25
	% de réponses positives	46%	334/723
	Chi2	r : 13.5763	p : 0.004
Nature des stages	Soins courte durée	42%	206/493
	Soins longue durée / SSR	57%	76/134
	Santé mentale	74%	14/19
	Soins individuels / collectifs sur lieux de vie	49%	39/77
	% de réponses positives	46%	335/723
	Chi2	r : 15.9105	p : 0.001
Classes d'âge	30 ans et plus	59%	85/144
	Moins de 30 ans	43%	249/579
	% de réponses positives	46%	334/723
	Chi2	r : 11.9110	p : 0.001

(p) est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'item.

6.5. La compétence « clarification des rôles et des responsabilités »

Les résultats en lien avec la compétence « clarification des rôles et des responsabilités » montrent que 94 % des répondants disent connaître « parfaitement ou partiellement » leur propre champ d'expertise. Les résultats du test Chi2 révèlent que la nature des stages est statistiquement liée à cette connaissance ($p = 0,002$). Les « soins de longue durée/SSR » semblent en effet soutenir cette connaissance plus que les autres catégories de stages. Les résultats du test Chi2 montrent aussi que les diplômés sont statistiquement liés à la reconnaissance de spécificités infirmières aux répondants par les autres paramédicaux ($p = 0,003$) et que les titulaires de master et les non-bacheliers ont le sentiment, plus que les autres, que les autres paramédicaux leur reconnaissent ces spécificités ($p = 0,003$) (Tableau 5).

Tableau 5. Analyse croisée entre des variables de la compétence « clarification des rôles et des responsabilités » et deux VI : « nature des stages » et « niveau de diplôme »

Compétence « clarification des rôles et des responsabilités »			
Connaissance du champs d'expertise infirmier N=723			
Nature des stages	Soins courte durée	94%	463/493*
	Soins longue durée / SSR	98%	131/134
	Santé mentale	95%	18/19
	Soins individuels / collectifs sur lieux de vie	84%	65/77
	% de réponses positives	94%	677/723
	Chi2	r : 14.9186 p : 0.002	
Reconnaissance de spécificités infirmières par d'autres paramédicaux N=723			
Niveau diplôme	sans Bac	86%	44/51
	Bac	69%	413/597
	Bac + 3	80%	40/50
	Bac + 5	92%	23/25
	% de réponses positives	72%	520/723
	Chi2	r : 14.0327 p : 0.003	

p est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'item.

6.6. La compétence « éthique clinique »

72 % des répondants déclarent partager « parfaitement ou partiellement » les mêmes valeurs professionnelles que les autres paramédicaux. Les résultats du test Chi2 montrent que les diplômés sont statistiquement liés à ce sentiment : ($p = 0,003$). Les plus diplômés (master) et les non-bacheliers ont le sentiment de partager ces valeurs plus que les autres répondants.

Pour cette même compétence, 53% des répondants déclarent participer « très souvent » ou « souvent » à la résolution des situations complexes avec les autres professionnels paramédicaux. Les résultats du test Chi2 révèlent que les diplômés sont statistiquement liés à cette participation ($p = 0,003$). Plus les répondants sont diplômés, plus ils y participent. Cependant, les non-bacheliers y participent à hauteur des bacs+3 (Tableau 6).

Tableau 6. Analyse croisée entre des variables de la compétence « éthique clinique » et la VI : « niveau de diplôme »

Compétence « éthique clinique »			
Sentiment de partage de valeurs communes avec d'autres paramédicaux N=723			
Niveau diplôme	sans Bac	86%	44/51*
	Bac	68%	413/597
	Bac + 3	74%	37/50
	Bac + 5	92%	23/25
	% de réponses positives	72%	517/723
	Chi2	r : 13.7477	p : 0.003
Participation des autres paramédicaux à la résolution de problèmes complexes N=723			
Niveau diplôme	sans Bac	63%	32/51
	Bac	49%	297/597
	Bac + 3	62%	31/50
	Bac + 5	80%	20/25
	% de réponses positives	53%	380/723
	Chi2	r : 13.7983	p : 0.003

p est significatif si $< 0,005$: r = valeur de corrélation de Pearson.

*La colonne représente le nombre de réponses « positives » sur le nombre total de réponses à l'*item*

6.6.1. Activités d'apprentissage collaboratives pendant la formation initiale

Enfin, pour la compétence « éthique clinique », le « partage d'activités de recherche scientifique » et le « partage d'apprentissages de soins techniques » avec d'autres paramédicaux pendant la formation initiale sont statistiquement liés à la participation des étudiants à la résolution de problèmes complexes en collaboration (respectivement $p = 0,002$ et $p = 0,001$). Plus ces activités ont été partagées pendant la formation initiale, plus les répondants déclarent interagir en interprofessionnalité pour la résolution de problèmes complexes.

Au regard de ces résultats, nous pouvons conclure que l'âge, les diplômés, la nature des stages, le partage d'activités de recherche et d'apprentissages de techniques de soins avec

d'autres étudiants paramédicaux pendant la formation initiale semblent favoriser le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles des ESI.

CHAPITRE 7. ANALYSE ET DISCUSSION

Dans cette partie, nous analysons et discutons les résultats statistiques dans un premier temps puis, nous les complétons par une analyse qualitative des *verbatim*s pour chaque dimension de la compétence concernée. Nous nous attachons à réaliser un exercice de catégorisation afin de repérer les thèmes en lien avec les CCIP. L'unité d'analyse est thématique et correspond à un découpage sémantique associé au nombre d'occurrences rencontrées.

7.1. La compétence « communication »

7.1.1. Les résultats statistiques

Vectrice de respect mutuel et de partage des points de vue, la compétence communicationnelle, que nous abordons par ses déterminants (Henneman et al., 1995), est au cœur de l'interprofessionnalité. Conformément au cadre théorique initialement développé, nos résultats statistiques mettent en évidence le rôle prépondérant des diplômés : plus les apprenants sont diplômés, plus ils entretiennent des relations informelles avec les autres paramédicaux et développent leur compétence communicationnelle (Sicotte et al., 2002). Pour Asmar (2011), la compétence et l'expérience sont deux composantes essentielles de la confiance accordée aux collaborateurs. Or, les Aides-Soignantes (AS) représentent la population qui l'accorde le plus aux autres paramédicaux. Notre revue de littérature souligne aussi l'importance de l'EIP, des expériences antérieures et la maturité du sujet dans la mise en œuvre de la CIP. De ce point de vue, les anciennes AS ont l'avantage de l'expérience et de la maturité. Déjà immergées dans la culture soignante, elles en possèdent les codes, le vocabulaire, les attributs. Elles connaissent les compétences des autres professionnels et maîtrisent les outils et l'organisation. Elles ont aussi pu intégrer des normes, des valeurs et des modèles de comportements. Ainsi, les diplômés offrent des résultats qui font des non-bacheliers une catégorie très communicante suivie de près par les titulaires du Bac+5. Notons que les non-bacheliers sont aussi, avec les répondants mastérisés, les répondants les plus âgés. En effet, les premiers atteignent une moyenne d'âge de 36 ans (AS strictement) tandis que les seconds atteignent une moyenne d'âge de 37,7 ans. Les « non-bacheliers » communiquent oralement plus que tous les autres répondants (78,5 %) suivis de près par les titulaires de bac+5 (76 %). La communication orale est proportionnelle aux années d'études. En ce qui concerne la compréhension du vocabulaire, les « non-bacheliers » et les bacs+5 (96,1 %) affirment plus que les autres répondants, que les paramédicaux s'expriment avec un vocabulaire professionnel compréhensible

(« souvent/toujours »). Si les plus diplômés se sentent plus respectés que les autres répondants, les « non-titulaires » du bac (90,2 %) aussi. En revanche, les titulaires du bac creusent l'écart (72,3 %). Pourtant, ces mêmes bacheliers (46,4 %) se partagent sensiblement les mêmes résultats avec les non-bacheliers (49 %) et les bacs+3 (48 %) en ce qui concerne le partage des soins techniques : avec les AS, les bacs+3, plus jeunes, sont les plus actifs dans le « soin technique » collaboratif. Il faut ici y voir un lien avec l'expérience pour les anciennes AS et une volonté de réaliser des « actes techniques » pour les plus jeunes. Résultats peu exploités par la littérature, notre étude montre aussi que les répondants les moins diplômés (représentés en très grande majorité par des AS) entretiennent majoritairement des relations informelles avec les autres paramédicaux. Les interactions informelles sont clairement corrélées à l'âge des répondants : les plus de 30 ans interagissent avec les autres professionnels, plus que les autres. La diplomation pourrait suivre cette même tendance si les « non-bacheliers » (68,6 %) ne venaient détrôner les bacs+5 (64 %). L'âge et l'expérience sont donc constitutifs des interactions informelles. Ainsi, les résultats liés à la compétence communicationnelle permettent de montrer que les « non-bacheliers » communiquent sensiblement comme les étudiants « mastérisés » mais interagissent plus que tous les autres répondants avec les autres paramédicaux.

7.1.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires

7.1.2.1. Le partage oral des informations liées aux patients

7,9 % des répondants affirment que les informations sont « toujours » partagées oralement avec les autres paramédicaux tandis que pour 60,9 % elles le sont « souvent » et pour 31,7 %, « rarement ». Les retours qualitatifs associés à cette question font l'objet de 118 commentaires (n=723). L'analyse des *verbatim* révèle le caractère cloisonné de la communication orale qui ne s'opère en général que « entre corps de métiers » ou « entre cercles constitués » (56/118). 16/118 répondants notent l'absence des autres paramédicaux aux relèves orales. Cependant, la communication orale est très présente dans des services qui relèvent du long séjour et de « prises en charges spécifiques ». Les SSR, la psychiatrie (dont « l'addictologie » et les « troubles du comportement alimentaire ») et les « soins palliatifs » sont souvent cités (32/118). Outre les AS, c'est avec les psychologues (qui ne sont pas des paramédicaux) que les IDE disent interagir le plus dans ces services. Ce constat appuie l'intégration des « psychosociaux » aux référentiels de CCIP canadiens. Les EHPAD sont surtout cités en référence à la structure qui induit la permanence des paramédicaux sur

le lieu d'exercice (10/118). En revanche, le « milieu hospitalier », les « services conventionnels » ou « techniques » semblent limiter les interactions orales.

Les répondants distinguent les temps d'échanges oraux « spontanés » et les temps d'échanges mis en œuvre par l'institution sous forme de « *staffs* » ou de « réunions pluridisciplinaires » (12/118) qui répondent à la nécessité de discuter des « points précis » (8/118). Les temps d'échanges existent peu et se limitent « au strict nécessaire » (ex : « Bactérie multi-résistante » ou « changements de traitements ») tandis que l'organisation – « horaires décalés », « absences des autres paramédicaux le week-end », « manque de temps », « manque de personnel » – semblent justifier la difficulté à échanger sur les temps de relèves quotidiens institutionnalisés et expliquer les rares traces écrites des paramédicaux (52/118). Or, les facteurs organisationnels sont déterminants dans le déploiement de la CIP, notamment, les rencontres formelles et les interactions en milieu clinique. Pour Lemieux et al., (2006), la répartition des tâches et des responsabilités – sans pour autant que la contribution soit égale (Wood et Gray, 1991, dans Bedwell et al., 2012) –, la présence d'une communication efficace, le partage des informations et la mise en œuvre de procédures claires sont essentiels. L'analyse des *verbatim*s témoigne que la structure organisationnelle, les mécanismes de coordination et de communication, les ressources disponibles semblent peu soutenir la CIP dans le contexte de soins.

Les répondants soulignent aussi « le manque de cohésion et de dynamique d'équipe » (8/118), le manque de « régularité » de certaines interventions de soignants alors peu « intégrés à l'équipe », mais aussi, le manque de « volonté personnelle » de certains soignants qui « font leurs soins et se sauvent » (16/118). Les autres paramédicaux sont des « électrons libres » ou des « passagers clandestins ». Ces qualificatifs justifient leur absence aux relèves orales, le manque de traçabilité et la faible cohésion d'équipe. Or, la cohésion manifeste la volonté des professionnels d'intégrer l'équipe de façon pérenne et permet aux CCIP de créer une véritable synergie collaborative (Henneman et al., 1995). Enfin, deux répondants avouent éviter de communiquer par peur de ne pas respecter le « secret professionnel » (2/118) et par « méconnaissance du champ professionnel » des autres soignants. À noter que 49,4 % des répondants disent connaître « partiellement » et 44,5 % « un peu », les champs d'expertises des autres paramédicaux. Or, l'intercompréhension des rôles est déterminante pour donner vie à la CIP (Gillam et Irvine, 2000, dans Ben Maaouira, 2017). Il s'agit, réciproquement, d'être capable d'identifier les aspects de chaque profession et le rôle de chacun. Il semblerait que cette intercompréhension fasse défaut en fin de

formation infirmière. Enfin, le système professionnel et culturel favorise aussi la collaboration (Kosremelli-Asmar et Wacheux, 2007) : les AS disent leur facilité à échanger oralement avec les autres professionnels par l'imprégnation de la culture soignante ou la connaissance du personnel. Ce constat fait écho aux résultats de l'analyse quantitative.

7.1.2.2. Le partage interprofessionnel des informations écrites

Le partage interprofessionnel des informations écrites fait l'objet de 109 commentaires (n=723). Les retours quantitatifs révèlent que ces transmissions écrites existent « toujours » à hauteur de 14,9 %, « souvent » à hauteur de 49 % et « rarement » à hauteur de 35,7 %.

Pour justifier l'absence de traces écrites, le manque d'outils de traçabilité est la réponse la plus donnée (51/109). Elle est surtout justifiée par la difficulté à obtenir l'accès informatique pour les personnels ponctuels ou « volants » (39/109). Le manque de temps, conformément à la littérature, ne permet pas aux paramédicaux « d'attendre leur tour » pour assurer la traçabilité des soins ; et si les informations sont écrites, les infirmiers déclarent ne pas « aller voir spontanément » la partie réservée aux relèves des autres paramédicaux. Ainsi, certains répondants reconnaissent une « sous-exploitation » des logiciels à disposition (11/109). Paradoxalement – dans 2/109 cas cependant –, c'est la multiplication des outils qui constitue un frein à la traçabilité et à la consultation des relèves écrites. Cette multiplication des outils se manifeste par des « logiciels, des classeurs de transmissions, des classeurs ciblés pour tel ou tel paramédical ». Les outils et l'organisation semblent ainsi freiner les velléités de communication alors que le support administratif et les mécanismes de coordination sont déterminants pour assurer la CIP (Kosremelli-Asmar et Wacheux, 2007).

7.1.2.3. La compréhension du vocabulaire professionnel

Le vocabulaire utilisé par les professionnels paramédicaux est constitutif de la compétence communicationnelle (28/723 répondants). Il est « toujours » compréhensible pour 13,5 % des répondants et « souvent » compréhensible pour 80,3 %. Les répondants qui ont déjà travaillé dans le milieu médical affirment, pour la plupart, être familiers du vocabulaire donc, interagir plus facilement. Conformément aux résultats quantitatifs et à la littérature, la culture professionnelle liée aux expériences antérieures est donc un facteur qui soutient la CIP (Sicotte et al., 2002).

7.1.2.4. Le respect des points de vue et avis des infirmiers

72,5% des répondants (n=723) affirment que les avis et points de vue des IDE sont « souvent » respectés mais pour un quart, ils le sont « peu ». Cette question fait l'objet de 84

commentaires. Si 10/84 étudiants considèrent que les avis sont respectés au regard de la « place centrale » de l'IDE dans la prise en charge des patients, les réponses de ceux qui se sentent « peu » respectés se concentrent autour du « mépris », du « manque de respect et de considération » envers les infirmiers. Il apparaît que le lieu d'exercice influence la capacité des paramédicaux à communiquer donc à écouter et à respecter les avis des partenaires de soins. Le « long séjour », la « psychiatrie », le « SSR » s'opposent au « milieu hospitalier ». Pour de nombreux répondants, si l'écoute existe, les points de vue restent « autocentrés ». Un quart des étudiants relèvent ainsi le « manque de curiosité à leur égard » et font référence à des « castes ». Le respect du seul point de vue médical est majoritairement souligné de même que le respect des IDE est, pour 6/84 répondants, « médecin-dépendant ». En effet, le degré de confiance accordé à l'infirmier par le médecin est un levier à la confiance mutuelle des paramédicaux. Fortier (2004) évoque la persistance de la prédominance médicale et de la hiérarchie verticale. Le respect advient aussi si les soignants ont fait « leurs preuves » et s'ils se sont « construits une crédibilité » (12/84). Or, pour beaucoup, cette crédibilité passe par la communication qui permet de se connaître et de se faire confiance. Mais la majorité des répondants affirme ne pas connaître les autres paramédicaux (51/84). Un répondant résume cette idée en écrivant : « pas de connaissance = pas de reconnaissance » donc, pas de confiance. Des répondants rajoutent que la confiance accordée aux avis des paramédicaux est constitutive de la « hiérarchie » entendue comme : années d'études/concours de PACE⁸/études universitaires. L'intégration universitaire inachevée des infirmiers ne favorise donc pas cette reconnaissance. Pour beaucoup, le manque de respect accordé au point de vue des IDE est en grande partie lié à leur statut alors que « les avis des médecins et des kinés » sont très respectés. Un ancien Aide Médico-Psychologique (AMP) rapporte ne jamais avoir été « entendu » car l'équipe connaissait son statut antérieur alors qu'un ancien ostéopathe déclare qu'il « se sent plus respecté comme ancien ostéopathe que comme infirmier » et qu'on sollicite son avis « plus comme ancien ostéopathe ». Il apparaît ainsi que les relations interprofessionnelles se réalisent encore de manière hiérarchique et que certains quêtent dans la CIP, des bénéfiques personnels ou corporatistes. Mal connues et peu considérées, les activités des IDE poussent certains professionnels à ne pas mutualiser. 2/84 répondants espèrent ainsi que la COVID-19 modifiera les représentations du métier d'infirmier « mal vu » ou qui « correspond au sale boulot ». Enfin, le statut de stagiaire, la jeunesse et le

⁸ Le dispositif PACES était encore en vigueur lors de la passation du questionnaire

manque d'expérience, ne favorisent pas l'intérêt accordé aux avis des étudiants infirmiers. La plupart des anciens professionnels issus de la filière soins ou « reconvertis » plus âgés, affirment que leurs avis sont mieux respectés grâce à leur « âge » et à leur « maturité ». Ce constat corrobore les résultats du Chi2.

7.1.2.5. La reconnaissance de spécificités infirmières

Pour 62,7 % des répondants (n=723), des spécificités infirmières sont « souvent » reconnues aux infirmiers par les paramédicaux et « rarement » pour 27,1 %. L'exploration de cet *item*, constitutif de la communication, fait l'objet de 57 commentaires (n=723). Les capacités à gérer « l'organisation » et « l'administratif » d'un service, à assurer des « soins techniques », des « toilettes » et à « donner les traitements » sont reconnus aux infirmiers par les autres paramédicaux à hauteur de 15/57 étudiants. La visibilité de ces actes et activités permet à chacun de conserver son territoire sans interroger l'interdépendance. Pour un répondant, reconnaître des compétences particulières aux infirmiers serait « admettre qu'ils [les autres paramédicaux] ne savent pas ». Certains rajoutent : « la hiérarchie » renvoie les infirmiers aux « derniers de la chaîne » ; « c'est une histoire de statut » ; « chacun travaille pour soi » et le médecin « reste au centre ». Le vocabulaire rappelle combien le pouvoir et la défense des territoires impactent la CIP.

7.1.2.6. Le partage des soins techniques avec les autres paramédicaux

Les soins techniques sont « souvent » partagés pour 41,3 % des répondants et « rarement » partagés pour 44,6 %. Cette question fait l'objet de 43 commentaires (n=723). Le discours des répondants révèle cependant que le partage des soins se limite majoritairement aux interactions entre IDE, AS, ESI et élèves aides-soignants. Il concerne très peu les autres professionnels paramédicaux. Plusieurs raisons sont avancées unanimement : le « manque de temps », le « manque d'intérêt porté au travail de l'autre », le « manque de communication », le « manque de connaissance du champ professionnel de l'autre » et le cloisonnement des professions : « chacun fait ce qu'il doit dans son coin ». Une répondante justifie le manque de partage des soins par la peur des autres paramédicaux de perdre « leur pouvoir lié à la connaissance ». Gangloff-Ziegler (2009) justifie ces comportements individualistes par la crainte des acteurs de perdre leurs savoirs et de devenir « interchangeables ». Leurs spécificités et la reconnaissance associée ne leur seraient ainsi plus accordées. Enfin, engagée comme renfort pendant la crise sanitaire, une ESI a partagé une formation et des soins techniques en réanimation avec le médecin, le MK, l'AS. Elle

rapporte une équipe « soudée et en harmonie ». La formation interprofessionnelle « sur le terrain » pourrait ainsi être le terreau de la CIP.

7.1.2.7. Les interactions informelles entre les paramédicaux

Les répondants se répartissent presque équitablement les réponses : 45,3 % interagissent « souvent » de manière informelle avec les autres professionnels paramédicaux et 46 %, « rarement ». Les interactions informelles soutiennent la CIP et la proximité, l'espace et le temps sont déterminants. L'analyse des *verbatim* montrent que les interactions informelles (67 réponses sur 723 répondants) entre IDE et paramédicaux sont « services-dépendants » (50/67). Les longs séjours, les SSR, la psychiatrie favorisent les échanges informels en particulier parce que le personnel est « fixe » et que la communication est « plus aisée ». La circulation fluide des informations permet donc non seulement de connaître les champs d'expertises des autres paramédicaux mais aussi, de créer des liens. Encore faut-il que les personnes aient la « volonté » (5/67) d'interagir ou qu'elles « osent » échanger (7/67). De ce point de vue, le statut d'étudiant ou de jeune professionnel inexpérimenté et l'âge sont des freins aux échanges. 10/67 répondants évoquent une « fuite », un « évitement » des situations de rencontres informelles. Aller vers l'autre est pour certains trop insécurisant. De plus, l'organisation ne favorise pas ce type de rencontres : « rotation » des personnels et « emplois du temps différents » sont cités (11/67). En revanche, « fumer » et « boire du café » permettent les rencontres informelles pour un quart des retours ainsi que la « traversée des couloirs » (6/67). Enfin, le « caractère de l'individu » (4/67) et la « cohésion d'équipe » (5/67) sont cités comme des leviers aux échanges informels. Cependant, pour 1/67 répondants, « les corporatismes sont forts », ce qui justifie le manque d'interactions.

7.2. La compétence travail d'équipe

7.2.1. Les résultats statistiques

Nos résultats en lien avec la compétence « travail d'équipe » appuient le cadre théorique de D'Amour et ses collaborateurs (1999). Pour ces chercheurs, cette compétence interroge la dynamique d'équipe, l'appartenance au groupe et le partage des responsabilités. Interroger la capacité des répondants à mettre en place des processus collaboratifs, à analyser leurs résultats et la fréquence de leur participation aux APP permet d'approcher leur volonté individuelle de travailler en équipe. En effet, la collaboration est par nature volontaire. Elle induit un processus d'interconnaissance. Or, « la prise de conscience de l'interconnaissance des acteurs et du degré d'information dont ils disposent les uns sur les autres » (D'Amour et

al., 1999, p. 9) soutient les échanges interprofessionnels efficaces. Les répondants les plus âgés manifestent cette volonté d'interconnaissance dans les apprentissages. Non seulement ils maîtrisent les connaissances théoriques de la dynamique d'équipe mieux que les autres mais en plus, ils sont plus actifs dans la mise en œuvre des processus qui facilitent le travail collaboratif et dans l'analyse de leurs résultats. Pour ce qui relève des APP, les plus de 30 ans répondent y avoir participé à hauteur de 32,7 %. Si les plus diplômés déclarent connaître « parfaitement/partiellement » les notions théoriques de dynamique du travail d'équipe (100 %), les non-titulaires du bac atteignent 94,1 %, les bacs+3, 92 % et les bacheliers, 88,9 %. Sauf à considérer les non-bacheliers, la tendance pourrait s'expliquer par le niveau d'études. Cependant, la mise en place des processus qui facilitent le travail collaboratif semble ne pas répondre à la tendance précédente : les non-bacheliers sont les plus actifs tandis que les bacs+5 et les bacheliers semblent moins « agir ». Faut-il y voir un investissement intellectuel plus fort des plus diplômés, investissement qui pourrait être corrélé avec leurs plus faibles interactions déclarées aux actes techniques et leur participation élevée aux APP ? En effet, les bacs+5 déclarent à hauteur de 44 % participer aux APP, beaucoup plus que les non-bacheliers (23,5 %), les bacheliers (22,8 %) et les bacs+3 (14 %). La participation des ESI aux APP est visiblement corrélée au niveau d'études (même si les résultats des Bac+3 interrogent) et à l'expérience. Notons que les bacs+5 accusent des scores bien supérieurs que les autres répondants quand il s'agit de compétences en lien avec des activités « réflexives » ou avec des connaissances académiques.

7.2.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires

7.2.2.1. La connaissance des théories de la dynamique d'équipe

La connaissance des théories de la dynamique d'équipe, connaissance qui soutient la CIP, fait l'objet de 18 retours sur 723 répondants. 62,3 % déclarent les connaître « partiellement » et 27,7 %, « parfaitement ». Les réponses sont unanimement liées aux enseignements obligatoires des IFSI. Cinq anciennes AS justifient ces connaissances par leurs « expériences professionnelles antérieures ». La culture professionnelle est ainsi déterminante, ce qui répond à la littérature.

7.2.2.2. La mise en place de processus qui facilitent le travail collaboratif

58/723 répondants se sont prononcés sur la mise en œuvre de processus qui facilitent l'interprofessionnalité. 48,6 % déclare « souvent » les mettre en œuvre et 41,7 %, « rarement ». L'analyse des *verbatim* révèle que les services de longs séjours, les SSR, la

psychiatrie, les soins palliatifs (19/58) mettent plus facilement des processus collaboratifs en place que le milieu hospitalier. Le « statut », « l'âge » des IDE, le « manque de temps » le « manque de cohésion d'équipe », le « manque de communication », le « manque de volonté » des paramédicaux autres qu'IDE sont des freins à la mise en œuvre de processus facilitateurs (24/58). Ces déterminants corroborent les réponses précédemment apportées par l'analyse des *verbatim* en lien avec la communication. Les processus collaboratifs sont, d'après les répondants, initiés en « cas de problème » et surtout, à la condition que l'organisation soit en faveur des autres paramédicaux. Les infirmiers ont le sentiment de ne pas être prioritaires sur les choix organisationnels opérés. Une répondante dit renoncer à la mise en place des processus collaboratifs par peur de paraître « autoritaire ou détentrice de l'autorité ». Elle écrit « Tout dépend de chaque membre de l'équipe soignante et de ce qu'il peut entendre, c'est-à-dire son ouverture d'esprit, sans mise en avant de "supériorité" pour X ou Y raison. Donc, chacun garde ses connaissances pour soi ». Cette répondante dit combien le pouvoir est constitutif de la CIP. Careau et ses collaborateurs (2011) justifient les conflits par la peur des acteurs de perdre du pouvoir, peur alimentée par un sentiment de non-reconnaissance du rôle et de l'effort déployé par chaque professionnel. Les chercheurs rajoutent que la hiérarchie « accentue » ce sentiment de peur et réfrène les relations. Ils avancent enfin que la différence au niveau de la socialisation, l'incohérence entre les objectifs, l'incertitude dans l'accomplissement des tâches et la limitation des ressources favorisent les conflits.

12/58 répondants en appellent aux Cadres De Santé (CDS) comme garants des processus de mutualisation (organisation de rencontres interprofessionnelles autour du patient). Le cas échéant, l'analyse des résultats initiés par cette collaboration (32 retours sur 723 répondants) est principalement réalisée avec les AS dans des réunions pluridisciplinaires prévues à cet effet et pour des prises en charge complexes (8/32). Notons que sur les 723 répondants, seuls 29,6 % déclarent procéder « souvent » aux analyses des résultats contre 53,4 % qui déclarent y avoir « rarement » recours. La cohésion d'équipe est pour beaucoup une condition incontournable à la mise en œuvre de processus facilitateurs, tout comme les temps d'échanges mis en lien avec l'organisation du service. Pour les répondants, les CDS doivent assurer les mécanismes de coordination et « éviter les conflits ». Ces attentes répondent aux études qui ont développé les facteurs organisationnels comme soutiens à la CIP. En effet, la présence d'une communication efficace, le partage des informations, la mise en œuvre de procédures et de normes claires, la gestion des conflits, la proximité physique, les ressources

allouées, sont constitutifs de l'encadrement et de l'organisation. Cependant, la littérature montre aussi que cette vision hiérarchique doit être dépassée par le recours au leadership collaboratif. Mais ce nouveau mode d'exercice appelle nécessairement un changement de culture.

7.2.2.3. La participation des étudiants infirmiers à des groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP) pendant leur formation initiale

Les discussions de groupes interprofessionnels soutiennent la CIP (Henneman et al., 1995). Elles se manifestent par les relèves ou les APP. La question fait l'objet de 104 commentaires. 43,2 % des répondants déclarent y participer « rarement » et 33,5 %, « jamais ». Seuls 15,6 % déclarent y participer « souvent ». Les APP sont réalisées en psychiatrie pour 31/104 étudiants, en soins palliatifs pour 15/104 étudiants (réunions éthiques), en SSR pour 12/104 étudiants et en EHPAD pour 7/104 répondants. 4/104 répondants réalisent les APP entre IDE et un seul répondant évoque une APP pluridisciplinaire hebdomadaire en médecine à l'initiative de la CDS. Cependant, 15/104 répondants rapportent la difficulté à assister aux APP dans les services : les étudiants en sont exclus et doivent « insister » et faire preuve de « volonté » pour contourner l'interdiction. À noter que la majorité de ces répondants sont les plus âgés. 25/104 répondants affirment réaliser des APP systématiquement au retour de stage, soit avec les cadres pédagogiques, soit avec des psychologues.

7.3. La compétence leadership collaboratif

7.3.1. Les résultats statistiques

Notre exploration de la compétence « leadership collaboratif » montre que les plus diplômés mais aussi les AS (les moins diplômés), ont développé leur leadership collaboratif plus que les autres. Les autres paramédicaux sollicitent faiblement les répondants infirmiers (« rarement » ou « jamais » pour 71,65 %). Notre étude révèle ainsi que les ESI semblent avoir des aptitudes au leadership collaboratif. Cette compétence prend corps dans l'initiative individuelle qui vise à soutenir l'équipe dans l'atteinte des objectifs. Cependant, cette notion doit évacuer toute idée de hiérarchie. Denis et ses collaborateurs (2012) développent en effet les notions de leadership « distribué » ou « partagé » comme forme de leadership qui dépassent la seule relation bilatérale. Pour les auteurs, le savoir doit être distribué horizontalement pour diluer le pouvoir et limiter les conflits de territoires.

La littérature met en évidence l'importance des diplômes comme levier à la CIP : plus les apprenants sont diplômés, plus ils développent leur compétence communicationnelle

(Sicotte et al., 2002). Mais nos résultats révèlent aussi que les non-bacheliers (AS) et les plus diplômés partagent des résultats significatifs au regard des interactions informelles et de la capacité à solliciter les autres paramédicaux qui eux, légitiment peu le leadership infirmier. Pourtant, des recherches sur la CIP menées auprès de sept filières de soins différentes, montrent que seuls les ESI maintiennent un intérêt constant pour la CIP au fil des années d'études (Coster et al., 2008). Il faudrait ainsi penser le rôle des IDE dans les programmes d'EIP au regard de ces résultats. Plus âgés, plus expérimentés, ces « supers collaborateurs » semblent en effet répondre à des caractéristiques susceptibles de « porter » la CIP.

7.3.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires

7.3.2.1. Solliciter les autres paramédicaux et être sollicité

La prise de décision est conjointe au leadership. Il s'agit d'une dimension primordiale de la CIP qui doit s'articuler autour du partage des tâches et de l'atteinte des objectifs (Lingard, 2004, dans Ben Maaouira, 2017). En effet, la recherche d'une même trajectoire décisionnelle permet de réguler les conflits dysfonctionnels inter-équipe. 72/723 répondants ont discuté leur capacité à solliciter les autres paramédicaux. Seuls 38,4 % l'ont fait « souvent » et 40,8 %, « jamais ». C'est surtout en psychiatrie (18/72), en SSR (16/72) ou au cours de séances d'ETP (7/72) que les répondants ont sollicité les autres professionnels paramédicaux. Il s'agit surtout des AS (10/72). Les éducateurs et travailleurs sociaux sont évoqués 7/72 fois. 23/72 réponses rapportent la difficulté des répondants à solliciter les autres paramédicaux. Les répondants justifient cette difficulté par leur « jeune âge », leur « manque d'expérience », leur « manque d'assurance », leur « timidité », leur « manque de connaissances » de la personne concernée par la demande. Beaucoup se sentent « illégitimes ». Les répondants évoquent le « manque de confiance » des autres professionnels à leur rencontre (14/72) et « la peur des conséquences s'il y a un problème » (1/72). Les plus âgés et les plus expérimentés disent « solliciter » plus facilement les paramédicaux ce qui fait écho aux résultats quantitatifs. Enfin, 7/72 répondants considèrent que les infirmiers sont « au centre de la prise en charge », « qu'ils concentrent les informations » et sont le « pivot des interactions ». Ils font ainsi référence au leadership infirmier développé par la littérature et conforté par les résultats du Chi2. Pour les répondants, cette posture de leader est justifiée par l'organisation des soins (9/72).

Le fait d'être sollicité par les autres paramédicaux fait l'objet de 41/723 retours. Les répondants sont peu sollicités « sauf par les AS ». Ils le justifient par le statut d'étudiant, de

« jeune stagiaire » (11/41) « en qui on n'a pas confiance ». 6/41 retours disent à nouveau la place centrale de l'infirmière. Pour une répondante, l'IDE « sollicite plus car elle est toujours présente : jour, nuit, week-end ; comme on assiste à toutes les relèves, on a les infos ».

7.4. La compétence : planification, coordination mise en œuvre, suivi des soins

7.4.1. Les résultats statistiques

La compétence « planification, coordination mise en œuvre et suivi des soins » repose sur « la reconnaissance mutuelle de la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels » (CIO-UdeM, 2016, p. 7) de toutes les parties prenantes du projet de soin. Cette reconnaissance mutuelle nécessite que les « intervenants de l'équipe comprennent les rôles et les responsabilités de chacun » et en identifient les « zones de chevauchement » (CIO-UdeM, 2016, p. 7). La relation qui se développe ainsi entre les partenaires, s'inscrit dans un « processus dynamique d'interactions, d'apprentissages et d'échanges d'informations » (CIO-UdeM, 2016, p. 7). Notre étude met en évidence que l'élaboration des projets de soins/d'ETP en interprofessionnalité est développée chez les étudiants les plus diplômés, les plus âgés, dont les AS. Ces mêmes répondants ont le sentiment, plus que les autres, que les paramédicaux leur reconnaissent des spécificités infirmières. L'élaboration des projets de soins, la continuité des soins en collaboration, la confiance accordée par les IDE sur le jugement professionnel d'un acteur paramédical, la réalisation des interventions prévues dans le projet de soins de façon concertée accusent des différences peu significatives entre les tranches d'âges les plus extrêmes, la tranche d'âge la plus élevée étant la plus « participative ». Les résultats rapportent cependant une exception sur la réalisation concertée des soins : les plus jeunes répondants déclarent le faire plus que les plus âgés ce qui fait écho à leurs réponses concernant les soins techniques. Ils y participent plus que leurs aînés, à l'exception des AS, servies par leur expérience dans les milieux de soins.

Le niveau de confiance est très élevé chez les répondants mastérisés et les non-bacheliers tandis qu'il décroît avec la « baisse » des diplômes. Si les résultats liés à la réalisation des interventions prévues dans le projet de soins ne sont pas très significatifs, notons cependant que ce sont les bacs+5 qui interagissent « techniquement » le moins. Cette réponse fait écho aux précédentes : dans la réalisation du geste métier en collaboration, les plus diplômés sont les moins actifs tandis que les AS et les bacheliers déclarent être plus dans l'action. On peut faire l'hypothèse que plus le niveau d'études est élevé, plus la réflexivité est exercée, alors

que pour les plus jeunes et les bacheliers, la recherche du « faire » est prégnante. Cette dimension du *cure* par opposition au *care* ou aux activités réflexives semble être signifiante.

7.4.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires

7.4.2.1. L'élaboration des projets de soins et/ou d'éducation thérapeutique

L'élaboration des projets de soins/d'ETP en interprofessionnalité fait l'objet de 45/723 retours. 39 % des répondants affirment y participer « souvent » et 48,3 %, « rarement ». Les projets de soins semblent donc peu engager la CIP. Les services de longs séjours, de SSR, la psychiatrie, les soins palliatifs, sont des terrains propices à l'élaboration des projets de soins/d'ETP en concertation (11/45 retours). Pour les répondants, les autres professionnels, « gravitent autour des IDE » mais « chacun travaille à ses propres projets » (4/45), et les prises en charge restent « morcelées » (1/45). Il faut donc « solliciter » les autres professionnels, sauf si l'encadrement assure une organisation efficiente (5/45).

7.4.2.2. Réalisation des soins en collaboration

La réalisation des soins en collaboration (16 retours/753) est possible si l'organisation est « porteuse » (4/16) et si le temps et la disponibilité des paramédicaux le permettent (5/16). Les AS sont les partenaires de choix dans cette réalisation collective.

7.4.2.3. La continuité des soins en collaboration

43,3% des répondants assurent la continuité des soins en collaboration « souvent » et 35,3 % « rarement ». Seul 20,2 % collaborent « toujours ». Cette question fait l'objet de 18 retours/723. La continuité des soins est majoritairement assurée par les IDE (outils de liaison, 8/18). Les IDE assurent ainsi « un rôle central », « font tout l'administratif » et réalisent cette fonction « en solitaire » (10/18). Le leadership émerge mais c'est surtout la solitude des tâches administratives et organisationnelles qui est mise en relief.

7.4.2.4. Le niveau de confiance accordé aux professionnels paramédicaux par les répondants

Le niveau de confiance (62/723 répondants) accordé aux partenaires paramédicaux est soumis à « l'expérience professionnelle » (10/62), à « l'expérience personnelle » (3/62), à la « connaissance de l'individu » (17/62) et de son « champ d'expertise » (5/62), à la « confiance en soi » constitutive de l'âge et de l'expérience, à la « qualité du travail » (5/62) et à « l'investissement professionnel » (5/62). 60,3 % déclarent un niveau de confiance « élevé » et 32,5 %, « faible ». Or, la confiance est « la toile de fond d'un univers de relations interprofessionnelles » (D'Amour et al., 2008, p. 110). En effet, pour les chercheurs, le

partage de territoires communs et l'établissement d'une relation de confiance sont les fondements de l'interconnaissance entre professionnels. Les répondants font plus confiance « aux infirmiers » et « aux proches collaborateurs » avec qui ils « communiquent régulièrement ». Cette analyse confirme l'idée que la confiance en l'autre est constitutive de la communication et de la confiance en soi, mais aussi, que sa construction exige du temps, des efforts, de la patience et des expériences antérieures positives (Henneman et al., 1995). Pour être jugé digne de confiance, les compétences professionnelles ne suffisent pas : les compétences individuelles et notamment la volonté de les mettre en œuvre comptent pour beaucoup (Shockley-Zalabak et al., 2011, dans Karsenty, 2013). Locock explique que la compréhension du travail interdisciplinaire est inhérente aux motifs altruistes et aux engagements moraux (2003, dans Asmar, 2011), tandis que Zarifian (1996) préconise de prendre en considération le monde personnel de l'individu comme préalable à la communication, levier de la CIP. Certains répondants mettent ainsi en avant « le caractère de l'individu ». Enfin, pour une majorité de répondants à la question, les médecins et les AS sont les collaborateurs en qui les IDE ont le plus confiance.

7.5. Les compétences : clarification des rôles et éthique clinique

7.5.1. Les résultats statistiques

Le travail collaboratif nécessite que les « intervenants de l'équipe comprennent les rôles et les responsabilités de chacun » en identifient les « zones de chevauchement » (CIO-UdeM, 2016, p. 7). C'est à cette condition qu'une forme de reconnaissance mutuelle peut germer. La compétence « clarification des rôles » est analysée au regard de « l'éthique clinique » dont elle est constitutive. Nos résultats statistiques révèlent que l'acquisition de la compétence « éthique clinique » des étudiants en fin de formation est le privilège des plus diplômés, des non-bacheliers (AS) donc, des plus âgés. Favoriser l'acquisition de cette compétence – sous-tendue par la clarification des rôles – par tous les apprenants est donc un enjeu de la formation initiale. La participation à des activités interprofessionnelles en formation contribue en effet au développement des CCIP (Derbyshire, 2017, dans *Center for the Advancement of Interprofessional Education*, (CAIPE), 2017). Notre étude corrobore cette affirmation : plus les étudiants ont partagé des activités de recherche et d'apprentissage de soins techniques pendant leur formation initiale, plus ils déclarent participer à la résolution de problèmes complexes. Le CAIPE recommande d'ailleurs de déployer plusieurs

méthodes d'apprentissage au cours desquelles les étudiants doivent être « actifs, interactifs, réfléchis ». Les dispositifs pédagogiques doivent ainsi créer

Des opportunités de comparer et de mettre en contraste les rôles et les responsabilités, le pouvoir et l'autorité, l'éthique et les codes de pratique, les connaissances et les compétences afin de construire des relations efficaces entre les professions et renforcer les compétences pour une pratique de collaboration. (CAIPE, 2017, p. 6)

En ce sens, l'éthique clinique soutient les autres CCIP. Elle est centrale et appuie l'idée que le débat éthique ne peut être qu'un espace de réflexion interprofessionnelle. Toutes les professions de la santé partagent les mêmes fondements éthiques (Karsenty, 2013), aussi, les difficultés à collaborer sont issues des visions différentes du soin, visions marquées par la socialisation professionnelle des soignants. D'où la nécessité de clarifier les rôles et de connaître les domaines d'expertise de chacun.

Ce sont les bacs+5 qui déclarent, très loin devant les autres catégories de diplômés, qu'ils participent « souvent/très souvent » à la résolution des situations complexes avec les autres professionnels paramédicaux (80 %). Les non-bacheliers et les bacs+3 y participent à hauteur de 62,7 % et 62 % tandis que les bacheliers y participent peu : 49,4 %. L'âge n'est donc pas totalement révélateur : les anciennes AS déclarent moins résoudre « les problèmes complexes en interprofessionnalité » que les étudiants mastérisés qui ont en moyenne sensiblement le même âge. Le statut de ces professionnelles fait sans doute office d'autocensure d'autant qu'elles sont peu sollicitées par les autres paramédicaux. Un rapprochement avec la participation aux APP des AS peut être opéré : elles déclarent y participer à hauteur de 23,5 % contre 44 % pour les plus diplômés. Notre étude révèle que les plus diplômés et les anciennes AS ont le sentiment de partager des valeurs communes avec les paramédicaux, ce qui soutient la CIP dans sa dimension éthique (capacité à discuter et à prendre des décisions en interprofessionnalité). Ces résultats s'expliquent sans doute par l'expérience : expériences de terrain pour les AS qui maîtrisent certains codes professionnels et expériences d'apprentissage pour les plus diplômés, plus familiers de la réflexivité. L'une des caractéristiques des adultes en formation est en effet « la possibilité d'opérer une distanciation critique » sur ce qu'il apprend (Busari et al., 2017, p. 82). Bien que moins réflexives que les plus diplômés, les anciennes aides-soignantes semblent cependant parvenir à combiner actions partagées et réflexivité.

7.5.2. Les résultats statistiques à l'épreuve des commentaires

7.5.2.1. La connaissance du champ d'expertise infirmier et celle du champ des autres paramédicaux

Les répondants connaissent bien, voire, très bien, leur champ d'expertise ce qui justifie sans doute les faibles commentaires liés à cette question (14/723 répondants). Certains en appellent à « l'expérience » pour affiner leurs propres connaissances (8/14) et évoquent « rôle propre » et « rôle prescrit » comme champ d'expertise (4/14). 8/14 répondants déclarent très bien connaître le champ d'expertise des AS car ils effectuent un travail de « proximité » et ont « les mêmes horaires ». En revanche, 49,4 % connaissent « partiellement » les champs d'expertise des autres paramédicaux et 44,5 % les connaissent « un peu ». Le « manque d'interactions » justifie, pour la majorité des répondants, le manque de connaissances des rôles et du champ de compétences des autres soignants. La connaissance du champ d'expertise des autres paramédicaux (40 retours/723 répondants) est « stage-dépendant » et relève parfois de la culture personnelle du répondant : père MK, ancien AS, ancien manipulateur radio, ancien AMP, ancien ostéopathe. Le système culturel peut ainsi soutenir la CIP (Henneman et al., 1995). Enfin, les patients sont parfois cités comme médiateurs de la connaissance du champ d'expertise des autres professionnels (3/14).

7.5.2.2. La participation des infirmiers à la résolution de problèmes complexes

Pour beaucoup, les interactions se déploient dans des contextes spécifiques. Les 59/723 retours liés aux situations complexes révèlent que la CIP prend vie si un « problème complexe » émerge. Cette notion de complexité est à l'origine de recherches sur le concept de compétence en sociologie des organisations. Dans les organisations du travail actuelles, l'acteur et l'organisation sont intimement liés et la compétence est nécessairement collective. L'organisation doit en effet répondre à la résolution de problèmes par la capacité à coordonner les tâches et les acteurs. Cependant, les résultats témoignent de ce faible engagement collectif : 42,4 % participent « rarement » à la résolution collective de problèmes complexes et 43,9 % le font « souvent ». Les *verbatim*s révèlent aussi que la collaboration se met en place à l'initiative de l'encadrement ou du médecin. L'organisation est ainsi un déterminant incontournable. Le « contexte » difficile est considéré comme « favorable » à la « communication » et nécessaire à la résolution de problèmes complexes (13/59 répondants). Les services concernés sont la psychiatrie et les soins palliatifs, respectivement

cités 22/59 et 16/59 fois. En plus du SSR, la réanimation est citée 5/59 fois en référence à la collaboration des IDE/MK. Certains répondants évoquent « des situations éthiques » (5/59).

7.5.2.3. Le partage des apprentissages théoriques et de la recherche scientifique

L'EIP favorise la création d'une interaction positive entre les étudiants de différentes filières et encourage la CIP en milieu clinique, ce que l'analyse quantitative corrobore : les activités partagées en formation favorisent la participation des professionnels à la résolution de problèmes complexes en collaboration. Le partage des apprentissages théoriques fait l'objet de 171 retours sur 723 répondants. Seul 14,3 % des répondants ont « très souvent » partagé ces apprentissages en formation initiale, 26,9% l'ont fait « souvent », 34 % « rarement » et 14,8 %, « jamais ». Le SSES a permis des échanges interprofessionnels (29/171) tandis que les apprentissages collectifs autour de « l'encadrement » entre ESI et AS rapportent 37/171 commentaires. Une action collective a été réalisée autour de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral entre ESI et étudiants ergothérapeutes (7/171) tandis que 15 répondants rapportent des apprentissages avec des EMK. Étudiants de médecine et ESI ont appris ensemble pour 7/171 répondants tandis que l'apprentissage avec les autres paramédicaux est évoqué de manière trop isolée pour être significative. Cependant, c'est entre ESI que les apprentissages sont les plus nombreux : 36/171 en stage et 15/171 dans les IFSI. Quant à la recherche scientifique, le SSES est évoqué 10 fois/46 retours alors que cette action de promotion de la santé ne relève pas de la recherche. La recherche est partagée 8/46 fois entre ESI et 3/46 fois entre ESI et internes en médecine, ESI et EMK, ESI et AS. Cependant, c'est principalement lors des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de l'enquête exploratoire du mémoire de fin d'études que ces interactions ont eu lieu. À noter que 58 % des répondants n'ont « jamais » réalisé d'activités de recherche avec les autres paramédicaux et 25 % l'ont « rarement » fait. Or, les résultats du Chi2 montrent que cette activité soutient le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles.

7.5.2.4. Les apprentissages partagés d'actes techniques

Seuls 22,5 % des répondants ont « souvent » réalisé des apprentissages techniques avec d'autres paramédicaux pendant leur formation, 26,3 % l'ont fait « rarement » et 39,1 %, « jamais ». Les apprentissages techniques en interprofessionnalité ont fait l'objet de 120/723 retours. 50/120 réponses révèlent des apprentissages entre ESI tandis que 2/120 évoquent la « manutention » avec les étudiants AS et 1/120 avec les EMK. 5/120 retours font référence à l'apprentissage des prises de sang aux étudiants dentistes, médecins, laborantins, sages-

femmes, manipulateurs de radiologie. Enfin, 12/120 personnes interrogées rapportent une action d'apprentissage de lavage des mains avec les EMK. Les apprentissages cloisonnés semblent ainsi être la norme en formation initiale, sauf entre ESI et étudiants AS. Pourtant, les résultats du Chi2 montrent que ces apprentissages soutiennent le développement des CCIP : apprendre ensemble est le préalable au travail collaboratif.

7.5.2.5. Le niveau d'importance accordé à la collaboration interprofessionnelle

La littérature met en exergue l'idée que plus les collaborateurs croient en l'action collective, plus ils collaborent (Karsenty, 2013 ; Kosremelli-Asmar et Wacheux, 2007). L'analyse des *verbatim*s témoigne de l'intérêt porté à l'interprofessionnalité par les répondants. 33,47 % des répondants déclarent que la CIP est « importante » et pour 66,39 %, elle est « très importante ». 74/723 répondants apportent des commentaires à cette question. Il apparaît qu'ils plébiscitent l'interprofessionnalité pour assurer une « prise en charge globale », « holistique », pour « assurer la continuité des soins » et pour enrichir leurs « connaissances médicales et leurs pratiques ». Pour la majorité des répondants, l'interprofessionnalité est toujours « au bénéfice du patient » ce qui fait consensus dans les référentiels canadiens retenus par le cadre théorique. Mais pour collaborer, il faut que « tous les professionnels soient convaincus » et que certains acceptent « de partager leurs savoirs ». Pour beaucoup, trop de « chapelles » existent, les soins sont « trop cloisonnés » et « certains professionnels sont fuyants, [ce qui] leur évite de trop s'impliquer ». Ainsi, « Il ne faut pas se laisser marcher sur les pieds » car « [les autres paramédicaux] ont tendance à tout savoir » et manifestent « un manque d'ouverture sur l'autre ». Pour 4/74 répondants, l'interprofessionnalité est à développer à l'IFSI et 6/74 répondants estiment qu'il faut « reconsidérer le statut d'infirmière » car l'IDE n'est pas très « reconnue » ; elle reste « en-dessous de tous ». Les répondants rappellent ici les notions de pouvoir, de territoires et de conflits mais aussi de stéréotypes qui sous-tendent la CIP.

7.6. « Voulez-vous rajouter quelque-chose » ?

48/723 répondants se sont exprimés librement en fin de questionnaire. Il apparaît que les prises en soin comme les formations restent trop « cloisonnées ». Un répondant regrette même le cloisonnement des « soirées étudiantes ». Pour certain, il « faudrait se connaître dès la formation » et « changer les mentalités ». Les notions de « hiérarchie », de « supériorité » sont prégnantes et le vocabulaire renvoyé aux ESI par les étudiants paramédicaux lors d'interactions (SSES principalement) signifie leur « manque d'intelligence », les qualifie

« d'idiots » et dit tout le mépris qu'ils nourrissent à leur égard. Enfin, les retours expriment la volonté des répondants IDE de mutualiser et la difficulté des autres paramédicaux à s'engager dans la collaboration. Ils ne voudraient « renoncer ni à leur pouvoir ni à leur liberté ».

CHAPITRE 8. PROLONGEMENTS

8.1. Compétences collaboratives et nature des stages : « soins invisibles » *versus* « visibilité des soins »

Les stages font partie des expériences en formation (Sicotte et al., 2002). Dans notre étude, les résultats quantitatifs et qualitatifs se font écho. Ils montrent que la typologie des stages influence le développement des CCIP, ce dont la littérature fait peu état. Sans préciser la nature des services de soins concernés, le CPIS (2010) désigne cependant le contexte de la pratique comme facteur d'influence du déploiement de la CIP. Le rapport de Sottas et de ses collaborateurs (2016) recommande d'ailleurs, dans le cadre de l'EIP, des exercices présentant un faible degré d'urgence en termes de soins. L'EIP envisagée dans ce type de contexte semble ainsi corroborer les retours des répondants.

Notre étude met au jour plusieurs types de stages porteurs : la psychiatrie, les soins de longue durée et les soins de suite et de réadaptation. L'interprétation de nos résultats, réalisée à partir de faibles effectifs, invite cependant à la prudence en particulier pour la santé mentale. La question posée aux répondants : « Diriez-vous que vos stages ont été principalement réalisés en (durée cumulée) », a sans doute révélé des résultats proches de la réalité pour la psychiatrie (rarement cumulée) mais ces résultats mériteraient d'être vérifiés. Cependant, nous pouvons avancer que la psychiatrie, le long séjour, les soins de suite et de réadaptation sont proches par la dimension collective et holistique des prises en « charge », par la durée des soins et par leur nature. Or, la routine quotidienne soutient favorablement l'interprofessionnalité (Braithwaite et al., 2012). Caractéristique de ces services, la routine s'inscrit en effet dans la répétition de micro-actes, de soins « domestiques » (Arborio, 1995), souvent considérés comme des activités de maternage éprouvées par les plus âgés et les AS, elles-mêmes rompues au « travail invisible ». Ainsi, l'expérience des routines quotidiennes peut en partie expliquer la capacité des plus âgés et des AS à développer leurs CCIP, qui se déploient dans le temps et qui se vivent dans l'intersubjectivité des relations. Les métiers du soin admettent en effet une dichotomie entre l'acte de soin visible, compté, et sa part d'invisibilité :

Habituellement, ce qui est reconnu par l'organisation concerne la partie « productive » du travail, la partie visible, mesurable, palpable, quantifiable dans ses déclinaisons statistiques [...]. L'exigence de prise en compte du travail réel nécessite, d'une part, de considérer les aspects immatériels du travail, les investissements subjectifs, les savoirs et les valeurs, les implications et “ l'intelligence rusée appelée métis ” chez les grecs et d'autre

part, les appuis sur les collectifs sans lesquels ces aspects sont voués au délitement. (Aiguier, 2017, p. 40)

Les plus âgés semblent avoir déployé et intégré les dimensions subjectives du métier en prenant appui sur la CIP. Ce travail invisible, qui ne donne que très peu lieu à des enseignements, compte pourtant pour un tiers de l'activité des infirmiers (Lanquetin, 2018, p. 43). Ainsi, les étudiants en reprise d'études, plus âgés que les autres, semblent ne pas être liés à leur nouvelle profession par une « nomenclature d'actes ». La quête est ailleurs. Pour Fustier, Professeur de psychologie, les plus jeunes s'inscrivent dans la « professionnalité de niveau un » définie par le contrat de travail (Fustier, 1999, dans Lanquetin, 2018, p. 49). En revanche, les AS et les plus diplômés auraient atteint une « métaprofessionnalité » capable d'intégrer, mais aussi de déborder le premier niveau de professionnalité. Fustier avance que, en déployant une part d'eux-mêmes dans leur travail et la part subjective du métier, les futurs infirmiers donneraient plus de sens à leur activité, sens qui justifierait les interactions informelles du quotidien auprès des autres professionnels du soin.

Notre étude révèle que ni la formation, ni les dispositions individuelles ne suffisent à développer les CCIP. Sauf à avoir plus de trente ans et à reprendre ses études. Il apparaît ainsi nécessaire d'analyser nos résultats sous l'angle de la maturité et de l'expérience.

8.2. Âges, expérience et reprise d'études

Pour analyser nos questionnaires nous avons établi deux tranches d'âges : les répondants de moins de trente ans et ceux de plus de trente ans. Cependant, il ne faut pas considérer ce découpage comme des limites figées car depuis les années 80, un « brouillage » des âges ne permet plus cette rigidité (Boutinet, 2013). Nous envisageons ici de ne pas discuter la définition du statut « d'adultes » des répondants mais d'interroger plutôt leur reprise d'études. Boutinet (2013) rapporte une mutation culturelle et psychologique qui permet d'affirmer que, « être adulte », est un concept dynamique et difficile à appréhender. Pour lui, c'est « l'âge d'assumer des responsabilités, autant dans le sens d'être responsable que d'avoir des responsabilités ; [être adulte] n'est plus, ou de moins en moins, l'âge de transmettre ou d'éduquer : c'est là une mutation significative » (Boutinet, 2004, p. 16). Plus que des étapes prédéfinies, linéaires, la question de la responsabilité est mise en avant dans cette définition. Le psychologue avance « la perte d'automatisme et d'uniformité des étapes de notre vie adulte » et rajoute que « ces étapes sont dorénavant jalonnées de choix, de perspective sans cesse à redéfinir, d'accidents à conjurer ou à assumer » (Boutinet, 1995, p. 52). Pour l'auteur,

dans l'environnement flexible et imprévisible imposé par nos sociétés, le « jeune adulte » va devoir aménager son parcours de vie, ce qui le différencie de « l'adulte accompli » :

On ne peut rattacher la période de création chez un individu à une tranche d'âge déterminée de sa vie adulte ; cette période sensible pourra évoluer selon les individus et les circonstances ; en revanche, il est sûr que le jeune adulte ne créera pas de la même façon que l'adulte accompli. (Boutinet, 2020, p. 55)

Les individus de plus de 26 ans, n'habitent plus chez leurs parents pour 95 % d'entre eux (INSEE, 2015). Ils connaissent des responsabilités familiales et des contingences financières, enjeux déterminants dans la reprise d'études. La population étudiée est en grande majorité féminine, aussi, les ruptures comptent dans leur reprise d'études. Mais hommes ou femmes, il s'agit pour les futurs apprenants de chercher le moment le plus opportun pour s'autoriser à reprendre des études sans impacter leur vie personnelle. Pour Dubar (2000), sociologue, l'attente de changement permet déjà la mise en place d'une stratégie dite « identitaire ». Les reprises de formation procèdent donc d'un processus de maturation. Elles constituent des transitions qui peuvent s'opérer de diverses manières, aussi, c'est leur nature qui détermine l'engagement des individus dans une nouvelle étape. La transition imposée se distingue en effet de la transition volontaire. La première n'est pas anticipée ce qui freine sa valeur émancipatrice tandis que la deuxième favorise les chances d'accomplissement (Boutinet, 2014). La transition anticipée est désirée, préparée, et permet à l'adulte de se réaliser. Dans le cas de la reconversion professionnelle choisie – celle des AS et des répondants les plus âgés –, l'engagement est total. Cependant, la transition peut s'avérer difficile ; alors qu'il s'engage à nouveau, l'individu va embrasser une nouvelle identité professionnelle.

8.3. Remaniements identitaires et reprises d'études : la formation tout au long de la vie

Parce qu'il cumule rôle d'étudiant, de professionnel, de citoyen, le nouvel apprenant doit faire face à plusieurs remaniements identitaires. Car l'identité n'est pas un processus linéaire. Les situations rencontrées, les expériences vécues et accumulées, les échanges multiples, vont transformer l'identité des individus : « L'identité se constitue essentiellement dans les interactions sociales de l'individu avec son environnement » (Bourgeois, 2007, p. 67). Ainsi, comme les âges de la vie, l'identité n'est pas figée : « Il y a aujourd'hui un consensus pour supposer que chaque individu (et chaque groupe) peut disposer, successivement ou même simultanément, de plusieurs identités dont la matérialisation dépend du contexte historique,

social et culturel où il se trouve » (Lipiansky et al., 2015, p. 18). Au gré des évènements de la vie, l'identité de l'individu va prendre des formes différentes. Ce qui ne signifie pas qu'il sera un autre. C'est toute la difficulté de la définition du terme. Évolutif, le processus identitaire n'empêche pas que « le sujet garde une conscience de son unité et de sa continuité, de même qu'il est reconnu par les autres comme étant lui-même » (Lipiansky et al., 2015, p. 23). Monde social et identité sont ainsi extrêmement imbriqués. Déjà, Freud avait établi ce lien. Pour lui, « autrui » joue

Le rôle d'un modèle, d'un objet, d'un associé ou d'un adversaire [...] de telle façon que la psychologie individuelle se présente dès le début comme étant en même temps, par un certain côté, une psychologie sociale dans le sens élargi et pleinement justifié du mot. (Freud, 1921, dans Lipiansky et al., 2015, p. 9)

L'individu cherche ainsi une appartenance et une reconnaissance à travers autrui. Cette quête va parfois générer des conflits entre identité pour soi et identité prescrite par la société, ce qui va faire naître une tension identitaire à l'origine de la motivation. Pour réduire cette tension, « L'individu aura tendance à s'engager dans une action – de formation, par exemple – et à soutenir son effort dans cette action s'il estime que cette action conduit à une réduction de la tension » (Bourgeois, 2007, p. 69). Ces tensions vont générer évitement, ou désir d'agir : « le degré d'implication du sujet dans le processus de formation et le sens que prend pour lui son engagement sont largement liés à sa dynamique identitaire en cours » (Bourgeois, 2007, p. 65). Pour ceux qui s'engagent dans de nouvelles études, c'est l'intensité de l'engagement qui soutient le plus le projet de formation et qui détermine la constance du comportement. Pour les apprenants en reconversion professionnelle, la motivation est proportionnelle à l'enjeu, aussi, la curiosité, la volonté, l'admiration pour autrui sont des déterminants forts de la motivation (Clouzot et Bloch, 1981). Dans sa volonté de ressembler à son « modèle », l'apprenant va se surpasser et déployer de la motivation à apprendre. Mais c'est parfois de la menace, que surgit la motivation, « en particulier l'instinct de conservation avec lequel on ne plaisante pas » (Clouzot et Bloch, 1981, p. 69). Les dimensions affectives et émotionnelles de l'apprentissage ne peuvent ainsi être niées au seul profit de la dimension cognitive :

La notion de motivation représente la dimension dynamique du rapport à la formation. Son investigation concerne les aspects conatifs de ce rapport (intentionnalité, volonté, ...) en complément de ses aspects cognitifs (perception, traitement de l'information, ...) et affectifs (sentiments, émotions, ...). (Carré, 2005, p. 280)

Les adultes en reprise d'études « volontaires » sont donc plus impliqués dans la formation et déploient des pans importants de vie personnelle et d'expériences professionnelles dans la relation à l'autre. Enfin, le sentiment d'auto-efficacité vient parfois soutenir la motivation (Bandura, 2003) et peut justifier l'engagement des étudiants en reprise d'études dans l'apprentissage.

8.4. Engagement et reprise d'études

L'engagement se définit comme « la participation active, l'investissement volontaire, intensif et soutenu de l'étudiant dans les diverses activités d'apprentissage qui lui sont proposées ou qu'il se donne à réaliser » (Pirrot, 1995, p. 59). Les adultes « accomplis » s'engagent de manière positive dans leurs études ce qui les conduit à la réussite de leur formation (Vallée et al., dans Pirrot, 1995). Leur manière d'apprendre est différente : ils privilégient des comportements d'études globalistes – ils distinguent l'essentiel de l'accessoire – et ils mobilisent des processus de métacognition plus que les autres (Pirrot, 1995). Ces adultes « accomplis » déploient des stratégies qui leur permettent de prendre conscience de leurs processus d'apprentissage, d'en analyser les résultats et de les évaluer pour les réguler. La métacognition et l'investissement sont ainsi constitutifs de leur réussite (Pirrot, 1995). Le sentiment de compétence vient aussi en soutien aux adultes « accomplis ». Ils se sentent aussi performants que les jeunes apprenants, au regard de la prise de notes et de la mémorisation. Enfin, ils affirment l'influence positive de leurs diverses expériences passées sur la formation et sur ce sentiment de compétence (Vallée et al., 2010).

La formation d'infirmière commence par l'acquisition de la compétence 3 : « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ». Les anciennes AS, expérimentées, maîtrisent parfaitement ces soins ; elles se sentent capables de réussir, au moins dans un premier temps. Ce sentiment renforce leur perception d'auto-efficacité :

Les perceptions d'efficacité interviennent également de façon puissante dans la régulation et la persistance des efforts en cours d'action, par exemple dans le cas des apprentissages [...] le sentiment de compétence est, en effet, fortement corrélé à l'usage de l'autorégulation des apprentissages et de la métacognition, ainsi qu'aux expériences émotionnelles liées à l'action considérée. (Carré, 2005, p. 138)

La construction du sentiment d'efficacité personnel prend sa source dans les expériences actives de maîtrise (Bandura, 2003). Ces expériences sont caractérisées par la réussite de performances complexes dont les difficultés ont été surmontées. La réussite démontre la

capacité des apprenantes à réussir, ce qui renforce leur engagement dans la formation, les interrelations et la collaboration. Pour Bandura (2003), le sentiment de compétence trouve aussi son origine dans l'expérience vicariante qui permet à l'individu d'évaluer ses propres capacités au regard de celles des autres. Expertes en leur domaine, les AS deviennent parfois des modèles pour les autres étudiants et dans la comparaison à autrui, elles prennent conscience de leurs propres compétences. Dans le cas de l'apprentissage de la compétence 3, les AS maîtrisent les invariants de la profession, ce qui participe de leur reconnaissance. La maîtrise des gestes métier leur permet d'appartenir à une communauté professionnelle tandis que les autres étudiants devront se les approprier. C'est donc le style professionnel qui est reconnu par autrui – les formateurs et les pairs –, ce qui va permettre de maintenir la coopération (Jorro, 2009, pp. 26-27). Cependant, la reconnaissance des pairs est constitutive de trois dimensions : la reconnaissance du travail réalisé, la reconnaissance du professionnel et la reconnaissance de la valeur de l'engagement du professionnel dans son activité de travail (Houot dans Jorro, 2014). La reconnaissance convoque ainsi la subjectivité et « la production de soi dans le monde psychique » (Houot, dans Jouot, 2014), au-delà de la simple production de biens et de services :

La reconnaissance de soi par autrui constitue la fin recherchée par les hommes et les femmes dans l'activité de travail et par conséquent la possibilité ou l'espoir de l'obtenir doivent préexister à la mobilisation subjective des individus. C'est la dimension sociale de l'ingéniosité au travail qui se trouve ainsi mise en avant. (Jobert, 1999, dans Carré et Caspar, p. 13)

D'abord portée sur « le faire », la reconnaissance change ensuite de niveau. Elle est « rapatriée dans le registre de l'être par le sujet lui-même » (Dejours, 2007, pp. 66-67). C'est dire l'enjeu de la reprise d'études pour les étudiants les plus âgés.

8.5. Les aides-soignantes

Les AS arrivent en formation avec leurs savoirs, construits en milieu de soins. Mais ces savoirs sont pour la plupart invisibles. La sociologie les qualifie de savoirs « profanes », « domestiques » (Acker, 2009 ; Arborio, 2001) ou de « savoirs d'expérience ». La caractéristique de ces savoirs est d'être peu considérés (Molinier, 2013). Ils relèvent des soins d'hygiène et de confort et concourent au maintien des fonctions vitales. Ils sont définis comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour apporter du confort au patient dans le domaine physique, émotionnel, social et spirituel » (Acker, 2009, p. 64). Ces savoirs domestiques sont le produit des expériences nombreuses des AS et prennent corps dans les

interactions avec les patients vulnérables et les autres professionnels. Bien que partagés par le groupe professionnel, ces savoirs profanes dits « invisibles », se distinguent de la science des professionnels de la médecine. Cette distinction pousse les AS à mobiliser leur pouvoir d'agir dans leurs activités (Acker, 2009). Car le *care*, qui s'oppose au *cure* comme partie thérapeutique de la médecine, est délégué aux AS alors qu'il relève aussi du rôle propre infirmier. *Dirty work* ou « sale boulot » (Hugues, 1951 dans Arborio, 1995, pp. 94-95), ces gestes sont mal considérés socialement et sous couvert de collaboration, les infirmières mettent à distance la partie dévalorisée de ce travail. Parce qu'elles ont affaire au plus trivial (déjections, corps souffrant) ces fonctions sont symboliquement humiliantes. Ces soins construiraient même, chez les AS, une identité minoritaire et dominée (Dorlin, 2006). Ni légitimes, ni reconnues, les AS ne seraient pas parvenues à instaurer une relation positive à elles-mêmes et resteraient soumises aux fonctions « invisibles » du soin. Elles ne s'autoriseraient donc pas à investir les activités cognitives et réflexives, contrairement aux plus diplômés.

Plus que pour toute autre catégorie de répondants, la reprise d'études des AS peut être considérée comme une revanche sociale sur elles-mêmes et sur la reconnaissance juridique d'un statut par l'obtention d'un diplôme. Le philosophe social allemand Honneth développe l'idée que la lutte pour la reconnaissance prend sa source dans l'expérience du mépris, dont la honte est constitutive (Honneth, 2010). La reprise d'études est ainsi, pour les AS, une revanche sur le mépris social et un enjeu personnel important. Elle soutient leur motivation et justifie leur engagement. Les plus jeunes quant à eux, contournent le mépris social en investissant la part visible du soin et en mettant à distance les savoirs « domestiques ». La motivation, constitutive de l'expérience des AS, est ainsi un puissant moteur d'engagement.

8.5.1. L'expérience

Nos résultats avancent l'idée que pour les étudiants en reprise d'études, les apprentissages tirent leurs spécificités de l'âge et de l'expérience ; aussi,

L'adulte, [...] inséré dans son environnement et non séparé de son milieu par des institutions scolaires, apprend en grandeur nature à partir des problèmes qui se posent et non de façon formelle. En outre, dans ses apprentissages, la possibilité d'opérer une distanciation critique lui permet de relativiser ce qu'il apprend. (Boutinet, 2013, p. 82)

Les adultes « accomplis » en formation possèderaient une capacité réflexive supérieure aux apprenants les plus jeunes, ce que semblent justifier nos résultats : plus encore que les AS,

les répondants maîtrisés accusent des pourcentages très élevés en ce qui concerne les apprentissages théoriques et les activités réflexives. Mais cette capacité à opérer une « distanciation critique » appelle des exigences et des attentes élevées. Les adultes en formation attendent des savoirs ciblés dans leur domaine de compétences et des objectifs clairement formulés : ce qui ne fera pas sens pour eux sera considéré comme une perte de temps. Les nouvelles compétences doivent ainsi être rapidement mobilisables et se manifester, de préférence, par une promotion sociale.

8.5.2. Les savoirs d'expérience

Notre étude montre combien les savoirs d'expérience influencent le développement des CCIP des étudiants infirmiers. Il apparaît que c'est une voie majeure de développement de la formation des adultes. Le savoir expérientiel est en effet un objet de préoccupation de l'andragogie (Mayen et Mayeux, 2003, p. 16). Cependant, l'expression est polysémique et peu aisée à définir :

Ces savoirs semblent désigner d'une part, la formulation par un acteur des énoncés relatifs à son action professionnelle, élaborés selon lui, en interaction avec d'autres personnes dans le cadre de son activité professionnelle, bénéficiant d'une reconnaissance, d'une validité et d'une efficacité particulière et d'autre part, de la construction d'un rapport entre le sujet acteur-énonciateur et son activité. (Barbier, 1998, dans Arciniegas Cardoso, 2016, p. 66)

Pour Barbier et Thievenaz (2013), trois étapes permettent à l'individu de traiter l'expérience. La première, qui renvoie au vécu, est celle de l'élaboration. Elle est suivie par l'activité mentale du sujet et la production de sens. Il s'agit de la posture réflexive. La mise en lien entre compréhension du monde et interprétation caractérise la dernière étape qui ne peut advenir sans la mobilisation des ressources, des compétences et du pouvoir d'agir de l'individu (Barbier, 2013). Cette étape appuie l'idée que l'expérience a une action transformatrice sur le monde. Elle permet aux nouvelles connaissances d'émerger. Cependant, cette opération mentale nécessite de réunir « l'expérience sensible, l'intelligence (composée de savoirs scientifiques) et la volonté » (Baechler, 2019, dans Cartron et al., 2021, p. 77). La connaissance individuelle issue de l'expérience est ainsi émotive et cognitive. Elle est en partie marquée par la subjectivité : parler de son expérience, c'est parler de la face cachée de ce que les individus peuvent et/ou savent expliciter en faisant appel au éléments subjectifs, pragmatiques, singuliers, profondément ancrés dans leur vécu passé ou présent (Grasser et Roze, 2000). L'expérience professionnelle est ainsi un processus qui lie

l'individu à sa trajectoire, un processus de construction de sens. L'expression de cette expérience professionnelle est un rapport aux individus et au monde. C'est

Un ensemble de manières d'être, de penser et de faire que le sujet s'approprie dans le cours même de son travail. Il s'agit de propriétés sociales qui ont été construites dans le feu de l'action, dans l'épreuve des événements de la vie professionnelle (en partie extra professionnelle), car on sait qu'il est difficile de séparer le temps de travail et le temps hors travail. (Demailly, 2001, dans Arciniegas Cardoso, 2016, p. 67)

Les dispositifs de formation s'emploient à permettre aux étudiants de mettre leur expérience en récit (oralement ou par l'écriture) et de la partager avec leurs pairs. Les résultats de notre étude montrent d'ailleurs que les plus âgés, les plus diplômés en particulier, se prêtent plus volontiers que les autres à la mise en mot de leur expérience (APP). Mais même vécue collectivement, toute expérience prend des teintes individuelles ; tout individu éprouve singulièrement l'expérience et lui attribue un sens qui lui est propre, au regard de ses représentations, de ses ressources émotionnelles et cognitives et de son cadre de référence symbolique. En ce sens, l'expérience est bien le lieu où s'élaborent, se structurent les savoirs et se construisent les compétences. Ces éléments expliquent le développement des CCIP des étudiants les plus âgés qui, plus motivés, plus engagés et plus réflexifs pourraient « porter » et soutenir le développement des compétences de leurs pairs plus jeunes dans des formats pédagogiques adaptés. C'est ainsi que nous envisageons, dans la partie suivante, d'interroger et de comparer l'organisation des formations et le contenu des référentiels IDE et MK comme outils de professionnalisation. En effet, la collaboration interprofessionnelle ne peut s'envisager que si les référentiels trouvent des points d'ancrage communs, des visions partagées et complémentaires : faire germer une culture commune ne peut se réaliser que sur un terreau déjà riche d'éléments conjoints.

DEUXIÈME PARTIE.

CE QUI RASSEMBLE INFIRMIERS ET MASSEURS-
KINÉSITHÉRAPEUTES

CHAPITRE 1. CE QUE PARTAGENT LES INFIRMIERS ET LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES. CADRE THÉORIQUE

1.1. Ce qui est partagé

Pour les étudiants infirmiers,

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. (Arrêté du 31 juillet 2009)

Pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes,

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances, de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, et la mobilisation de ces connaissances, de ces savoir-faire en situation de soins dans le domaine de la kinésithérapie. Il s'appuie sur la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques et la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles [...]. L'enseignement s'effectue [...] au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels [...]. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation. Pendant les temps de stage, l'étudiant se trouve confronté à la pratique MK auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein d'équipes de professionnels. (Arrêté du 15 septembre, 2015)

La conception de ces deux formations est structurée autour de trois axes d'apprentissage : « comprendre », « agir » et « transférer ». Elle repose sur l'alternance intégrative qui permet de mettre en lien les expériences mutuelles institut/stage. Les situations de formation et les situations de production trouvent en effet un lien structurel dans l'apprentissage des étudiants. L'alternance ne peut se contenter d'une simple juxtaposition ni d'une forme de complémentarité ; aussi, dans ce dispositif, les formateurs⁹ et les tuteurs de stage doivent permettre aux étudiants de créer du sens et de faire des liens en questionnant leur pratique. L'organisation du « parcours de stage » s'inscrit dans les projets pédagogiques de chaque institut ; cependant, les textes réglementent les heures dédiées à l'alternance stage/institut. Pour les ESI, la formation impose 2100 heures de cours théoriques et 2100 heures de stages cliniques sur trois ans. Pour les EMK, les quatre années d'études totalisent 2000 heures d'enseignement et 1470 heures de stage. Pour prétendre au DE, les formations imposent la validation de 180 ECTS pour les ESI et 240 ECTS pour les EMK.

⁹ Lire partout formateur(s), formatrice(s), cadre(s) pédagogique(s)

Mais l'alternance n'est pas une fin en soi. Ce dispositif est considéré comme une stratégie de formation au service de la professionnalisation. Il est ainsi indispensable de construire une relation de partenariat avec les différents acteurs de la formation tout en permettant à chacun de conserver son rôle et sa zone d'autonomie. Il convient aussi d'utiliser des outils de médiation tel que le portfolio, outil commun aux ESI et aux EMK, qui assure le lien entre les établissements de formation et les lieux de stage. L'enjeu de la formation en alternance est en effet la construction de compétences qui repose « d'une part sur des stages optimisés et mieux outillés et d'autre part sur des unités d'enseignement permettant l'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation professionnelle » (Coudray et Gay, 2009, p. 40). Les objectifs des référentiels de formation sont clairs. Pour les IDE, il s'agit 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 ». L'étudiant doit « devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions [...] et de mener des interventions, seul et en équipe pluriprofessionnelle » (Arrêté du 2 septembre 2009). Pour les EMK, « la formation doit permettre le développement de l'esprit scientifique, de la problématisation et de la réflexivité, transposables dans les pratiques professionnelles », « d'acquérir des connaissances, [...] , d'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles, [...], de prendre progressivement des initiatives et des responsabilités, de reconnaître ses émotions » et « de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants » (Arrêté du 2 septembre 2015). Pour les ESI comme pour les EMK, la finalité des formations est centrée sur la professionnalisation ; les apprentissages visent l'acquisition de compétences. Les cadres pédagogiques doivent ainsi renoncer à la simple transmission des savoirs, à la pédagogie par objectifs, à l'apprentissage pratique centré sur la tâche, pour privilégier le développement de la réflexivité par des méthodes pédagogiques adaptées.

Pour les IDE comme pour les MK, trois référentiels coexistent : le référentiel de formation, le référentiel d'activités et le référentiel de compétences. Le référentiel de formation vise la professionnalisation des étudiants. Le référentiel d'activités définit les rôles et les missions des IDE et des MK, leurs conditions d'exercice et leur champ d'intervention. Pour les IDE, le référentiel d'activités précise aussi les actions sur prescription ou conseil médical et les actions de sa zone d'autonomie appelée « rôle propre ». Le troisième référentiel est le référentiel de compétences. Pour les IDE, la formation est en effet « articulée autour de

l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier » tandis que pour les EMK, « La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins et aux demandes de santé des personnes et de la population » (Arrêté du 2 septembre 2015). La multiplication des référentiels pose la question de leur utilisation cependant, « comment construire du sens collectif s'il n'existe pas des repères communs ? » (Cros et Raisky, 2010, p. 107).

Les référentiels permettent de fixer les pratiques communes aux professionnels. Les programmes des études en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie sont déclinés en Unités d'Enseignements (UE) en lien les unes avec les autres. Ces UE contribuent à l'acquisition des compétences et d'Unités d'Intégration (UI) qui visent l'intégration des acquis théoriques, pratiques ou expérientiels. Pour les ESI, six champs sont déclinés : les sciences humaines sociales et le droit (champ un), les sciences biologiques et médicales (champ deux), les sciences techniques infirmières (champ trois), les fondements et méthodes (champ quatre), les sciences techniques infirmières interventions (champ cinq), l'intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière et la méthode de travail (champ six). Les champs trois, quatre et cinq sont appelés « cœur de métier » tandis que les champs un, deux et six correspondent à des enseignements fondamentaux de nature universitaire.

Les ESI doivent réaliser soixante semaines de stage sur l'ensemble du cursus. Quatre types de stages sont obligatoires : les stages en soins de courte durée (médecine, chirurgie, hôpitaux de jour) ; les stages en santé mentale et psychiatrie ; les stages en soins de longue durée/soins de suite et de réadaptation, et enfin, les stages en soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie (domicile, pompiers, maisons de retraite...). Pour les EMK, Les stages doivent permettre de valider l'ensemble des compétences, d'explorer les différents champs d'exercice de la kinésithérapie (musculo-squelettique, neuromusculaire, cardiorespiratoire, vasculaire et interne) et les interventions spécifiques (pédiatrie, gériatrie, santé publique...) en clinique et hors clinique. Le référentiel de formation des MK est constitué de trois domaines de formation. Il permet d'offrir une progression pédagogique cohérente dans l'objectif d'acquisition des onze compétences du référentiel. Les trois domaines recouvrent les enseignements fondamentaux axés sur les sciences biologiques et médicales fondamentales, les sciences et ingénierie en kinésithérapie axés sur les bilans, les évaluations et technologies en kinésithérapie et les apprentissages et approfondissement axés sur les méthodes de travail et la construction du raisonnement clinique et critique. Chaque UE

contribue à l'acquisition des compétences du référentiel. Parmi les trente-deux UE de la formation, deux UE sont consacrées aux stages : l'UE 11 et l'UE 30. Les UE totalisent 42 ECTS sur les quatre années de formation, scindées en deux cycles. Le premier cycle a pour finalité la compréhension des situations professionnelles et doit permettre l'acquisition méthodologique des compétences. À la fin de ce cycle, l'étudiant doit avoir validé l'ensemble des onze compétences à un niveau « d'acquis méthodologiques » en lien avec l'UI 10 « Élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive ». La première année est centrée sur les savoirs fondamentaux nécessaires à la compréhension des pratiques professionnelles, à la découverte des formes d'exercice et à la responsabilité d'exercice. La deuxième année est orientée vers l'acquisition de la démarche de raisonnement clinique. Le cycle deux est centré sur l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et la mise en œuvre d'une intervention adaptée. Les étudiants doivent « agir avec compétence dans les situations de soin ». La troisième année est centrée sur la conception des interventions et l'acquisition des savoir-faire. L'évaluation des compétences est centrée sur les compétences « cœur de métier » (de C1 à C5). La quatrième année doit permettre l'approfondissement des compétences « cœur de métier » ainsi que la mise à distance de l'exercice professionnel et les pratiques réflexives. Ce cycle permet, grâce à l'APP et à la distanciation, le développement de capacités réflexives et le questionnement éthique de l'étudiant. À la fin de ce cycle, l'étudiant doit avoir validé l'ensemble des onze compétences à un niveau en lien avec l'UI 25, « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention » et avec l'UI 29, « analyse et amélioration de la pratique professionnelle ».

Les trois ans d'études des IDE comptent trente-six contenus d'enseignement répartis en cinquante-neuf unités d'enseignements. Il en existe trente-deux pour les EMK. Pour les IDE, neuf activités principales sont détaillées en près de cinquante activités. Les dix compétences principales infirmières sont déclinées en soixante-quinze compétences détaillées, évaluables à partir de critères et d'indicateurs. Pour les EMK, le référentiel d'activités liste dix activités principales déclinées en plus de deux-cents activités détaillées. Les onze compétences sont déclinées en cent-trente compétences détaillées. Chaque compétence est assortie de trois à sept critères d'évaluation déclinés en plus de trois-cents indicateurs. Enfin, ESI comme EMK doivent s'acquitter de temps de travail personnel qui représente neuf-cent heures pour les premiers et mille-six-cents heures pour les seconds.

Pour ces deux formations, l'analyse des référentiels montre combien la prescription curriculaire est forte. La gageure des formateurs est donc de s'employer à adapter au mieux

les méthodes pédagogiques qui visent la construction des compétences, sans trahir les référentiels.

1.2. Référentiels de compétences

Pour les deux formations, chaque compétence s'obtient de façon cumulée, par la validation de la totalité des UE en relation avec la compétence, par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évaluée lors des stages et par la validation des actes, activités et techniques de soins évalués soit en stage, soit en institut de formation. L'évaluation des connaissances et des compétences est réalisée soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés. Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition de compétences requises pour l'exercice des différentes activités inhérentes aux rôles et missions de la masso-kinésithérapie ou des soins infirmiers. Lors de la formation clinique, la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences est formalisée dans le portfolio. Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans l'acquisition des compétences.

Les dix compétences IDE (arrêté du 31 juillet 2009, annexe II), et les onze compétences des MK (Arrêté du 2 septembre 2015, annexe II) sont les suivantes :

Tableau 7 : Comparaison des compétences dans les référentiels des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes

Les dix compétences attendues pour les étudiants en soins infirmiers	Les onze compétences attendues pour les étudiants en masso-kinésithérapie
C1.Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	C1.Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique.
C2.Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	C2.Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation.
C3.Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	C3.Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage
C4.Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	C4.Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
C5.Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	C5.Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie.
C6.Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	C6.Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie.
C7.Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	C7.Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle.
C8.Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	C8.Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
C9.Organiser et coordonner des interventions soignantes	C9.Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources.
C10.Informer et former des professionnels et des personnes en formation	C10.Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe.
	C11.Informer et former les professionnels et les personnes en formation.

Loin d'être opposées, les formations d'IDE et de MK comptabilisent neuf compétences qui visent des objectifs communs, associées dans le tableau ci-dessus par des codes couleurs. Les cinq premières compétences infirmières sont dites « cœur de métier ». Elles sont spécifiques aux soins infirmiers. Les cinq suivantes sont transverses donc, communes à d'autres formations paramédicales. Les compétences transversales des MK sont les

compétences six à onze. Pour les deux formations, les objectifs des cinq compétences transversales communes sont les mêmes, ce qui permet de penser une déclinaison des enseignements fondée sur la mutualisation, en fonction des expertises et des spécificités de chacun qu'il faut veiller à conserver. Au regard des compétences attendues, les cours suivants pourraient être partiellement ou totalement mutualisés :

- C5 (IDE) et C5 (MK) : la santé publique (promotion de la santé et éducation thérapeutique)
- C6 (IDE) et C5 (MK) : les sciences humaines et sociales, le droit, l'éthique et la déontologie
- C7 : l'analyse de la pratique professionnelle et la gestion des risques
- C8 : la recherche scientifique : le mémoire de fin d'études
- C9 (IDE) et C10 (MK) : l'organisation et la coordination des soins
- C10 (IDE) et C11 (MK) : l'encadrement des stagiaires et des professionnels de soins

À bien regarder les référentiels, au-delà de ce que les compétences laissent entrevoir, les sciences biologiques et médicales (IDE) peuvent être mises en lien avec les sciences biomédicales (MK). En ce qui concerne l'anglais médical et l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU), il s'agit d'obligations pour les deux formations. Les champs un, deux et six infirmiers pourraient ainsi faire l'objet d'enseignements assurés par des universitaires, eux-mêmes issus de filières différentes.

Les enseignements liés à la CIP ne sont pas étrangers aux deux *curricula* de formation. Pour les IDE, ils sont intégrés au programme de formation *via* les UE 3.3 (S3) et 3.3 (S4). Ils s'inscrivent dans l'acquisition de la compétence 9 : « Organiser et coordonner les interventions soignantes ». Cette compétence est la seule, avec la compétence 3 des ESI, « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens », à ne pas être strictement commune aux deux référentiels. Cependant, la dimension de coordination, plus particulièrement pour les actions éducatives, est constitutive de la compétence 3 des EMK : « Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé ». La CIP est ainsi une préoccupation des référentiels de formation des IDE et des MK, mais elle n'est pas adossée à des référentiels de CCIP. Il convient alors de discuter l'approche par compétences pour entrevoir la nature des compétences collaboratives interprofessionnelles au sein de ces deux référentiels.

1.3. Le concept de compétence

Le concept de compétence n'est pas totalement stabilisé (Kiffer, 2016) :

Des définitions lacunaires, d'autres, tautologiques ou simplement inscrites dans un rapport de synonymie entre plusieurs termes et une contamination de la notion de compétence par des approches issues de la théorie des objectifs, jalonnent la littérature sur la question et rendent opaque la notion de compétence. (Jonnaert et al., 2015, p. 9)

Dans le champ de l'éducation et de la formation, la notion de compétence est polysémique. Jonnaert et ses collaborateurs affirment que, pour « qu'une compétence participe à la qualité des offres de formations, [il faut] que celle-ci soit abordée dans sa globalité et sa complexité de manière à ce que sa codification dans un programme éducatif puisse prendre en considération cette complexité » (Jonnaert et al., 2015, p. 10). Or, « dans toute complexité, il y a une part d'incertitude » (Morin, 1996). Devenir compétent, serait-ce tenter de réduire la part d'incertitude, constitutive de toute action de soin ? Pour Zarifian, « être compétent, c'est répondre à la question : que faire lorsqu'on ne me dit plus comment faire ? » (Zarifian, 2004, p. 45). Pour le sociologue, la compétence « est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente » (Zarifian, 2004, p. 81). Pour Meirieu, la compétence est un « savoir identifié mettant en jeu une ou des capacités dans un champ notionnel ou disciplinaire déterminé. Plus précisément, on peut nommer compétence la capacité d'associer une classe de problèmes précisément identifiée avec un programme de traitement déterminé » (Meirieu, 1989, dans Ministère de l'Éducation Nationale, 2010, p. 6). Perrenoud affirme qu'une compétence « permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées » (Perrenoud, 1999, dans Ministère de l'Éducation Nationale, 2010, p. 6). Pour Tardif, « une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22). Zarifian entend par « compétences », les savoirs d'action mobilisés en situations de travail réelles – qui concourent à la réussite de l'action – mais aussi, les attitudes professionnelles de prises d'initiatives et de responsabilisation. Celles-ci marquent la mobilisation personnelle de l'intelligence de l'agent et son sens du professionnalisme (Zarifian, 2003). Wittorski (2007) reprend l'idée développée par Leplat (1995) en analyse du travail, qui consiste à dire que les compétences sont constitutives de l'action, sont apprises et organisées hiérarchiquement. Pour les ergonomes, les compétences

se déploient au-delà de l'activité observable et se définissent à partir de leurs manifestations. Elles sont finalisées, apprises, situées, organisées, subordonnées à un but, et s'articulent dans la logique de l'action et dans l'ajustement à des situations professionnelles. Cette perspective met l'accent sur la dimension collective de la compétence (Largier et al., 2008, p. 5) et fait écho à la CIP comme processus « dynamique, évolutif et complexe » (Fourez, 2001, dans Robidoux, 2007, p. 12). Wittorski (2007) rajoute, au regard de l'approche cognitive des compétences, qu'elles relèvent d'une démarche intellectuelle et qu'elles combinent « protocole », « patrimoine en actes » et « valeurs ». Il souligne que les compétences sont « de l'ordre d'une combinatoire de ressources » et correspondent à « la mise en œuvre et l'adaptation de schèmes et la réalisation de processus de conceptualisation » (Vergnaud, 1996, dans Wittorski, 2007, parag. « Compétences »). C'est ainsi que l'étudiant va devoir repérer « des invariants ou des schèmes d'action », ce qui va l'aider à agir en toute situation. Enfin, la compétence renvoie à la dimension sociale alors que les compétences renvoient aux actions des personnes (Zarifian, 1997, dans Wittorski, 2007, parag. « Compétences »). Les compétences d'action renvoient aux caractéristiques de l'individu en action alors que les compétences de gestion de l'action renvoient à l'identité du sujet (Barbier et Galatanu, 2004, dans Wittorski, 2007, parag. « Compétences »). Mais il paraît difficile de tout à fait cloisonner ces deux types de compétences. Pour finir et reprendre Leplat, les compétences ne réfèrent pas seulement à l'individu mais peuvent aussi référer à un groupe dans une dimension collective (Leplat, 2001, dans Jonnaert et al., 2015). Ainsi, les compétences nécessitent de mobiliser des ressources internes et des ressources externes.

Les ressources internes peuvent être définies par « les différentes configurations psychiques ou motrices auxquelles la personne a recours en situation pour effectuer une tâche, résoudre un problème, poser du sens... En bref : agir » (Guide compétences scolaires, 2014, p. 1). Ces ressources se caractérisent par les connaissances, les capacités, les attitudes, les savoir-faire, l'expérience et les qualités personnelles de l'individu qui les « construit par ses actions sur le réel ou sur des représentations qu'elle a conçues » (Guide compétences scolaires, 2014, p. 1). Les ressources internes sont donc des potentialités susceptibles de s'activer dans une situation donnée. Elles ne sont pas stables. Elles sont le résultat d'un processus de construction culturelle de la personne. Elles sont singulières, propres à l'individu, plurielles et fondamentales. Elles « nourrissent » les compétences ; aussi, c'est le processus motivationnel des étudiants qui mobilise l'ensemble des éléments constitutifs des ressources internes. Les ressources cognitives se caractérisent par la connaissance et la capacité de

l'étudiant à traiter l'information. Il s'agit des connaissances mobilisables pour l'action ou qui l'orientent. Ce sont les croyances, les concepts, les théories, les méthodes mais aussi la capacité de leur stockage dans les différents types de mémoires, la manière de traiter ces connaissances, le fonctionnement cognitif et les modes de représentation des situations. Les moyens d'apprendre sont aussi constitutifs des ressources cognitives. Les ressources sociales sont, elles, fortement corrélées à l'identité. Elles comprennent la maîtrise des codes sociaux, l'attitude empathique, les valeurs, les connaissances liées à la culture des différents groupes d'appartenance ou des groupes que la personne projette d'intégrer, la capacité d'écoute, la capacité à communiquer. Ces ressources sont essentielles à l'acquisition et à la mise en œuvre des compétences. Enfin, les ressources émotionnelles jouent un rôle déterminant car elles alimentent la dynamique des conduites et peuvent inhiber ou favoriser l'expression des autres ressources. L'image que l'étudiant a de lui-même, la représentation qu'il se fait de ce que les autres pensent de lui, les expériences antérieures, positives ou négatives, le sentiment de compétence en situation sont autant d'éléments qui impactent la capacité de l'étudiant à agir avec compétence. Ces derniers éléments font écho aux ressources expérientielles qui vont permettre à l'étudiant de construire des règles d'action ou schèmes opératoires, véritables « passeurs » entre le registre pragmatique et épistémique (Pastré et al., 2006, p. 154).

Les ressources externes concernent les éléments, les documents de référence mis à disposition pour l'étudiant. Les ressources en stages peuvent être les guides d'accompagnement, les protocoles, les procédures, les outils d'encadrement, le livret d'accueil, le portfolio. Les ressources numériques sont considérées comme externes ainsi que les réseaux professionnels, les réseaux documentaires, les bases de données, les documents de référence, Internet. Les pairs, les formateurs sont aussi des figures auxquelles les étudiants peuvent se référer.

Ainsi, l'ensemble de ces ressources doit être combiné dans un but visé : la compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22). Cette définition porte en elle une dimension holistique de la compétence, partagée par les sciences de l'éducation (Gonczi, 1996 ; Gonczi et Hager, 2010 ; Lasnier, 2000 ; Poumay et Georges, 2017) et les sciences infirmières (Blanchet Garneau et al., 2017 ; Charrette et al., 2014 ; Garside et Nhemachena, 2013, dans Charette, 2014). Elle référence les éléments constitutifs des compétences et permet de comprendre

comment les dispositifs de formation s'en emparent pour les construire et pour favoriser le processus de professionnalisation. La professionnalisation s'inscrit en effet dans le triptyque « compétence/identité/reconnaissance » dont il faut tenir compte en pédagogie. Mais au-delà de la seule définition du concept, la compétence peut aussi être revisitée par « l'approche par compétence » (APC).

1.4. L'approche par compétences

La professionnalisation comporte trois échelons : novice, intermédiaire et compétent ; le professionnalisme en comporte deux : avancé et expert (Faucher 2009, dans Poumay et al., 2017, p. 22). Cette échelle du développement professionnel serait identique à « la logique du développement des compétences » (Tardif et al., 2017, p. 22). Il serait ainsi nécessaire, dans le cadre de la formation, de « définir des niveaux de développement pour chaque compétence » (Tardif et al., 2017, p. 23) et d'assurer une cohérence entre développement des compétences et maîtrise des apprentissages. Le développement des compétences, en particulier l'approche par compétences (APC), repose sur le modèle développé par Benner pour les infirmières (1984). Il se caractérise par cinq stades du développement de l'expertise professionnelle. Le premier stade fait de l'étudiant un « novice ». Il est encore en formation initiale. Il n'a aucune expérience clinique et se base principalement sur la théorie, les protocoles et les règles strictes afin d'arriver à des conclusions et guider ses comportements. Pour Benner, le passage d'un stade à l'autre ne s'effectue pas de façon automatique, mais survient uniquement si l'infirmier s'engage dans un processus continu d'apprentissage expérientiel. Le second niveau correspond au « débutant » qui rencontre des difficultés d'adaptation, d'organisation, de priorisation. Ce professionnel se sent dépassé et incompetent mais son niveau de pratique est acceptable. Le professionnel « compétent » organise mieux ses soins en se basant sur ses expériences antérieures. Il parvient à planifier ses interventions à moyen et long terme et est capable de réagir en situation complexe. Il est capable de prioriser. Le « performant » perçoit la situation de façon holistique. Il distingue les éléments singuliers d'une situation. Il a parfois recours à l'intuition. Enfin, l'expert « sait » ce qu'il doit faire en se reposant sur ses expériences cliniques. Il est même capable de faire preuve de créativité pour gérer la complexité des situations. Bien que le stade « expert » soit le dernier stade du modèle, il ne représente pas une finalité. Il s'agit plutôt d'une période où l'infirmier poursuit son processus de développement en innovant dans sa pratique. L'APC invite ainsi à considérer la compétence comme l'intégration de l'action et

des processus cognitifs qui la sous-tendent, à travers la complexité singulière des situations vécues par le professionnel (Tardif, 2006).

Initialement, dans son modèle, Benner (1984) faisait plus référence aux « habiletés techniques » qu'au développement des compétences. Cependant, la poursuite de ses travaux de recherche l'a engagée à reconsidérer le modèle d'APC dans une dimension holistique. Dans cette perspective, la seule vision procédurale de l'action ne suffit plus à considérer le travail déployé par les professionnels. Benner mène sa réflexion et déploie son modèle à partir des travaux du philosophe américain Dewey (1997) qui développe l'idée que l'expérience est le « fondement de la connaissance et du moteur de l'apprentissage de l'étudiant, et où cette connaissance sert à générer l'action humaine » (Morgan, 2014, dans Charrette et al., 2019, p. 6). La capacité d'agir est ainsi constitutive du contexte, de l'histoire, de la culture, des interactions et du développement de l'expertise du soignant. Les connaissances des apprenants prennent racine dans le contexte et les situations rencontrées qui ouvrent la voie à l'apprentissage expérientiel. Les théories en lien avec l'apprentissage expérientiel (Argyris et Schön, 1974) ont été synthétisées par Kolb (1984). Selon cet auteur, l'apprentissage expérientiel est « le processus par lequel la connaissance est créée à travers la transformation de l'expérience » (Kolb, 1984, p. 38). Il propose une boucle d'apprentissage expérientiel qui relie l'activité du sujet, la réflexivité, la conceptualisation et la transformation de l'expérience en connaissances. L'APC est issue de ce modèle. C'est

Un système de formation dans lequel le *curriculum* est conçu à partir des habiletés, attitudes, et valeurs associées aux rôles professionnels de l'apprenant. L'apprenant construit et intègre ses savoirs à travers des situations authentiques d'instruction caractérisées par des déséquilibres cognitifs aboutissant à l'apprentissage après résolution du problème. L'enseignant ne transmet pas de connaissances mais valide les savoirs et joue le rôle de tuteur. (Loosli, 2016, p. 50)

Les attributs de la compétence sont donc des « habiletés systémiques » qui représentent une symbiose « d'habiletés psychomotrices, cognitives et affectives » (Charette et al., 2014, p. 37). Être compétent ne peut donc se limiter à la réussite d'un acte technique. Ni à l'accumulation de connaissances. Mais sans connaissances, l'acquisition des compétences n'est pas possible ; le professionnel ne peut être compétent que s'il associe savoirs expérientiels et savoirs théoriques. L'APC a ainsi pour finalité de rendre fonctionnelle la relation entre savoirs académiques et pratiques professionnelles (Chauvigné et al., 2010 ; Wittorski, 2009). Certains détracteurs de cette approche estiment qu'une partie des savoirs

est « laissée pour compte » au profit des seules compétences attendues (Del Rey, 2009 ; Hirtt, 2009). Hirtt va jusqu'à évoquer « l'abandon des savoirs » (2009, p. 5). Pour Perrenoud (2011) savoirs et compétences vont de pair mais les savoirs qui les sous-tendent doivent interroger la pédagogie. Celle-ci oblige à penser le concept de compétences au regard de l'approche socioconstructiviste des connaissances. Le paradigme impose de faire travailler les étudiants « en situation », dans un contexte donné, à partir de connaissances (entre autres ressources affectives, sociales, contextuelles) qu'ils vont devoir construire. Mais la réflexivité s'impose surtout dans la dimension « socio » c'est-à-dire, avec les formateurs et entre pairs. Pour Jonnaert, trois éléments caractérisent le socioconstructivisme : les interactions sociales qui provoquent les conflits sociocognitifs inter et intra-individuels, l'inscription de l'enseignement et des savoirs codifiés dans un environnement social finalisé, et enfin, l'éthique et la responsabilité de l'apprenant face aux connaissances qu'il construit. Celles-ci sont en effet, « nécessairement les siennes » (Jonnaert, 2009, p. 75).

1.5. La pédagogie pour construire la compétence

Les exigences de la formation par l'approche par compétences correspondent aux cinq voies de développement de la professionnalisation développée par Wittorski. « La première voie de professionnalisation correspond au modèle de la formation sur le tas : les situations professionnelles exigent de l'individu la production de compétences nouvelles dans l'action : il s'agit d'une "logique de l'action" ». Le raisonnement de l'individu repose sur le tâtonnement et se réalise par essais et erreurs. « La deuxième voie de professionnalisation renvoie au schéma de la formation alternée [...], il s'agit d'une "logique de la réflexion et de l'action" ». « La troisième voie de professionnalisation correspond aux situations où "l'analyse des pratiques" est mise en œuvre [...]. Elle consiste à formaliser les compétences implicites produites dans l'action (voie 1) et ainsi à les transformer en savoir d'action [...] : il s'agit "d'une logique de réflexion sur l'action" ». Cette voie se réalise par « la mise en mots » de compétences soit de manière écrite, soit dans un collectif d'individus. « La quatrième voie de professionnalisation anticipe de nouvelles pratiques, par les salariés eux-mêmes. Il s'agit "d'une logique de réflexion pour l'action" ». Ces nouvelles pratiques pourront être mises en œuvre au regard de critères d'efficacité. Enfin, la cinquième voie repose sur l'acquisition des savoirs en formation initiale. Ces savoirs devront évoluer en compétences lors des situations professionnelles. Il s'agit « d'une logique de

l'intégration/assimilation ». Mais, « Se pose alors la question épineuse du transfert : comment ces savoirs s'investissent-ils dans la pratique ? » (Wittorski, 1998, p. 63).

Ces « voies de professionnalisation » répondent aux attendus de la formation des IDE et des MK. Les premiers doivent devenir des « praticiens autonomes, responsables et réflexifs, capables d'analyser toute situation de santé » et « de développer une éthique professionnelle » afin de « prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité » (Référentiel de formation infirmier, Annexe 3, 2009). Pour les seconds, le développement de « l'autonomie, de l'adaptabilité, de l'analyse critique, de la capacité à apprendre tout au long de la vie, de l'intelligence critique, de la distanciation, du référencement scientifique de ses pratiques, du non dogmatisme et la dialectisation des situations » est attendu. L'étudiant doit devenir un « professionnel de santé autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un praticien capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en mesurant les limites de ses compétences et de son rôle » (Référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes, 2015). Les objectifs visés par les deux formations sont identiques. Les attendus pédagogiques aussi. Pour les deux formations, l'acquisition des savoirs et des savoir-faire doit se construire autour de situations professionnelles rencontrées pendant la formation clinique. L'analyse réflexive de ces situations se réalise à partir de l'étude de concepts, de représentations socioculturelles, de références scientifiques, de la littérature professionnelle, de schèmes d'action et de conflits sociocognitifs. Enfin, les étudiants travaillent sur la recherche de sens dans une logique de « contextualisation et décontextualisation ».

Le paradigme commun des deux formations repose sur des méthodes pédagogiques issues du courant socioconstructiviste. Les supports pédagogiques doivent ainsi amener les étudiants à combiner leurs ressources pour atteindre la compétence visée. Mais comment passer de la prescription au développement de la posture réflexive chez les étudiants ?

1.5.1. La réflexivité

« Il n'y a pas de définition univoque ou consensuelle de la réflexivité » (Jouquan et al., 2013, p. 248) aussi, les programmes de formation clarifient peu ce concept (Correa Molina et Thomas, 2013). Cependant, les référentiels de formations insistent sur la nécessité

De favoriser les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux. (Référentiel de formation infirmiers, 2009, Annexe III)

Les éléments attendus recouvrent ainsi le « schème d'action » qui est « l'unité élémentaire de sens qui permet de rendre compte de l'activité » (Pastré, 1994, p. 22). Dans le processus d'apprentissage et quel que soit le support pédagogique, le formateur doit recourir à la pratique réflexive pour mettre au jour « des invariants ou des schèmes d'action » qui vont aider l'étudiant « à savoir agir dans une autre situation, même si son enseignement n'a pas été abordé en formation » (Coudray et Gay, 2009, p. 48). Ces éléments s'inscrivent dans des situations qui appellent un traitement « routinier », mais pas seulement. Les situations dans lesquelles aucune procédure n'existe mobilisent aussi la réflexivité. Pastré (1994) associe étroitement la conceptualisation, la réflexivité et la transférabilité de la compétence. Il affirme qu'un « processus d'analyse réflexive de la part du sujet, donc de conceptualisation, aboutit à une décontextualisation du savoir-faire, ce qui rend la compétence adaptable et transférable à d'autres situations » (Pastré, 1999, dans Chenu, 2016, p. 116). Repérer les schèmes d'action, mettre en évidence les concepts sous-jacents aux actions menées donc, faire appel aux ressources expérientielles, permet de construire la compétence. La didactique professionnelle postule en effet que l'activité est organisée par des conceptualisations et que seul le langage permet de réduire la distance qui sépare le sujet et le réel de l'activité. L'activité constructive (des compétences) peut alors prendre place dans une temporalité différente de l'activité elle-même et s'inscrire dans des activités pédagogiques réflexives.

1.5.2. Le praticien réflexif

Le « praticien réflexif » existe depuis 1983. Ce paradigme est introduit par Schön qui, avec Argyris, montrent le décalage entre « la théorie prescrite » et l'action entreprise. « Le praticien réflexif n'est pas seulement celui qui est "réfléchi", c'est celui qui se prend lui-même pour objet de sa réflexion, capable de marcher, de passer de la rue au balcon, d'adopter une position de praticien-chercheur » (Geay, 2007, dans Garnier et Marchand, 2012, p. 100). La réflexivité permet des ajustements grâce aux ressources, aux schèmes d'actions que le sujet va mobiliser. C'est aussi dans l'expérience antérieure et à partir de la réflexion menée sur celle-ci que le sujet va trouver des solutions à une nouvelle situation complexe. À distance de l'action, le sujet va puiser dans les concepts, la théorie, les connaissances, mais aussi, dans des savoirs « sur soi » (Perrenoud, 2012, p. 103) qui correspondent à des éléments plus personnels. L'objectif de la formation est ainsi de pousser les étudiants à « réfléchir sur l'action » pour revenir sur ce qu'ils ont fait « de manière à découvrir comment (leur) acte-de-savoir-dans-l'action (*knowing-in-action*) peut avoir contribué à produire un résultat inattendu » (Schön, 1987, p. 26). Pour Schön, la réflexivité au cours de l'action et à distance

de celle-ci vise la transformation de l'activité dans l'activité nouvelle. Clot modifie la focale et regarde la réflexivité sous l'angle de la « clinique de l'activité ». Pour le psychologue du travail, c'est le raisonnement qui est modifié ; le praticien réflexif doit transformer sa manière de penser pour améliorer sa pratique. Cette transformation l'engage à se décentrer. Pour le chercheur, le praticien réflexif est « celui qui ne réfléchit plus tout à fait comme avant » (Clot, 2008, p. 32).

La réflexivité prend ainsi place au cœur de la professionnalisation. Elle préside au développement professionnel par le déploiement des compétences qu'elle construit. Situer la réflexivité au cœur des dispositifs pédagogiques professionnalisants est alors fondamental, même si son opérationnalisation reste difficile (Chaubet, 2012, Collin et Karsenti, 2011).

1.5.3. Des méthodes pour développer la réflexivité

La formation doit développer une véritable culture réflexive chez l'étudiant, ce qui nécessite de l'appréhender souvent et de diverses manières. Les situations professionnelles apprenantes, l'utilisation du portfolio et la recherche scientifique sont autant de méthodes identifiées dans les référentiels de formation pour déployer la réflexivité des étudiants.

❖ Les situations professionnelles apprenantes

L'activité est déterminée par les caractéristiques de la situation de travail ce qui nécessite de penser finement les situations apprenantes au regard des référentiels, des théories, des procédures et des protocoles. Cependant, lorsque l'étudiant est confronté à des situations singulières, il ne peut avoir recours à ces seuls cadres de référence pour être efficace :

Dans sa pratique quotidienne, on ne compte plus les jugements de qualité, l'expertise et la pratique réflexive pour lesquels [le praticien] ne pourrait formuler de critères adéquats et il fait montre d'habiletés dont il ne peut expliquer ni les lois ni les procédures. Même lorsqu'il utilise consciemment des théories et des techniques, il s'appuie sur des reconnaissances, des jugements et des compétences qui sont tacites. (Schön, 1994, p. 76)

Travailler sur l'agir professionnel apparaît ainsi incontournable et interroger la dimension « cachée » de l'action, indispensable. Le rôle des formateurs est donc de créer les conditions d'apprentissage par « situations » pour mettre au jour la mobilisation des savoirs et savoir-faire tacites. Les référentiels de formation insistent sur la nécessité de faire travailler les étudiants à partir de situations professionnelles apprenantes choisies avec des professionnels en activité. Ces situations doivent être « singulières » mais suffisamment « plurielles », complètes, diverses, pour permettre de reproduire et de transférer des compétences à d'autres

situations. Les situations doivent aussi mettre au jour des facteurs signifiants susceptibles de révéler les connaissances et les ressources des étudiants. Les « situations-problèmes » sont choisies dans une famille de situations. Elles sont dites « emblématiques » des situations rencontrées dans le contexte de soins et constituent un support au transfert des apprentissages et à l'acquisition des compétences.

❖ Le Portfolio

« Le portfolio constitue une modalité d'intégration non seulement des diverses expériences vécues par l'étudiant, mais aussi, des diverses évaluations qui ont jalonné son parcours de formation, où on attend de l'étudiant, dans tous les cas, qu'il applique sa réflexivité » (Poumay et Maillart, 2014, p. 1). Le portfolio sert à tracer les preuves de l'action étudiante, preuves assorties d'une argumentation réflexive liée aux référentiels de compétences. L'étudiant doit prendre conscience de sa pratique singulière, tenter d'en comprendre les effets et construire des savoirs transférables dans d'autres situations. Le portfolio permet de consigner la progression de l'étudiant et d'assurer la communication entre les lieux de stage et les instituts de formation. Les analyses de situations rencontrées en stage sont rédigées sur un document dédié et organisé selon les *items* suivants : questionnement, problématique, connaissances, proposition d'hypothèses, difficultés rencontrées, réajustements envisagés. La rédaction de ces analyses permet aux étudiants de conduire une réflexion verbalisée, en référence au socioconstructivisme. Or, l'écriture réflexive est « une écriture singulière, impliquée, expérientielle, qui comporte des dimensions narratives, descriptives, argumentatives et prospectives » (Snoeckx, 2011, p. 7). En écrivant, l'étudiant est à l'origine des actions qu'il doit structurer pour lui et pour autrui. Ce travail est souvent l'objet d'ateliers d'APP menés en groupes restreints entre pairs, avec les formateurs, et parfois, avec des psychologues. Pour ne pas obtenir de simples données descriptives, l'usage du portfolio doit en effet être supervisé. Cette supervision doit aider l'étudiant à s'observer, à penser, à décider, à agir, à mettre en lumière ce qui s'est joué dans son activité, en la mettant à distance. Ces interactions (avec les pairs, les formateurs) provoquent métacognition et conflits-sociocognitifs et permettent de dégager des éléments d'analyse dont la transposition dans d'autres situations est escomptée.

Si l'ESI doit, à l'issue de dix semaines de stage, réaliser deux analyses de situations et/ou activités rencontrées en stage, l'EMK doit lui aussi analyser ses capacités développées en stage. Pour les EMK, les stages trois et quatre sont en lien avec l'UI 10 « Élaboration du

raisonnement professionnel et analyse réflexive » et le stage sept doit permettre d'acquérir, entre autres, les compétences réflexives sur l'exercice professionnel (C6 à C11) (Arrêté du 15 septembre 2015).

❖ Le Mémoire de fin d'études (MFE)

Le MFE est source de réflexivité. La recherche n'est pas seulement la rédaction d'un travail qui viendrait valider les formations, elle a aussi l'ambition de développer un processus réflexif présidant les décisions. Le MFE permet de partir des expériences de terrain et d'éviter l'écueil qui consiste à penser que l'objectif de la formation est de transférer la théorie dans la pratique. Développer la capacité à interroger, à critiquer la littérature scientifique au regard de sa propre pratique, de ses connaissances, des résultats escomptés ou obtenus, c'est construire un praticien adaptable aux situations complexes, à la singularité des patients et aux attentes des référentiels de formation. Mais pas seulement :

Productrice de savoirs nouveaux dans des situations mobiles, l'activité de recherche contribue probablement à la flexibilité identitaire et à la production continue de professionnalités qui paraissent être exigées tant par les nouvelles formes de gestion des ressources humaines (appel aux polycompétences, aux compétences transversales, élargies, complexes, aux capacités d'évolution) que par les nouveaux modes d'organisation. (Barbier et Demailly, 1994, p. 66)

La recherche scientifique semble ainsi être l'une des voies de professionnalisation privilégiée pour faire le lit de l'interprofessionnalité par la « flexibilité identitaire » qu'elle engage et par sa capacité à développer des compétences « transversales ».

Transversales ou collaboratives interprofessionnelles ?

Les principes de formation des IDE et des MK reposent sur des visions communes de la formation et de l'apprentissage. Ces visions ouvrent des opportunités collaboratives soutenues par les orientations politiques et justifiées par le contexte sanitaire et social actuel. La nature des deux formations, les éléments communs, les buts poursuivis par les référentiels nous engagent ainsi à faire travailler les étudiants IDE et MK ensemble, pour développer leurs compétences collaboratives interprofessionnelles. Mais avant d'embrasser ce projet, il faut aller plus loin dans la compréhension des CCIP afin d'en cerner non seulement la nature, mais aussi, les enjeux pour l'EIP.

CHAPITRE 2. CLARIFIER LES COMPÉTENCES INTERPROFESSIONNELLES

2.1. Les compétences collaboratives interprofessionnelles : « cœur de métier » ou « transversales » ?

Les référentiels de compétences du XXI^{ème} siècle, élaborés par les institutions éducatives telles que l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) ou la Commission Européenne, alternent « savoir coopérer » et « savoir collaborer » et désignent, pour définir la compétence transversale, tantôt une compétence complexe composée de plusieurs capacités, tantôt une spécificité transversale incluse dans d'autres compétences. Ces nuances montrent la difficulté à trouver un consensus définitoire.

Les référentiels de formation des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes comprennent respectivement dix et onze compétences. Les compétences un à cinq, pour les deux formations, sont dites « cœur de métier » car elles représentent les savoir-faire du professionnel ; en revanche, les cinq et six compétences suivantes sont dites « transversales ». Possèdent-elles les mêmes caractéristiques que les CCIP ?

2.1.1. Compétences transversales

« Une compétence est dite transversale parce qu'elle n'a pas d'ancrage disciplinaire ou professionnel. Dans ce sens, elle est générale par rapport à des compétences disciplinaires, spécifiques ou professionnelles » (Tardif, 2013, p. 22). La compétence transversale donnerait donc lieu à des apprentissages non significatifs (Tardif et Dubois, 2013). Pour Perrenoud (1995), toute compétence est « transversale » car elle mobilise des connaissances et des méthodes issues de plusieurs disciplines. Mais c'est aussi un « *no man's land* » (Perrenoud, 1995, dans Gagnon, 2008, p. 28). Les compétences transversales, appelées parfois *soft skills* ou qualifiées de « génériques », « transférables », « générales », « clefs », « de base », « non académiques », se sont développées pour les mêmes raisons que l'interprofessionnalité : pour faire face à la complexité des situations de travail. En effet, les principaux objectifs visés par le développement des compétences transversales sont de doter les apprenants de ressources susceptibles d'être redéployées dans le monde du travail, comme dans la vie. La difficulté est d'en cerner les contours car il n'existe pas de définition commune à cette notion. La variété des appellations servant à désigner la compétence transversale empêche de figer la notion et les qualités ou capacités qu'elle recouvre la rende

instable. Il peut s'agir de « savoir-être », de « capacités de communication », de « qualités personnelles », de « attitudes », de « prédispositions » et « de traits de personnalité », qui visent la capacité à résoudre des problèmes, à communiquer, à être autonome (Bailly et Léné, 2015). Les compétences transversales seraient « non techniques », autrement dit non reliées à une tâche précise ou à un contexte professionnel particulier (Afriat et al., 2006, dans Starck et al., 2019, p. 4). Elles seraient non disciplinaires (Demeuse et al., 2006, dans Starck et al., 2019), voire construites contre une logique disciplinaire (Johsua, 2002, dans Starck et al., 2019), en cohérence avec l'idée d'une acquisition supposée informelle (Werquin, 2010, dans Starck et al., 2019). Les dimensions personnelles des individus caractérisent ces compétences. Transférables, elles sont parfois non cognitives (Heckman et Rubinstein, 2001), comportementales (Bellier, 2000), émotionnelles (Gendron, 2007), sociales. La dimension sociale de ces compétences renvoie « aux notions d'habitus et de capital culturel » (Bourdieu, 2000a), c'est-à-dire, à des manières d'être en contexte (Morlaix, 2016). Ainsi, ces compétences « renverraient des attitudes et aptitudes exigées, mais non enseignées à l'école, pour enfin se référer à des apprentissages dits "informels" émanant des différentes sphères de socialisation autres que l'école » (Berry et Garcia, 2016, dans Berthaud, 2017, p. 4). Ces dimensions de la compétence font débat. Par nature, la compétence est liée à un contexte, à des familles de situation qui visent la généralisation et la transférabilité. Comment réduire l'écart entre les dimensions individuelles de la compétence transversale et la transférabilité des compétences ?

Une recherche menée à partir de six-cent-cinquante-neuf textes disponibles sur le portail Cairn entre 1992 et 2018, met au jour plusieurs dimensions de la compétence transversale dans des champs disciplinaires très variés. En ce qui concerne le milieu hospitalier, les compétences transversales « sont des compétences associées au partage d'une même action par différents corps de professionnels » (Chuinard, 2007, dans Starck et al., 2019, p. 12). Les compétences se limiteraient donc ici aux seules actions, ce qui ne nous paraît pas suffisant pour les définir. Pour clarifier le débat, nous faisons référence à une récente étude sur les « compétences transférables et transversales » dans laquelle l'État et les partenaires sociaux interrogent les compétences transversales, au regard des critères de recrutement professionnel (France Stratégie, 2017). L'objectif de l'enseignement n'est-il pas de préparer les individus au monde du travail ? Le développement de l'APC résulte aussi de la volonté de professionnaliser les étudiants formés à l'université (Chauvigné et Coulet, 2010).

2.1.2. Des compétences communes aux compétences complémentaires

Selon la commission nationale des certifications professionnelles, les compétences transversales sont des « compétences génériques mobilisables dans diverses situations professionnelles » : « celles qui s'appuient sur des savoirs de base » et « celles qui correspondent à des aptitudes comportementales, organisationnelles ou cognitives, ou encore à des savoirs généraux communs aux métiers ou aux situations professionnelles » (France Stratégie, 2017, pp. 14-15). Les compétences transversales se déclinent en compétences « cognitives », « relationnelles et communicationnelles », « stratégiques et organisationnelles » et en « attitudes » attendues. Ces domaines approchent la définition de la compétence transversale élaborée par l'université de Montréal : une compétence transversale est « un savoir-agir d'ordre intellectuel, méthodologique, personnel, social et communicationnel qui dépasse les frontières des savoirs disciplinaires, tout en s'y déployant et en favorisant leur acquisition et leur réinvestissement dans les situations concrètes » (Université du Québec, 2006, p. 32). Pour Barr (2011), chercheur à l'Université de Westminster et spécialiste de la CIP, les compétences transversales sont des compétences « complémentaires ». Elles nécessitent le concours d'un autre professionnel de santé pour assurer la prise en soins holistique du patient. Elles s'opposent aux compétences « communes » partagées entre deux voire, plusieurs professions de santé. Pour le chercheur, les compétences transversales sont constitutives des compétences interprofessionnelles qui syncretisent l'ensemble des dimensions nécessaires aux professionnels (savoirs, habiletés, attitudes, valeurs, actions, comportements) pour travailler ensemble, quels que soient les collaborateurs : professionnels, patients, proches, bénévoles, associations communautaires (Barr, 2011, dans *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel*). Cette définition est sans doute celle qui approche le mieux le projet qui nous anime. Les compétences qui nous intéressent vont en effet au-delà des compétences communes identifiées dans les référentiels de formation IDE et MK. Elles envisagent une complémentarité circulaire des expertises de tous les acteurs engagés dans le soin. Mais en partie personnelles, psychosociales, elles sont peu revendiquées et peu identifiables dans les référentiels de formation.

CHAPITRE 3. LES COMPÉTENCES INTERPROFESSIONNELLES DANS LES RÉFÉRENTIELS DE FORMATION

3.1. La transversalité

La transversalité consiste à repérer, à partir des référentiels professionnels, des compétences supposées communes, mobilisables d'un exercice professionnel à un autre. Ainsi, pour changer de formation, de plus en plus d'aménagements existent. Ils se réalisent sur la base d'une comparaison et la recherche d'éléments communs entre la formation suivie ou l'expérience professionnelle acquise et les UE composant les programmes des diplômes convoités. Pourtant, ce qui est commun n'est ni complémentaire, ni transversal (Barr, 2011).

3.1.1. Domaines communs de compétences, domaines complémentaires de compétences

Du référentiel IDE au référentiel des MK, les terminologies qui désignent la CIP ne diffèrent pas. Une analyse fine des deux référentiels de compétences nous a permis d'identifier que les éléments lexicaux en lien avec l'interprofessionnalité, le travail collaboratif ou la coordination, ne s'inscrivaient pas plus dans les compétences « cœur de métier » que dans celles dites « transversales » (Tableau 10). Notre analyse repose sur les compétences deux, quatre, neuf et dix des IDE, et sur les compétences deux, trois, sept, huit et onze des MK (Tableau 9). C'est ainsi que certaines compétences (compétence éducative par exemple) ne sont retenues que pour les MK (C3). L'observation stricte du vocabulaire lié à cette compétence n'engage en effet la CIP que pour ces professionnels.

Tableau 9. Compétences relatives à la CIP des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers

COMPETENCES MK	COMPETENCES IDE
<p>C2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation.</p> <p>10. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique</p> <p>15. Créer et utiliser des outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant au soin des personnes</p>	<p>C2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers</p> <p>1. Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité</p> <p>5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien</p> <p>9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...)</p>
<p>C3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage.</p>	<p>C4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique</p>

<p>6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé</p> <p>8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polypathologies ou pathologies complexes</p> <p>13. Conseiller, informer ou former à la prévention en Masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités</p>	<p>6. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapiques</p> <p>12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte rendus infirmiers, transmissions...)</p>
<p>C7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle.</p> <p>1. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels</p> <p>11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif</p>	<p>C9. Organiser et coordonner des interventions soignantes</p> <p>1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes</p> <p>2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences</p> <p>3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité</p> <p>4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile</p> <p>5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale</p> <p>6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins</p> <p>7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes</p>
<p>C8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.</p> <p>6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche</p>	<p>C10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation</p> <p>1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins</p> <p>4. Superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration</p> <p>5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique</p>

	6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé
<p>C11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation.</p> <p>1. Organiser l'accueil, l'information et l'accompagnement d'un professionnel, d'un étudiant ou d'une personne en formation dans le service ou la structure</p> <p>3. Repérer et expliciter les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation ou aux professionnels</p> <p>4. Préparer et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants, ou de futurs professionnels</p> <p>5. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels</p> <p>8. Communiquer sur sa profession</p>	

Ce relevé lexical permet de mettre au jour quatre dimensions complémentaires de la CIP :

Tableau 10. Dimensions de la collaboration interprofessionnelle dans les référentiels IDE et MK

Dimension collaborative/partenariat	Dimension communicationnelle	Dimension organisationnelle/ Méthodologique	Dimension cognitive/intellectuelle
Partenaires	Outils de transmission	Élaborer	Identifier
Acteurs	Argumenter	Organiser	Créer
Pluriprofessionnalité	Transmission	Répartir	Utiliser
Équipe de soins	Conseiller	Intégrer	Synthétiser
Collaborateurs	Informar	Coordonner	Assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte rendus infirmiers, transmissions...)
Réunions professionnelles/ interprofessionnelles	Former	Coopérer	Rechercher
Staff professionnel	Traçabilité		Veiller à
Programmes pluridisciplinaires	Confronter		Choisir
Prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée	Instaurer et maintenir des liaisons [avec les acteurs, réseaux et structures]		Repérer
Autres partenaires	Information		Repérer [...] les connaissances et les savoir-faire à transmettre
Équipe pluridisciplinaire	Accompagnement		Préparer [...] des séances de formation
Autres professionnels	Expliciter		
Apprentissage collaboratif	[...] expliciter les connaissances et les savoir-faire à		
Rôle des partenaires			

<p>Acteurs (santé, social, médico-social, associatif...)</p> <p>Limites champ professionnel</p> <p>Autres compétences (autres champs professionnels)</p> <p>Différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile</p> <p>Équipe pluriprofessionnelle</p> <p>[Instaurer et maintenir] des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures</p> <p>Autres professionnels</p> <p>Collaboration</p> <p>Public de professionnels</p>	<p>transmettre aux professionnels</p> <p>[...] animer des séances de formation ou d'information auprès [...] de professionnels,</p> <p>Transmettre ses connaissances et son savoir-faire [...] aux autres professionnels</p> <p>Communiquer sur sa profession</p> <p>Superviser et évaluer</p> <p>Transférer son savoir-faire et ses connaissances [...] aux autres professionnels</p> <p>Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé</p>		<p>ou d'information auprès [...] de professionnels,</p> <p>Superviser et évaluer</p> <p>Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux [...] autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique</p> <p>Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé</p>
---	--	--	--

Ce travail de catégorisation lexicale permet de rapprocher les grands domaines des compétences transversales précités (cognitifs, relationnels, communicationnels, stratégiques, organisationnels, comportementaux) aux éléments interprofessionnels déclinés par les référentiels français. Ceux-ci ont le souci de l'interprofessionnalité mais ne la figent pas dans les compétences « cœur de métier » ni dans les compétences « transversales ». En réalité, les compétences interprofessionnelles sont constitutives de certaines compétences, sans toutes les traverser. Elles sont ainsi implicitement envisagées comme des compétences complémentaires (Barr, 2011) qui dépassent les compétences communes. Notons que cette complémentarité n'implique ici que les professionnels (dont les professionnels du social, du médico-social et de l'éducatif) alors que Barr envisage la complémentarité avec tous les autres partenaires de la prise en soins dont le patient, la famille, les associations. Le tableau 10 révèle que les dimensions « personnelles », « sociales » et « émotionnelles » n'émergent pas clairement du relevé lexical. Nous nous autorisons une petite digression qui fait sens ici : dans le référentiel infirmier, le vocabulaire du sensible, de « l'éprouvé », est très rare. Ces éléments corroborent, d'une certaine manière, notre analyse : les aptitudes psychosociales semblent être peu prégnantes dans les référentiels de formation, du moins, en ce qui concerne

les interactions entre professionnels ; car la relation soignant-soigné est une préoccupation réelle. Peu identifiables et peu identifiées, les aptitudes individuelles et psychosociales interprofessionnelles seraient-elles moins prises en compte dans la formation ? Il semblerait que ces dimensions soient « négligées » par manque de visibilité. Mais au-delà des compétences elles-mêmes, c'est du côté des enseignements que l'interprofessionnalité peut être interrogée.

3.1.2. L'interprofessionnalité dans les enseignements

Les enseignements liés à l'interprofessionnalité sont explicitement intégrés au programme de formation des IDE. Les UE 3.3 S3 et 3.3 S4 s'inscrivent dans l'acquisition de la compétence 9 : « Organiser et coordonner les interventions soignantes ». La dimension de coordination, plus particulièrement pour les actions éducatives, est constitutive de la compétence 3 du référentiel des MK : « Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé ». Les objectifs de l'UE 3.3 S3 du référentiel infirmier visent à caractériser les principaux concepts liés à la notion de travail comme la collaboration, le travail en équipe, l'autonomie professionnelle, les compétences, l'inter ou la pluriprofessionnalité, à explorer la notion de suivi des soins dans des contextes de pluriprofessionnalité et d'interprofessionnalité, à travailler les notions de postures et d'identité professionnelle, à saisir les rôles, fonctions, missions et compétences de l'infirmier et des acteurs de santé partenaires de soins et enfin, à travailler l'histoire, l'organisation et les représentations de la profession infirmière. Ces différents éléments constitutifs de l'UE éclairent, d'une certaine manière, les concepts explorés dans notre travail de thèse. Ils permettent aussi de clarifier un élément important : lors de leur prise de poste, les néoprofessionnels devraient maîtriser les notions et les concepts liés au travail collaboratif. La troisième année permet d'éclairer les modes et les secteurs d'exercice infirmiers, les partenaires du secteur social et éducatif, les modes et outils de coopération et de collaboration entre acteurs de la santé.

En ce qui concerne le référentiel des MK, quatre UE font référence à l'interprofessionnalité : au premier cycle, les UE 1 « Santé publique » et UE 2 « Sciences humaines et sciences sociales » et au deuxième cycle, les UE 14 « Droit, législation et gestion d'une structure » et UE 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique ». Les références à l'interprofessionnalité sont moins explicites que pour les IDE. Les objectifs et les contenus des cours sont plus denses et moins centrés sur l'interprofessionnalité et la collaboration.

Pour l'UE 1, l'interprofessionnalité est à travailler au cœur de l'apprentissage du « Système de santé, santé publique, politique de santé et kinésithérapie » sous l'*item* « Modèles et démarches pluridisciplinaires et interprofessionnelles ». L'un des objectifs de cette UE est aussi de « Connaître la place et les rôles des professions de santé et de rééducation ». La nécessité de maîtriser le champ du travail de l'autre semble incontournable à la formation. Dans l'UE 2, l'enseignement de « l'histoire et de la sociologie des professions de santé » et de « l'évolution des modes de collaboration interprofessionnelle et de coopération des professionnels de la santé » est visé. La connaissance des partenaires de soins ne saurait se départir de celle de leur professionnalisation dans la dimension socio-historique. Les recommandations pédagogiques précisent que « l'ensemble des connaissances abordées et des réflexions suscitées se fondent sur une approche complexe des situations et des personnes soignées ». Elles proposent un « socle interdisciplinaire utile pour le développement des compétences cliniciennes, relationnelles et sociales du futur kinésithérapeute », raison pour laquelle la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, les sciences de l'éducation, la philosophie et l'éthique sont convoquées à cette UE. Ces champs sont aussi développés par la formation des IDE en particulier dans les UE 1.1 S1 et S2 « Psychologie, sociologie, anthropologie » et 1.3 S1 et S4 : « législation, éthique, déontologie ». Ainsi, un socle commun de connaissances en sciences humaines et sociales est très nettement identifiable. Dans la perspective de la CIP, mutualiser les enseignements communs représente une opportunité. Cette mutualisation permettrait l'acculturation des étudiants, acculturation entendue comme une « notion désignant les phénomènes complexes qui résultent des contacts directs et prolongés entre deux cultures différentes, entraînant la modification ou la transformation de l'un ou des types culturels en présence » (Greesle et al., 1994). Envisager des enseignements partagés amènerait nécessairement à définir et à éclairer les cultures en présence, leurs relations, leurs représentations, leurs valeurs, leurs responsabilités donc, à construire des référents culturels communs.

Les dimensions psychosociales à développer dans les formations sont sans doute visées par les UE relatives aux sciences humaines et sociales, cependant, elles sont centrées sur la relation soignant-soigné (relation d'aide, humanité...) et se limitent souvent à une transmission de concepts. Ce constat est paradoxal car l'ethnologie, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, la philosophie, l'éthique, la déontologie devraient les mettre en avant. Ainsi, les enseignements visent rarement le développement des aptitudes psychosociales pourtant indispensables aux interactions professionnelles et

interprofessionnelles. Il semblerait donc que les compétences exigées par le modèle de co-construction, de collaboration interprofessionnelle, ne soient pas suffisamment déployées dans les formations initiales des IDE et des MK. Sans doute parce que l'opérationnalisation pédagogique n'est pas aisée à mettre en oeuvre.

L'UE 14 du référentiel des MK concerne plus particulièrement les grands principes du droit, de l'organisation et de la déontologie. L'interprofessionnalité n'est pas explicitement référée cependant, les étudiants doivent maîtriser les notions d'organisation du système de santé et des autres professions de santé. L'UE 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique » vise, dans le volet « Éducation thérapeutique du patient », la coordination interprofessionnelle et l'évaluation. Enfin, pour les EMK, « l'étudiant [...] est amené à prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions, seul et en équipe pluriprofessionnelle ». La formation doit aussi développer « l'aptitude au travail en équipe et à la coordination » (Arrêté du 2 septembre 2015). Pour les IDE, l'article L.4311.1 du code de la santé publique précise qu'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 » (Arrêté du 31 juillet 2009).

3.1.3. L'interprofessionnalité : de la prescription à l'activité réelle

Les compétences collaboratives interprofessionnelles « transcendent » les référentiels IDE et MK, ce qui interroge les apprentissages informels dans les formations initiales, mais aussi, ce que d'aucuns revendiquent sous le nom « d'éthique de l'enseignement ». Car l'apprentissage du discernement éthique « va bien au-delà de la simple acquisition d'un répertoire de connaissances, de codes – tels que les codes de déontologie – et d'habiletés » (Legault, 2010 ; Jutras, 2011 dans Parent et al., 2013). La collaboration se joue en effet dans « l'inter » et fait place à la dimension subjective de la relation que les référentiels ont des difficultés à décliner, surtout dans sa mise en oeuvre. Les référentiels cèdent plutôt la subjectivité à des listes de savoirs, principalement disciplinaires. Comment réduire alors l'écart entre la normativité des référentiels et les activités de travail, par « définition dynamiques, labiles et situées ? » (Clot, 2004, dans Balas, 2016).

L'approche biomédicale et la parcellisation des enseignements ne favorisent pas la rencontre des étudiants avec les dimensions interculturelles, interpersonnelles, et personnelles des apprentissages ; aussi, les référentiels de formation ne les déploient guère. C'est en substance ce que nous avons montré lors du relevé lexical des référentiels : les caractéristiques

psychosociales nécessaires aux interactions interprofessionnelles sont peu explicites. En réalité, l'intégration des valeurs, des dimensions affectives et émotionnelles de l'apprentissage, des finalités individuelles et collectives sont difficiles à transposer, du moins en terme de pédagogie : « On sait que les attitudes que les futurs professionnels de la santé développent ne sont pas tant influencées par les cours formels qu'ils reçoivent, que par le *curriculum* caché » (Brazeau-Lamontagne et Masson, 2006 dans Parent et al., 2013, p. 124). C'est dans cette lignée que Bolly (2013) propose l'apprentissage du « discernement éthique ». La chercheuse précise que cet apprentissage doit s'exercer en interprofessionnalité et doit être soutenu par une approche centrée sur le patient, la pratique réflexive et le développement de la compétence émotionnelle pour travailler l'intersubjectivité de la relation à autrui. Il faudrait alors construire et développer chez les étudiants en sciences de la santé, des « fondements d'une intelligence sociale à portée individuelle et collective » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 42) et ainsi dépasser le champ des techniques et des procédures, sans toutefois les nier, pour donner sa chance à l'interprofessionnalité. L'enjeu de la formation initiale est donc de travailler ce qui se joue entre la dimension prescriptive du référentiel, les contenus des enseignements et l'activité réelle. Ces éléments concourent à mettre en œuvre une pédagogie de l'apprentissage collectif interprofessionnel *via* l'éducation interprofessionnelle (EIP).

3.2. Le défi de l'éducation interprofessionnelle

Pour L'OMS (2013), l'EIP doit être une composante obligatoire des programmes de formation des professionnels de la santé. Cependant, la mise en œuvre des *curricula* de formation pour la pratique collaborative s'avère complexe : « les pratiques de la collaboration interprofessionnelle ne reposent pas sur un cadre théorique homogène et circonscrit, mais au contraire sur divers champs et courants : sociologie des organisations, psychosociologie, management, éducation, etc. » (Barr et al., 2005 ; D'Amour et al., 2005 ; Clarck, 2006 ; Coyler et al., 2006, dans Aiguier et al., 2016, p. 92). Si certains pays ont traduit la nécessité de la CIP dans des référentiels de compétences spécifiques, la France n'a pas pris ce virage. L'apprentissage des pratiques collaboratives se déploierait ainsi dans un espace de créativité laissé à l'appréciation, à l'interprétation et à la mise en œuvre des cadres pédagogiques et des tuteurs de stage. Comment ceux-ci favorisent-ils les apprentissages de la collaboration pour approcher les compétences attendues, *a fortiori*, les CCIP non identifiées comme telles ? Comment interprètent-ils les référentiels de formation ? Comment

construisent-ils les CCIP dans leur double dimension, objective et subjective ? Dans des dispositifs de formation fortement prescriptifs, dont le découpage ne favorise ni la lecture ni la mise en œuvre de dispositifs pédagogiques clairs, comment assurent-ils le développement des CCIP pour transformer les pratiques de soin ?

Notre étude préliminaire montre que, soutenus par leurs expériences personnelles et professionnelles, seuls les plus âgés et les plus expérimentés des répondants ont développé leurs CCIP. Il semblerait ainsi que les savoirs expérientiels soutiennent le développement des compétences. C'est dans cette perspective que nous envisageons la suite de notre travail. Socialement situé et socialement construit, tout acte d'apprentissage peut en effet être apparenté à une construction biographique susceptible d'être partagée. Le contenu de l'expérience est donc une potentialité pour soi, pour autrui, mais aussi, pour l'activité dans laquelle l'individu s'engage (Arciniegas Cardoso, 2016). Profondément singulière, très attachée à celui qui l'a vécue, l'expérience est difficile à partager. Dans les dispositifs de formation, comment l'expérience de certains peut-elle soutenir celle des autres ?

L'EIP doit développer la « capacité de chaque professionnel de la santé d'accueillir des rôles complémentaires dans une équipe, de coopérer, de partager les responsabilités dans la résolution de problèmes et les prises de décisions » (Grace et al., 2017, p. 228). Or, notre étude révèle que les « supers collaborateurs » sont environ 20 %. Il semblerait ainsi que ce chiffre donne en partie raison aux décisions gouvernementales qui, par l'arrêté du 23 janvier 2020 relatif au DEI, fixe le nombre de place des étudiants en formation professionnelle continue à « un minimum de 25 % du nombre total d'étudiants [...] en première année d'études » (Arrêté du 23 janvier 2020). De ce point de vue, nous considérons le développement des CCIP des étudiants les plus âgés comme une opportunité pour la formation initiale et un levier dans des programme d'EIP, afin de soutenir l'apprentissage de l'interprofessionnalité chez tous les apprenants. Quelle place attribuer alors à l'expérience dans le dispositif de formation ? Ne faudrait-il pas penser les dispositifs pédagogiques en prenant en compte l'expérience comme objet de discours ? Un élément de définition du savoir expérientiel se caractérise en effet par la « transférabilité de l'expérience », reconnue comme un savoir, une fois verbalisée au cœur d'un collectif (Cartron et al., 2021, p. 79). Nous postulons donc que par le truchement du traitement et de la reconfiguration réservée à l'expérience d'autrui, l'ensemble des connaissances acquises est restructuré et sert la construction des compétences. Permettre aux détenteurs de ces savoirs d'expérience de les mettre au jour pour poursuivre leur dynamique de construction, pour eux, mais aussi, pour

les autres, est un enjeu de la formation initiale. Cette idée repose sur le concept de compétence envisagé comme « pouvoir d’agir » et sur la notion de caractère situé de l’activité développés par la clinique de l’activité. La clinique de l’activité déploie l’expérience des acteurs en situation et privilégie l’activité dialogique. Pour les ergonomes – dont la clinique de l’activité se réclame – les compétences sont subordonnées à un but et s’articulent dans la logique de l’action et dans l’ajustement à des situations professionnelles. En mettant les étudiants de filières différentes en « situation d’agir et de réfléchir sur les fondements, le sens et les moyens de leur agir », ceux-ci pourraient s’engager « dans la construction collective d’un professionnalisme réflexif et partagé » (Aiguier et Loute, 2016, p. 165). Considérant que le paradigme socioconstructiviste de l’apprentissage transcende les pratiques ou la transmission des connaissances, les « méthodes pédagogiques expérientielles et réflexives centrées sur l’activité effective des apprenants » sont à privilégier (Aiguier, 2017, paragr. 4). Pour travailler dans « l’inter », il faut en effet interroger les proximités et les distances entre les disciplines, à partir de l’expérience. Car les disciplines se parlent à différents niveaux : social, cognitif, fonctionnel et symbolique. Il s’agit alors, dans l’espace de l’apprentissage, de déployer des dispositifs qui favorisent une communication sur le mode de la confiance à l’égard de son territoire, de ses savoirs, de ses pouvoirs. Cela implique « une capacité à aborder l’altérité, la différence et l’hétérogénéité comme une chance, une opportunité » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 42). Cette ambition repose sur les stratégies des formateurs. Ceux-ci doivent permettre aux étudiants de disciplines différentes, d’aborder et de comprendre le point de vue d’autrui, sans renoncer à leurs identités. Car l’interprétation des valeurs et de la culture, la confrontation aux stratégies et au langage d’autrui, amènent les individus à construire leur propre identité professionnelle et une représentation personnelle de leur environnement de travail. Se décentrer pour mieux interroger sa propre profession est un enjeu majeur qui vise à « manipuler plusieurs points de vue complémentaires dans le traitement de l’homme et du social compris dans leur complexité » (Darbellay, 2011, p. 84). Le travail collaboratif tente ainsi de trouver une place par la « recherche de nouvelles façons de mobiliser les personnes au travail » et « la tentative de réfléchir à la façon dont il est possible de produire de nouvelles compétences assurant une certaine adaptabilité individuelle et collective » (Wittorski, 2016, p. 48). Cependant, comment faire saisir aux acteurs l’importance d’une multi-appartenance ? Comment leur permettre cette mutation sans leur faire courir le risque de ce que Wittorski (2016) appelle la « déprofessionnalisation » ? En poursuivant l’intention louable de faire vivre

l'interprofessionnalité, le risque n'est pas nul de brouiller chez les soignants leurs repères professionnels (culturels, éthiques, déontologiques), leurs identités professionnelles, et d'ébranler ainsi la confiance, levier central de l'action collective. Le genre professionnel n'échappe donc pas au questionnement de la culture commune interprofessionnelle et continue d'interroger le processus de professionnalisation des étudiants. Pour Clot le genre professionnel est un « instrument collectif de l'activité, un instrument décisif du pouvoir d'agir » (Clot, 2008). Ce genre induit une circulation inconsciente mais collective de valeurs, de comportements, de relations, de manières de travailler héritée de l'histoire des professions et qui va aboutir, pour chaque individu, à un style qui lui est propre. La formation serait le terrain idéal pour faire germer une culture commune. Cependant, elle ne peut s'envisager que par une juste approche des métiers de chacun. Il faut sans doute viser la quête du sens en privilégiant les « interopérations » dont parle Zarifian (1996), c'est-à-dire les rencontres dans des « interstices », où se croisent et se mêlent les cultures et les pratiques. C'est à ce prix qu'une « transculture » pourra émerger et faire naître une nouvelle forme d'interculturalité. Pour Wittorski, il s'agit d'une opportunité :

Pourquoi la référence à l'interdisciplinarité ne constituerait-elle pas une opportunité pour mieux saisir les inter-activités effectives entre des professionnels dotés d'expertises multiples ? Il s'agirait alors de repérer "ce qui fait métier mutuel" au-delà de la ou des profession(s) déclarée(s) [...]. Les retombées pour la connaissance des métiers "en actes", de leurs transformations *in situ* ainsi que l'évolution de la formation à ces métiers sont évidentes. (Wittorski, 2016, p. 50)

Mais comment « saisir les inter-activités » ? La simulation est l'une des méthodes plébiscitées par les référentiels de formation ; elle est à privilégier pour analyser l'activité (CIPS, 2010 ; CAIPE, 2017). Ce dispositif pédagogique vise en effet « l'autocapacitation » soit, le pouvoir d'agir des étudiants (Aiguiet et Loute, 2016). L'analyse du travail en interprofessionnalité par la clinique de l'activité envisagée dans la partie suivante prend sens ici. Elle est pensée par le recours à des autoconfrontations simples (ACS) et collectives (ACC) entre les plus jeunes étudiants et les plus expérimentés, et par une « dispute interprofessionnelle » initiée dans un collectif d'étudiants. L'autoconfrontation permet de « comprendre la dynamique d'action » des sujets. Et s'il est entendu que « seuls les collectifs eux-mêmes peuvent opérer des transformations durables dans leur milieu de travail » (Clot et al., 2000, p. 1), cette méthodologie vise non seulement le développement de l'expérience professionnelle du collectif, mais aussi, celui des métiers. Observer les étudiants IDE et MK

« en acte » et leur permettre de donner sens à leur activité est sans doute un moyen de construire l'interprofessionnalité dans la création d'une culture commune.

Faut-il alors parler de déprofessionnalisation ou plutôt de recomposition des professionnalités, de nouvelles formes de savoirs et de professionnalités déstabilisant les anciennes formes inscrites dans des processus de professionnalisation antérieurs sous l'effet des prescriptions certes, mais aussi d'un travail de renormalisation aux mains des professionnels eux-mêmes à un niveau individuel et collectif ? (Wittorski, 2016, p. 49).

Gageons que la simulation et l'analyse de l'activité pourraient « recomposer les professionnalités », sans les annihiler...

TROISIÈME PARTIE.

SIMULATION RÉFLEXIVE EN SANTÉ ET CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

CHAPITRE 1. LA SIMULATION EN SANTÉ

1.1. Définition

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) définit la simulation en santé ainsi :

L'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. (Granry et Moll, 2012, p. 7)

Cette définition est largement adoptée par les sciences de la santé. Outil, dispositif, artefact, méthode pédagogique, la définition de la simulation en santé fait référence à plusieurs modalités possibles d'utilisation.

1.2. Retours historiques

La période médiévale utilise déjà la simulation pour préparer les chevaliers au combat. Le *béhourd* était un sport de combat pratiqué par les chevaliers pour éprouver leurs compétences et leur bravoure. Les tournois étaient réels mais les armes étaient émoussées. Mais c'est en obstétrique, au XVIII^{ème} siècle, que les premiers mannequins sont utilisés pour favoriser l'apprentissage des accouchements. Madame du Coudray, sage-femme, conçoit un mannequin représentant, en grandeur réelle, la partie inférieure du corps d'une femme, une poupée de la taille d'un nouveau-né et différents accessoires montrant, entre autres, l'anatomie de la femme, un fœtus à sept mois et des jumeaux. L'impact positif de cette pratique pédagogique est sans appel : « Il est estimé qu'environ 4000 sages-femmes à travers la France ont utilisé ce mannequin, et que la mortalité infantile a montré ensuite une nette diminution » (Granry et Moll, 2012, p. 15). Les élèves infirmières du *Hartford Hospital Training School of Nurses* ont, dès 1910, utilisé « Madame Chases », un mannequin en bois, pour la pratique des soins de nursing. Ce modèle sera perfectionné au cours de la seconde guerre mondiale. Mais peu de modèles de simulation existent. C'est alors que le fabricant de jouets norvégien Laerdal, déjà concepteur de patients factices pour l'armée, développe (avec deux médecins) le mannequin *Resusci Anne* au début des années 1960. À la même époque, Abrahamson et Denson mettent au point le premier mannequin contrôlé par ordinateur, le *Sim One*, qui permet de simuler des pathologies cardiaques. « Il sera le modèle qui inspirera, par ses capacités et son réalisme, les mannequins haute-fidélité actuels » (Granry et Moll, 2012, p. 15). Le concept de *Crew Resource Management* met aussi en lumière la nécessité

du travail en équipe pour la sécurité du patient. Il postule que les performances de l'équipe peuvent s'accroître en travaillant les attitudes, les comportements et les compétences non-techniques. Il s'agit de mettre en avant des savoirs, des pratiques, des comportements en lien avec la communication interpersonnelle, verbale ou non verbale, le soutien mutuel, l'évaluation de la situation, le *feed-back* et le leadership (HAS, 2018).

Peu à peu, des simulateurs pleine échelle voient le jour. Ils permettent de travailler dans des contextes de situations exceptionnelles mais simulées, ce qui réduit les risques humains et limite les coûts. Les compétences « non-techniques » – cognitives, sociales et organisationnelles – et les compétences techniques sont ainsi mobilisées par les opérateurs dans un contexte de travail sécurisé (HAS, 2012a). Ce sont les médecins anesthésistes qui, dans les années 2000, ont favorisé l'essor de la simulation dans la gestion de situations critiques en France. Cependant, c'est dans les pays d'Amérique du Nord, en Australie, au Royaume-Uni et dans les pays scandinaves que l'apprentissage par la simulation s'est le plus vite déployée. En 2012, la HAS commande au Professeur Granry et au Docteur Moll, un rapport en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins (HAS, 2012a). Un guide de bonnes pratiques en simulation, proposé par l'HAS, fait suite à ce rapport (HAS 2012b). Il s'adresse aux organisations professionnelles et institutionnelles qui désirent mettre en œuvre et proposer des programmes de simulation aux professionnels de santé. En France, les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) utilisent depuis plusieurs années des mannequins pour l'apprentissage des premiers gestes d'urgence, aussi, encouragés par des mesures d'accompagnement, de plus en plus d'instituts de formation et d'universités s'équipent de centres de simulation en santé (Instruction n° DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013). Par ailleurs, l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études médicales, intègre la simulation comme l'une des modalités de validation possibles. En 2014, le référentiel de formation des IDE est modifié par l'article 5 de l'arrêté du 26 septembre 2014 : la simulation doit « permettre aux étudiants de résoudre des problèmes des plus simples aux plus complexes, soit individuellement soit en équipe de professionnels ». L'instruction n° DGOS/RH1/2014/369 du 24 décembre 2014 relative aux stages IDE précise : « Afin de favoriser l'apprentissage, l'approche par simulation sera renforcée en institut de formation, grâce à la mutualisation et à l'élaboration de scénarii ».

1.3. Modalités de la simulation en santé

La HAS déploie différentes techniques de simulation (2012b, p. 57). Elle évoque le patient standardisé ou patient simulé, la simulation procédurale, la simulation hybride, les simulateurs haute-fidélité dits « pleine échelle » (mannequin piloté par informatique), les simulateurs tactiles et la laparoscopie chirurgicale et la réalité virtuelle basée sur des interfaces écran. La simulation procédurale vise, par itérations, le développement de gestes professionnels ou d'habiletés gestuelles. Le respect d'un protocole ou d'une procédure est visé. L'artefact utilisé est un « simulateur basse fidélité » à type de bras, de tronçon humanoïde. Le behaviorisme (Watson, Skinner) est convoqué à cette méthode d'apprentissage car c'est dans la répétition, l'étayage dans l'action que le « conditionnement » à une gestuelle s'opère. Pour la HAS, la simulation pleine échelle nécessite de mettre en œuvre des situations au plus proche de la réalité. Immergé dans une situation reconstruite fidèlement au contexte de soin, parfois avec un patient expert, ou un mannequin moyenne ou haute-fidélité, l'étudiant peut déployer son activité comme s'il était en situation réelle. Car la simulation vise aussi le développement de compétences cognitives, sociales et organisationnelles (HAS, 2019a). Elle convoque ainsi le collectif de travail. Pour la HAS, les Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont souvent liés au fonctionnement de l'équipe, en particulier, à « un défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein du collectif de travail (Dunn et al., 2007 dans HAS, 2019a, p. 9) ». Or, « améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer les processus de soins et leurs résultats » (Salas et al., 2008, dans HAS, 2019a, p. 9). Les jeux sérieux, la simulation qui utilise les lunettes 3D, sont aussi des méthodes de simulation possibles. L'avatar et les lunettes ont la caractéristique d'immerger l'apprenant dans une situation contextualisée. Enfin, la simulation hybride a l'avantage d'allier simulation procédurale et pleine échelle, la première étant le prérequis de la seconde.

1.3.1. Les étapes d'une séance de simulation en santé

Les situations ou scénarios varient en fonction des techniques utilisées. Leurs rédactions permettent de mettre au jour la population d'apprenants ciblée, les objectifs pédagogiques, les équipements et le matériel nécessaires en fonction du réalisme souhaité, les moyens humains nécessaires, le déroulement de la séance, les points majeurs du débriefing, les modalités d'évaluation des apprenants, les références bibliographiques (HAS, 2012, p. 3).

Les séances de simulation se déroulent en petit groupe d'apprenants (huit à dix). Elle comporte trois phases : le briefing, le déroulement du scénario de simulation et le débriefing.

1.3.2. La simulation dans les référentiels

Inscrite dans une pédagogie par situation, la simulation « est un outil de formation qui s'inscrit principalement dans les cadres théoriques de l'ergonomie et de la psychologie ergonomique, et notamment d'un courant qui en est issu : la didactique professionnelle » (Pastré, 2002, 2011, dans Policard, 2018, p. 38). Ce type de pédagogie répond aux référentiels de formation des IDE et des MK et engage l'exploitation de nos premiers résultats de recherche : « La simulation est une méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive » (Rapport de mission, HAS, 2012, p. 7). C'est aussi l'un des moyens envisagés par les formations pour favoriser le transfert des connaissances. Elle répond à l'injonction de la HAS : « Jamais la première fois sur le patient ». Dans la formation des infirmiers, l'Arrêté du 26 septembre 2014 confirme la simulation comme modalité pédagogique majeure, qui doit favoriser les échanges entre formateurs et professionnels. Elle est considérée comme une « méthode complémentaire à l'alternance traditionnelle stages/IFSI ». L'objectif visé est « de permettre aux étudiants de résoudre des problèmes, des plus simples aux plus complexes, soit individuellement soit en équipe de professionnels » (Arrêté du 26 septembre 2014). En février 2019, la HAS publie le « Guide simulation en santé et gestion des risques » (HAS, 2019b). Elle postule que les IFSI et les services de soins « partagent un certain nombre de valeurs : pluriprofessionnalité, rôle pédagogique, implication des acteurs, bienveillance et culture positive de l'erreur, impact sur la sécurité des patients, etc. » (HAS, 2019b, p. 5). Ainsi, l'usage de la simulation s'affine peu à peu et vise des objectifs spécifiques. Pour la formation IDE, l'approche pédagogique socioconstructiviste prescrit aussi des situations simulées comme modalités d'évaluation ; les évaluations certificatives des UE 4.4. « Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical » des semestres 2, 4 et 5 sont réalisées en situations simulées. L'ESI est évalué par la mise en œuvre de gestes techniques précisés dans le référentiel : calcul de dose, pose de transfusion sanguine et injection dans les chambres implantables. Mais la simulation en santé ne se limite pas à la sphère technique, elle investit également la sphère relationnelle. À ce titre, les modalités d'évaluation de l'UE 4.2 « Soins relationnels » sont déclinées sous la forme d'une mise en situation d'entretien d'aide auprès d'un patient.

La formation des MK fait appel à des « situations d'apprentissage professionnel [...] réalisées en situation simulée, virtuelle ou en référence à une situation concrète » (Arrêté du 15 septembre 2015). De plus, le PNSP veut « faire de la simulation en santé sous ses différentes formes, une méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité (PNSP, 2013/2017, paragr. 4.3, p. 16) ». Il vise l'intégration de « la simulation en santé dans tous les programmes d'enseignements des professionnels de santé à toutes les étapes du cursus ». La dimension éthique sur laquelle la simulation repose vise à développer les compétences des étudiants dans un cadre sécuritaire en assurant une place privilégiée à l'erreur. La simulation permet ainsi de poursuivre les objectifs d'efficience des institutions dans des situations dégagées de contraintes réelles. Mais le point d'orgue de la simulation reste le débriefing. Cette dernière phase est considérée par la littérature, comme l'acmé du processus pédagogique (Eppich et Cheng, 2015 ; Granry et Moll, 2012 ; Jeffries, 2005 ; Pastré et al., 2006 ; Rudolph et al., 2007 ; Savoldelli et Boët, 2013, dans Policard, 2018, p. 35). La qualité du débriefing est en effet le levier de la réflexivité des étudiants.

1.3.3. Le débriefing

Chaque séance de simulation se déroule selon un schéma préétabli : le briefing, le déroulement du scénario de simulation et le débriefing. Le débriefing est un élément essentiel de la formation par simulation ; « de la qualité de sa réalisation dépend la qualité de la session de simulation proposée » (Oriot et al., 2018, dans HAS, 2019c, p. 1). Pour Pastré, ce temps engage « toutes les séquences qui ont pour but, après l'action, d'amener les apprenants à une analyse réflexive (et rétrospective) de leur propre activité » (Pastré, 2006, dans HAS, 2019c, p. 1). La HAS préconise trois techniques conversationnelles afin d'approcher la réflexivité : l'autoévaluation par l'apprenant, le *feedback* dirigé sur la performance, les techniques de facilitation dont les techniques visant à la prise de conscience, les techniques permettant à l'équipe une autoévaluation et l'utilisation de questions circulaires (HAS, 2019c, p. 2). Des aides au débriefing peuvent être associées : la présence d'un co-débriefeur, l'utilisation d'un « script » (trame de débriefing) ou la rediffusion vidéo de certains moments de la simulation.

1.4. Intérêt de la simulation pour l'apprentissage

Plusieurs études ont montré l'intérêt de cette méthode d'apprentissage pour les filières paramédicales, à l'instar de celle réalisée par une équipe américaine en 2014 dans dix écoles de sciences infirmières. Les étudiants ont été suivis du début de leur formation jusqu'à six

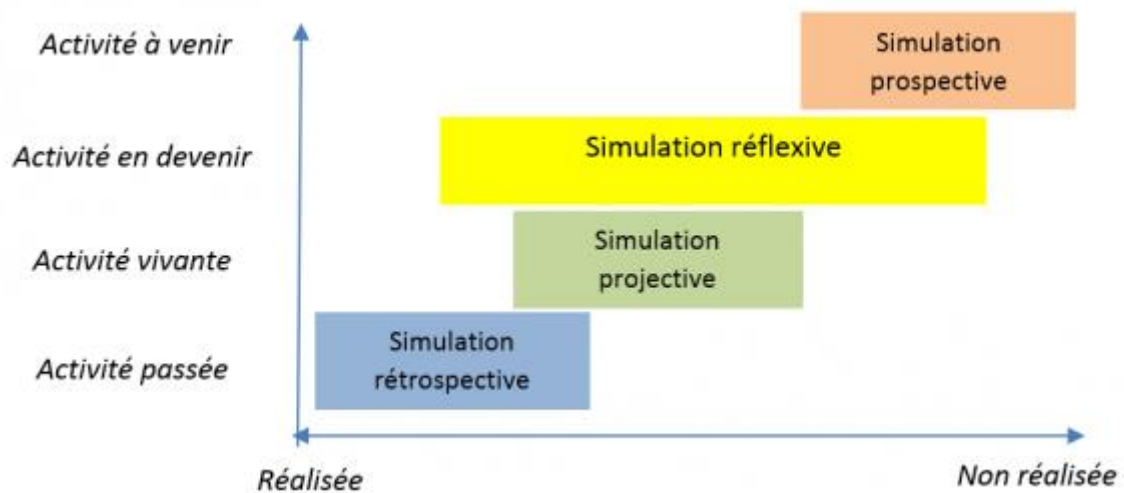
mois après leur première embauche. Pour les auteurs, les acquisitions de compétences cliniques par les étudiants sont comparables à celles développées en stage, alors qu'ils ont bénéficié de séances de simulation à hauteur de 25 % à 50 % du temps de stage (Hayden et al., 2014). L'acquisition de connaissances théoriques, du rôle infirmier et du travail d'équipe, le développement d'habiletés cliniques, de la confiance en soi, du jugement clinique et de la pensée critique sont autant d'éléments développés par l'étudiant grâce à la simulation ; aussi, les étudiants plébiscitent cette méthode pédagogique (Issenberg et al., 2005 ; Leblanc et Piquette, 2013 ; Simoneau, et al., 2013, dans Lalonde et al., 2017). L'étude américaine, renforcée par des recherches en physiothérapie qui abondent dans le même sens, avance que la simulation pourrait modifier la formation en remplaçant des heures de stage par des séances de simulation (Blackstock et al., 2013 ; Hayden et al., 2014, dans Lalonde et al., 2017). La simulation permet aussi de développer une culture positive de l'erreur (HAS, 2019). Intégrer les erreurs dans l'apprentissage par simulation semble en effet efficace sur la gestion des émotions, la perturbation de l'efficacité ou l'interruption du processus de soins au sein du groupe ou de l'équipe, la qualité du soutien et de la solidarité des membres de l'équipe, l'efficacité de l'identification et de la récupération de l'erreur au regard du comportement des individus et de l'équipe (Keith, 2008 ; King 2013, dans Lalonde et al., 2017, p. 11). Dans cette volonté de développer une culture de l'erreur, de plus en plus d'établissements de soins ou de formation mettent en œuvre la « chambre des erreurs ».

Les formations en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie situent l'apprentissage autour de « familles de situation » pour favoriser « la réflexion dans l'action et sur l'action » (Schön, 1994). De plus, « la compétence de décision et donc l'autonomie professionnelle » (Coudray et Gay, 2009, p. 9) sont travaillées en diversifiant des contextes propices à l'exercice du jugement professionnel. Les stages sont des ressources majeures pour exercer ces domaines, cependant, les parcours hétérogènes des étudiants au regard des lieux de stage, des apprentissages possibles, des ressources disponibles et des situations d'apprentissage apprenantes, ne favorisent pas l'uniformité des acquisitions. Car le modèle hospitalier évolue. Le virage ambulatoire et l'activité soignante rationalisée par les gestionnaires hospitaliers limitent parfois l'encadrement efficient des étudiants. Ainsi, la convergence de facteurs défavorables à l'apprentissage fait de la simulation en santé un moyen de fédérer les étudiants autour de situations communes, au plus proche de la réalité.

1.5. Taxonomie fonctionnelle et diachronique des types de simulation

En 2018, une équipe de chercheurs propose une taxonomie fonctionnelle et diachronique des différentes simulations. Quatre sont retenues : la simulation rétrospective, la simulation projective, la simulation réflexive et la simulation prospective (Bobillier et al., 2018) ; (Figure 5). Dans la visée compréhensive et transformatrice de l'activité qui nous intéresse, définir ces différents types de simulation nous paraît essentiel pour justifier notre futur dispositif de recherche.

Figure 5 : Taxonomie fonctionnelle et diachronique des différents types de simulation. Reproduit à partir de Bobillier Chaumon et al., 2018



La simulation projective et la simulation prospective intéressent peu notre projet. La simulation projective « porte plutôt sur des éprouvés émotionnels subjectifs », qu'il convient de mettre en exergue par le théâtre forum, la méthode du psychodrame, des incidents critiques et la méthode des cartes projectives et/ou du photo-langage (Bobillier et al., 2018, paragr. 33-37). La simulation prospective vise « l'amélioration d'un projet donné ». Dans notre dispositif de recherche, la simulation réflexive se partage l'intérêt porté à la simulation rétrospective, conformément à ce que Pastré avait déjà avancé en psychologie ergonomique (Pastré, 2006, p. 171). La simulation rétrospective porte sur l'action déjà réalisée. Cette méthode de simulation vise à recueillir, à formaliser et à modéliser l'expérience vécue « pour concevoir et reconcevoir des situations ou pour réajuster des dynamiques de travail (collectives, interpersonnelles...) » (Cacheux et al., 2018, dans bobillier et al., 2018, paragr. 39). Cette simulation permet de revisiter la situation passée, pour envisager une autre

manière de faire. Le REX (Retour d'EXpérience), l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) et l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994) sont convoqués par les auteurs comme dispositifs pédagogiques utilisés en fonction des deux perspectives de transformations possibles :

L'une est davantage tournée vers l'ajustement de la situation, du système d'activité et du projet à implanter [...] ; l'autre porte davantage sur l'individu et sa capacité à élargir la gamme de ses possibles pour réinvestir autrement l'activité à venir et développer les ressources idoines. (Bobillier et al., 2018, paragr. 25)

Élargir les possibles et améliorer le dispositif pédagogique sont deux aspects de notre projet. Les perspectives développementales sont convoquées à la recherche ce qui convie la simulation réflexive à notre dispositif. Ce type de simulation porte sur le travail en train de se faire. Pour Bobillier Chaumon et ses collaborateurs, ce type de simulation

S'insère dans le champ de la professionnalisation et est particulièrement mobilisée par la clinique de l'activité qui se destine à devenir un instrument pour développer la capacité d'agir des individus et des collectifs sur l'environnement et sur eux-mêmes. Elle est un cadre pour que le travail puisse devenir ou redevenir un objet de pensée. Le processus mis en place fait appel à l'analyse d'activité et de confrontation (individuelle et/ou collective) à ses propres pratiques, *via* des techniques particulières, par une co-analyse des actions déployées en situation. (Bobillier Chaumon et al., 2018, paragr. 26)

La simulation réflexive appelle à l'analyse de l'activité par la méthode d'instruction au sosie, des autoconfrontations simples (ACS) et/ou collectives (ACC). Si l'activité prospective vise l'amélioration d'un projet donné, la simulation réflexive envisage plutôt la transformation des individus par l'acquisition de nouvelles ressources. La clinique de l'activité n'est pas explicitement développée comme méthode de débriefing par la HAS cependant, elle recommande technique conversationnelle et utilisation de la vidéo. « Le débriefing terminal [en auto-débriefing] réalisé par un facilitateur étant la méthode la plus répandue », la conception « classique » du débriefing sous la forme, « réaction », « analyse » et « synthèse », « n'est pas figée » car aucune étude n'a « comparé de façon objective ces différentes méthodes » ; cependant, « l'expertise et l'expérience du débriefeur sont essentielles pour la qualité du débriefing » (HAS, 2019c, p. 1). C'est ainsi que simulation rétrospective et simulation réflexive peuvent s'inscrire de manière cohérente dans les préconisations de la HAS et les méthodes pédagogiques possibles en formations initiales en

santé. Dans la perspective développementale qui nous anime, nous convoquons donc la clinique de l'activité comme méthode de lecture de l'activité simulée des étudiants.

CHAPITRE 2. LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

2.1. Fondements théoriques et méthodologiques

Cette partie est consacrée à la définition de l'objet théorique qui permettra ensuite d'éclairer le dispositif de recherche.

Le développement des CCIP des étudiants en santé interroge l'apprentissage collaboratif. Or, l'apprentissage collaboratif comme objet de recherche confère au social une place centrale. L'apprentissage ne peut en effet se concevoir que dans le cadre d'une cognition sociale portée par la communauté et en référence au dialogisme, inhérent aux relations sociales. Cette idée renvoie aux théories qui tentent d'expliquer le développement professionnel des individus par des cadres et des instruments culturels. Étudier l'activité des étudiants revient alors à considérer des caractéristiques sociales inscrites dans les interactions, mais aussi, des caractéristiques individuelles inscrites dans la cognition. Notre recherche prend ainsi appui sur le concept d'activité qui s'inscrit dans une perspective développementale. Elle accorde une place centrale aux instruments susceptibles de médiatiser les activités psychiques, en particulier, l'activité et le langage. Le concept d'activité nous invite alors à considérer la conception du social au travail dans une perspective historico-culturelle inspirée de Vygotski (1978).

2.1.1. Théorie de l'activité : la dimension historico-culturelle (Vygotski, 1978)

Issus de champs théoriques multiples – linguistique, anthropologie, sciences de l'éducation, psychopathologie –, les travaux de Vygotski mettent au jour l'idée que les modes de pensées et le développement de l'individu sont plus influencés par les institutions, par l'histoire de la société dans laquelle il évolue, que par ses capacités intellectuelles intrinsèques. La psychologie historico-culturelle et le socioconstructivisme prennent ainsi naissance dans l'idée que l'apprentissage se développe à partir des interactions sociales et du langage.

C'est dans les années vingt que le philosophe, épidémiologue et psychologue soviétique Vygotski (1896-1934), est en charge d'élaborer le concept de développement humain. Prolixe malgré sa courte vie, l'influence de Vygotski sur l'école russe de psychologie moscovite est très importante. Il a en effet fondé les bases de la psychologie générale contemporaine sur lesquelles certaines théories psychologiques reposent. Parmi elles, celle de Luria (approche neuropsychologique), celle de Leontiev (théorie de l'activité), celle de

Galpérine (théorie de la formation des actions intellectuelles par étapes) et celle de Elkonine (conception du développement psychique de l'enfant), peuvent être citées.

L'intellectuel s'inspire de « la thèse marxiste-léniniste qui soutient que toutes les activités cognitives humaines fondamentales prennent forme dans une matrice de l'histoire sociale et constituent ainsi un produit du développement socio-historique » (Murray et Michel, 1994, p. 317). Il développe l'idée que « chez l'être humain les processus mentaux supérieurs sont profondément influencés par les moyens socio-culturels qui les médiatisent » (Vygotski, 1985, dans Schneuwly et Bronckart, 1992, p. 139). Le présupposé historique trouve son origine dans la nécessité pour l'homme d'utiliser des outils pour agir sur la nature et sur le besoin de collaborer pour trouver les moyens de survivre. Ces outils, socialement élaborés et hérités des expériences antérieures, donnent une forme spécifique à l'activité et peuvent à leur tour ouvrir le champ des possibles à autrui. L'outil matérialise et donne une signification à l'activité et par là même, est capable de transformer les comportements. Vygotski transpose cette thèse pour aborder les processus psychiques. L'outil devient le signe :

L'invention et l'utilisation des signes comme moyen auxiliaire pour résoudre des problèmes psychiques donnés (se souvenir, comparer, classer, choisir, etc.) est analogue à l'invention et à l'utilisation des outils : le signe agit comme un instrument d'activité psychologique d'une manière analogue au rôle de l'outil dans le travail. (Vygotski, 1985, dans Schneuwly et Bronckart, 1992, p. 134)

Le signe affecte alors les autres et soi-même. Élaborés en système, les signes deviennent langage, à l'origine du contrôle et de la modification des comportements.

2.1.1.1. Le signe comme médiation

Les processus mentaux supérieurs, médiatisés et caractérisés par l'abstraction, l'attention volontaire, la conceptualisation, la généralisation, la mémoire logique, l'imagination créative (Vygotski, 1997), nécessitent d'explicitier l'autre ligne de développement psychologique de l'enfant pensée par Vygotski : celle qui concerne les fonctions dites inférieures ou élémentaires. Il s'agit des réflexes, des sensations, des perceptions, des éléments qui relèvent d'une forme d'intelligence pratique issue de l'évolution génétique de l'espèce. Ces fonctions relèvent de la maturation organique et du modèle biologique tandis que les fonctions mentales supérieures sont spécifiquement humaines et relèvent du social, du culturel et de l'historique. Vygotski fait de sa théorie une science de l'esprit conscient, en opposition au béhaviorisme caractérisé par le réflexe pavlovien. Sans le rejeter, le psychologue avance que le développement cognitif se joue dans l'interrelation entre

fonctions mentales supérieures et fonctions mentales inférieures, dans une dynamique de nature dialectique. La différence fondamentale entre l'une et l'autre ligne tient à un concept : la médiation. Contrairement aux fonctions inférieures, les fonctions supérieures se déploient par la médiatisation d'instruments psychologiques. Vygotski postule que le processus d'intellectualisation de la pensée, à l'origine de l'activité, nécessite des outils cognitifs médiateurs élaborés socialement. Ces instruments psychologiques s'exercent sur l'activité cognitive, « sur le psychisme propre (ou celui des autres) ou sur le comportement » (Vygotski, 1985 dans Schneuwly et Bronckart, 1992 p. 43) qu'il transforme en le contrôlant de l'extérieur. Les instruments psychologiques vont alors agir sur l'individu dans un double mouvement :

Chaque fonction apparaît deux fois dans le développement culturel de l'enfant : d'abord au niveau social, et, ensuite, au niveau individuel ; premièrement entre les personnes (niveau interpsychologique), et puis dans l'enfant (niveau intrapsychologique). Ceci s'applique de la même façon à l'attention volontaire, à la mémoire logique et à la formation des concepts. Toutes les fonctions supérieures tirent leur source de relations réelles entre êtres humains individuels. (Vygotski, 1978, p. 57)

Ce mouvement d'intériorisation témoigne de l'acquisition de facultés réflexives et d'outils de pensées socialement élaborés qui transforment l'enfant en « adulte culturel ». Pour Vygotski, l'enfant est « réarmé », ce qui sous-tend son développement. Au cours du développement, la fonction psychique supérieure apparaît donc d'abord comme action collective, sociale. Elle s'inscrit dans les relations qu'entretiennent les individus : elle est interpsychique. Elle apparaît ensuite comme activité individuelle et devient propriété intérieure de la pensée de l'enfant. Elle est intrapsychique. L'intériorisation est donc un processus fondamental, à l'origine de la construction des fonctions supérieures. Pour Vygotski, les instruments psychologiques sont des « élaborations artificielles » formant des « systèmes complexes ». Ils se caractérisent par : « le langage, les diverses formes de comptage et de calcul, les moyens mnémotechniques, les œuvres d'art, l'écriture, les schémas, les diagrammes, les cartes, les plans, tous les signes possibles » (Vygotski, 1985, p. 39). Ainsi, les fonctions psychiques supérieures sont issues des rapports sociaux interpsychiques, dont elles constituent l'intériorisation.

2.1.1.2. Le signe, le mot et la pensée

« Vygotski n'a certes pas abordé l'étude du langage en lui-même » (Bronckart, 1985, dans Tabouret-Keller, 1989, p. 17). Il a plutôt cherché à découvrir le rapport entre la pensée et le

mot pour en faire un modèle de production de la pensée. Il considère le mot comme un « moyen fondamental d'orientation et de maîtrise des processus psychiques » (Vygotski, 1997, p. 199) qui donne sens aux actions et permet de les conscientiser. Pour Vygotski, le concept ne peut exister sans les mots et la pensée conceptuelle nécessite la pensée verbale. Le mot (signe) est constitutif du concept et représente, pour le psychologue, une unité vivante de son, mais aussi la signification. Le signe a donc une fonction d'attribution de sens qui, pour le chercheur, atteint son acmé dans le processus de formation des concepts.

Les opérations de la pensée ne peuvent se construire, pour Vygotski, que par la fonction attribuée au signe. Pour la pensée, la fonction centrale du signe est donc celle de médiateur. Vygotski définit « mot » et « signe » par l'unité de son qu'ils constituent et par la signification qu'ils revêtent pourtant, les deux sont distincts : « Dans la formation des concepts ce signe est le mot, qui sert de moyen de formation des concepts et devient par la suite leur symbole » (Vygotski, 1985, p. 151). Ces éléments s'inscrivent dans le langage intérieur qui donne le primat au sens du mot sur sa signification. Pour Vygotski, le sens que prend un mot est constitutif de sa formation toujours « dynamique, fluctuante, complexe » (Vygotski, 1985, p. 370). Ainsi, « le sens d'un mot est inépuisable [...] le sens véritable de chaque mot est déterminé, en fin de compte, par toute la richesse des éléments existant dans la conscience qui se rapportent à ce qu'exprime le mot » (Vygotski, 1985, p. 371) tandis que la signification « n'est rien de plus qu'une potentialité qui se réalise dans le langage vivant » (Vygotski, 1985, p. 370). Pour Vygotski, le langage intérieur est le lieu où se confrontent sens et signification. Le mouvement de transformation mû par le passage du langage intérieur au langage extérieur doit permettre aux significations, plus stables, de prendre le pas sur le sens.

2.1.1.3. Du langage égocentrique à la parole intelligible

Le développement de l'enfant s'élabore du collectif vers l'individuel ce que Vygotski illustre par l'analyse du langage égocentrique abordé précédemment par le langage intérieur. Ce langage n'est pas accessible directement car sa dimension vocale est inexistante et la syntaxe engagée se réalise sur le mode prédicatif. Empruntée à Piaget, l'expression « langage égocentrique » renvoie à l'idée que jusqu'à six, sept ans, l'enfant s'exprime sans le souci d'être écouté et sans attente de réponse. Il utilise le langage pour agir sur lui-même. Contrairement à Piaget, Vygotski postule que le langage égocentrique augmente avec le temps. Si la quantité de « moments égocentriques » régresse, la qualité augmente. Vygotski traduit ce langage comme une forme transitoire entre le langage social, destiné aux autres,

et le langage intérieur, destiné à soi-même : « Si dans le langage extériorisé la pensée s'incarne dans la parole, la parole disparaît dans le langage intérieur, donnant naissance à la pensée » (Vygotski, 1997, p. 489). Pour Vygotski, la parole médiatise cette pensée lors du langage extériorisé. Le langage intérieur, incomplet du point de vue de sa structure, est alors transformé et devient grammaticalement intelligible. La pensée naît de ce passage de l'intérieur vers l'extérieur, mais aussi, de l'expérience quotidienne à la conceptualisation.

2.1.1.4. La pensée par concepts

Vygotski s'intéresse à la pensée par concepts. Il avance l'idée qu'il est plus aisé pour un enfant de formuler la loi d'Archimède que de définir ce qu'est un frère, malgré l'expérience empirique de la fratrie. Il distingue ainsi concepts quotidiens et concepts scientifiques. Les premiers sont conçus dans l'expérience concrète et les seconds, par l'apprentissage. D'aucuns reprochent à l'auteur cette scission un peu « radicale » (Johsua, 2002, dans Brossard, 2008, p. 80) mais Vygotski lui-même avance la porosité de ces deux concepts. Le chercheur développe l'idée que les concepts quotidiens sont construits dans l'expérience sociale et que l'enfant va devoir les « catégoriser » pour les expliciter et les justifier à autrui. Mais structurer cette expérience en opération de la pensée n'est pas conscientisé donc difficilement traduisible en concept. L'enfant organise nécessairement son expérience lorsqu'il interagit avec autrui cependant, les procédures mobilisées ne sont pas conscientes. Pour Vygotski, les concepts scientifiques sont ancrés chez l'enfant dans un contexte d'enseignement-apprentissage entendu comme le lieu d'activité authentique de conceptualisation. En fait, ces « concepts authentiques, incontestables » ne sont « pas assimilés sous une forme toute prête » (Vygotski, 1997, pp. 271-272). Ils prennent naissance dans la collaboration entre l'enfant et le maître, l'apprenant et l'enseignant/formateur, le pair avec l'autre pair plus expérimenté. D'un questionnement à l'autre, de reprises en réélaborations l'enseignant/formateur, le pair, va opérer un déplacement pour atteindre la conceptualisation. L'enseignant, le pair, favorise ainsi la mobilisation d'opérations intellectuelles, la mise en lien de concepts qui, conscientisés, vont donner naissance aux concepts scientifiques. Ces concepts peuvent cependant rencontrer un écueil. Ils ne permettent pas toujours de conceptualiser les expériences concrètes. Il faut alors s'employer à faire coïncider concepts quotidiens et concepts scientifiques pour que les uns soutiennent les autres, grâce à la médiation. Pourtant, Vygotski déclare que les concepts quotidiens se développent « vers le haut » et les concepts scientifiques, « vers le bas ». Pour devenir opérants et intelligibles, les concepts scientifiques doivent en effet trouver un ancrage dans

des situations empiriques qui vont servir de références générales, se singulariser et devenir signification. Cette double dynamique permet le développement psychologique, aussi, Vygotski affirme que « la véritable nature du lien qui unit dans leur développement ces deux lignes de sens opposé se manifeste dans toute son évidence : c'est celui qui unit la zone prochaine de développement et le niveau présent de développement » (Vygotski, 1934-1997, dans Brossard, 2008, p. 78).

2.1.1.5. La zone prochaine de développement

Le concept de développement humain élaboré par Vygotski repose sur l'articulation entre développement finalisé et apprentissages durant la période infantile. Pour Vygotski, la « zone prochaine de développement » (ZPD) (appelée aussi « zone proximale de développement » ou « zone de développement le plus proche ») se situe dans la dimension intrapsychique et se définit comme « la différence entre le niveau de résolution de problème sous la direction et avec l'aide d'adultes (ou d'enfants plus avancés) et celui atteint seul » (Vygotski, 1985b, dans Schneuwly et Bronckard, 1992, p. 40). Il permet de mesurer le niveau qu'atteint l'enfant lorsqu'il résout des problèmes en collaboration et favorise le passage « de ce que l'enfant sait faire à ce qu'il ne sait pas faire » (Vygotski, 1997, p. 351). L'analyse du rapport entre apprentissage et développement est ainsi délimitée par ce que l'enfant est capable de réaliser sous la direction et avec l'aide d'autrui. C'est dans l'intervalle entre « seuil inférieur » et « seuil supérieur » que « se situe la période optimale d'apprentissage d'une matière donnée » (Vygotski, 1997, p. 356). Pour Vygotski, l'apprentissage devance et stimule le développement mais ne peut réellement avoir lieu que si la tâche à accomplir se situe entre autonomie et rupture : « Les apports externes ne sont générateurs de développement que dans la mesure où les conflits qu'ils engendrent sont traitables par la personne » (Bronckart, 2008, p. 240). La notion de conflit est fondamentale. C'est dans cet espace que les apprentissages vont pouvoir se faire. Pour Vygotski, l'apprentissage prend racine dans « des processus de maturation qui ont déjà eu lieu [...] qui sont en devenir, qui sont en train de se développer et de mûrir » (Vygotski, 1985, p. 109). Essentiels, la culture et le social viennent « se frotter » à l'appareil psychique de l'individu et doivent être stimulés par l'intervention d'autrui. Cet autre – un enseignant, un pair plus expert – doit apporter un niveau d'expertise supérieur et permettre une médiatisation visant la signification. Cette signification, aidée, plus directe, va permettre alors à l'apprenant de réaliser plus que les activités visées. Et lorsque l'apprenant passe de ce qu'il sait faire seul à ce qu'il fait avec l'aide d'autrui, cette étape signifie « la dynamique de son développement

et de la réussite de son activité intellectuelle » (Vygotski, 1997, p. 353). Ainsi, la culture et le social procèdent de l'éducation par l'entremise des interactions qui permettent le passage des processus intersubjectifs au développement intrasubjectif. Ces deux entités permettent le prolongement de l'apprentissage à d'autres apprentissages et favorisent l'élargissement de la capacité des individus à agir dans des situations nouvelles. C'est ici le point central de la théorie de Vygotski. Pour l'auteur,

Le centre de gravité de la psychologie est le développement du pouvoir d'agir, entendu comme l'allongement du rayon d'action des sujets. Or, le développement de ce "rayonnement" ne peut s'affranchir des liaisons internes entre activité et passivité, des rapports récurrents et risqués entre action et passion. (Vygotski, 1933, dans Clot, 2018, paragr. 9)

2.1.2. Passions, affects, émotions et sentiments

❖ Du plus haut niveau d'activité...

Pour Vygotski, l'affect ne peut se désolidariser de la pensée. Réduire les émotions à la dualité cartésienne qui vise à choisir entre l'âme et le corps, n'est pour lui pas envisageable : « Nos affects nous montrent clairement que nous ne faisons qu'un seul être avec notre corps. Ce sont précisément les passions qui constituent le phénomène fondamental de la nature humaine » (Vygotski, 1933, dans Clot, 2018, paragr. 10). L'opposition entre les émotions primaires qui nous soumettraient aux émois du corps, et celles, supérieures, qui relèveraient des passions de l'âme, n'est pas la thèse engagée par le psychologue russe. Il réfute cette vision dualiste de l'affect et s'inspire des positions du philosophe Spinoza qui cherche à élucider le rapport entre concept et passion, pensée et affect, en adoptant un point de vue centré sur l'action. Pour Vygotski, séparer émotions inférieures et supérieures s'opposent à l'expérience. Car les émotions sont liées au corps. Il postule que l'affect « élève l'individu à un plus haut niveau d'activité » (Vygotski, 1933, dans Clot, 2018, paragr. 10). Une citation, empruntée à Spinoza, montre l'héritage du philosophe « qui entend par affects d'une part ces états corporels qui augmentent ou diminuent l'aptitude du corps lui-même à l'action, la favorisent ou la restreignent, et d'autre part les idées que l'on a de ces états » (Vygotski, 1933, dans Clot, 2018, paragr. 10). Ainsi, « corps et âme », « action et pensée » sont liées dans l'activité. Or, l'activité existe à travers des activités déjà vécues, inscrites dans les instruments génériques à la disposition du sujet, que la nouvelle activité va remettre en jeu. Le conflit affectif est donc inhérent à l'activité. Le « corps et l'âme » « vont pour ainsi dire à la rencontre l'un de l'autre, de telle sorte qu'au point de leur intersection, au moment de

leur rencontre, naît le véritable trouble émotionnel » (Vygotski, 1933, dans Clot, 2018, paragr. 10). Et c'est ce trouble émotionnel qui élève l'activité :

Dans une période de forte excitation, on ressent fréquemment une puissance colossale. Ce sentiment apparaît brusquement et élève l'individu à un plus haut niveau d'activité. Lors de fortes émotions, l'excitation et le sentiment de force fusionnent, libérant par là même une énergie mise en réserve et ignorée jusque-là, et faisant prendre conscience de sensations inoubliables de victoire possible. (Vygotski, 1933, p. 104)

L'affect manifeste le conflit de l'activité avec elle-même : quand les ressources de l'individu agissant se dérobent, naît un conflit entre l'expérience déjà vécue et l'expérience vécue. Ce point de déséquilibre engage alors l'affect du sujet qui va réévaluer les attendus de son activité au regard des inattendus rencontrés dans sa nouvelle activité. Les émotions, instruments corporels, psychologiques et mentaux de l'affectivité en activité, sont ainsi des leviers à l'action car ils permettent à l'individu de répondre à la situation. Par voie de conséquence, ces émotions participent du développement psychique du sujet. Mais même si elle est interne, « l'énergie mise en réserve » (Vygotski, 1933, p. 104) n'est pas exclusivement organique. Elle puise dans les ressources du monde, dans sa confrontation au réel et peut se déployer pour devenir une nouvelle source d'énergie. Le rôle des émotions dans le processus de migrations fonctionnelles développé par Clot à partir de Vygotski, permet d'en comprendre les ressorts. La migration fonctionnelle consiste :

À mettre une fonction au service d'une autre, ses émotions au service de la pensée, son imagination ou ses sentiments au service des émotions, son organisme au service du corps subjectif, le tout pour convertir la passivité en activité [...]. Ce qu'on peut appeler ici le pouvoir d'être affecté est sous la dépendance d'une agilité construite dans les migrations fonctionnelles. (Clot, 2015, p. 211)

Pour Clot, la migration fonctionnelle se réalise entre les buts et les moyens ; c'est « sans doute un critère central pour identifier un développement potentiel » (Clot, 2008a, p. 179). Clot avance l'idée que pour assurer un développement de l'activité, il faut que l'individu soit capable d'être affecté et de « faire de ses expériences vécues » un objet (excitant) « pour d'autres expériences vécues » c'est-à-dire, de créer des rapports féconds entre cognition et émotions. (Vygotski, 1925/1994, dans Ciavaldini-Cartaut, 2009, p. 83). Les étonnements, les affects provoqués par la nouvelle activité sur l'activité visent ainsi à déclencher des émotions ou vont se révéler des sentiments, témoins des normes, des idéaux et des valeurs propres aux individus.

❖ ... Au plus haut niveau de passivité

Cependant, le plus « haut niveau d'activité » envisagé comme une vitalité augmentée peut « déboucher sur un plus haut niveau de passivité » ; la surprise et le déséquilibre provoqués par l'affect peuvent mener le sujet à une impasse sous le mode d'une « défense anxieuse » :

Ce conflit, [le sujet] le met à découvert en opposant en lui passivité et activité à proportion de ses affects qui déchargent ou rechargent son énergie. L'activité change de température. Ce contrecoup peut se faire au bénéfice éventuel de la découverte de quelque chose de nouveau mais aussi au risque de la défense anxieuse des habitudes. (Clot, 2016, dans Bonnefond, 2016, p. 53)

Quand l'indétermination est trop forte pour l'individu, le dispositif clinique qui consiste à « attiser » l'affect ne permet pas toujours de se constituer en source d'énergie et de participer du développement des individus. C'est que, pour reprendre la perspective pragmatiste de Dewey,

La rencontre du connu et de l'inconnu ne se limite pas à un simple agencement de forces : elle est une re-création dans laquelle l'impulsion présente acquiert forme et solidité tandis que le matériau ancien, qui était "en réserve", est littéralement régénéré et gagne une vie et une âme nouvelles en devant affronter une situation nouvelle. (Dewey, 2010, dans Bonnefond, 2016, p. 52)

Cependant, pour Dewey, cette régénération « ne consiste pas uniquement à ajouter quelque chose à la somme de ce que nous savions déjà. Elle implique un processus de reconstruction qui peut s'avérer douloureux » (Dewey, 2010, dans Bonnefond, 2016, p. 52). L'activité existe ainsi à l'aune d'autres activités. Pour Leontiev (1984), l'activité est la condition première de l'expérience. C'est à partir de ce postulat que le chercheur met en lien individu et société et développe, dans le sillage de Vygotski, sa théorie de l'activité.

CHAPITRE 3. LEONTIEV ET LA THÉORIE DE L'ACTIVITÉ

3.1. La théorie de l'activité

La théorie de l'activité, inséparable de l'école russe du XX^{ème} siècle et de la troïka intellectuelle Vygotski, Luria, Leontiev, doit être envisagée avec les apports de Leontiev qui a largement participé aux travaux de Vygotski sur le développement de la psychologie culturo-historique. Leontiev développe et prolonge la théorie de Vygotski en explicitant les relations complexes entre l'individu et la société sociale. Il intègre les relations sociales entre les différents acteurs dans le triangle sujet/artefact/objet, développé par Vygotski. Ce modèle a longtemps fait référence dans le contexte professionnel et organisationnel pour, peu à peu, intégrer le champ des pratiques de formation.

Les principes théoriques de Vygotski sont remis en question autour de la notion d'expérience. Pour Leontiev, l'activité est la dimension première de l'expérience dans la mesure où elle s'y fixe. Il avance que l'activité humaine n'existe que dans son rapport à autrui, et que, c'est seulement en analysant l'activité des individus dans leur environnement que l'on peut étudier le psychisme individuel. Pour Leontiev, la pensée est le reflet de la réalité produite dans l'activité. L'intellectuel part du postulat que certaines conditions extérieures à l'homme déterminent son activité : « La société produit l'activité des individus qui la composent » (Leontiev, 1984, p. 93) en lui donnant des buts et des mobiles. La théorie de l'activité distingue donc l'action comme réalisation d'un but et l'activité qui répond à des motifs. La réalisation de l'action peut être individuelle, partagée ou collective, tandis que l'activité nécessite de considérer les dimensions sociales qui la constitue. Ces dimensions donnent du sens au but de l'action et participent de la compréhension des mobiles de l'activité. Dans cette théorie, sujet, objet et instruments sont envisagés au regard de la capacité des hommes à nouer des relations directes avec les objets de leur environnement. Mais pour Leontiev, c'est la conscience de l'homme, considérée comme connaissance, qui va lui permettre de traiter les abstractions et de donner du sens aux activités. Dans son modèle, le sujet, actif, utilise des instruments comme médiation entre le but de l'action et l'objet visé par l'activité (motif). Les instruments sont les produits des rapports sociaux, l'activité première, mais par leur médiation, ils vont bouleverser ces rapports. Leontiev interroge ici les liens de l'homme à la communauté, et l'activité comme construction collective médiatisée. Pour illustrer le développement historique de la division du travail et

en particulier, la différence entre action individuelle et activité collective, Leontiev prend appui sur la chasse collective dans la société primitive :

Lorsque les membres d'une tribu chassent, ils ont individuellement des objectifs séparés et sont en charge de diverses actions. Certains font peur à un troupeau d'animaux et les dirigent vers d'autres chasseurs qui tuent le gibier et d'autres membres ont d'autres tâches. Ces actions ont des objectifs immédiats, mais le véritable motif est au-delà de la chasse. Ensemble, ces personnes visent à obtenir de la nourriture et des vêtements, pour rester en vie. Pour comprendre pourquoi des actions séparées sont significatives, il faut comprendre le motif de l'activité dans son ensemble. L'activité est guidée par un motif. (Daniels, 2001, dans Fixmer, 2009, p. 68. Traduction libre)

L'activité d'une communauté poursuit des motifs communs tandis que les actions individuelles visent des buts singuliers. C'est en substance la différence que développe Leontiev grâce à son exemple : les objectifs personnels des individus se distinguent des objectifs de l'activité qui se transforme et se révèle à l'action du groupe. Pour Vygotski, le langage est l'outil de médiation tandis que pour Leontiev, l'analyse de la conscience et de la connaissance fonde sa théorie. Pour lui, la nature collective de l'activité est fondamentale. Si Leontiev est bien le fondateur de la théorie de l'activité, Daniels, (1996, dans Fixmer, 2009, p. 69) souligne cependant que Vygotski a déjà discuté l'activité dans son article *Consciousness as a problem of Psychology of Behavior*. Il considère que grâce à la médiation d'autrui, les activités génèrent la conscience. Mais pour Clot, Leontiev modifie le point de vue. Il regarde l'activité « comme unité de base » (Clot, 2008b, dans Miossec, 2011, p. 49). Sens et signification s'envisagent alors différemment pour Leontiev : le sens met en rapport la conscience, ce vers quoi sont tournées l'action immédiate et les incitations vitales qui poussent l'individu à agir. L'engagement subjectif procède ainsi du développement de l'individu, aussi, la question du sens des activités est centrale. Elle s'envisage dans l'analyse des systèmes internes de l'activité. De ce point de vue, les dimensions biologique, psychologique et sociale coexistent dans l'activité humaine ce qui nécessite d'en tenir compte quand il s'agit de l'étudier. L'individu lui-même, les instruments qu'il utilise, les interactions qui se jouent dans sa communauté et l'objet final qu'il vise, sont autant de catégories à analyser. C'est un système minimal, toujours en mouvement, c'est « une unité de la vie médiatisée par le reflet psychique, la fonction réelle de ce dernier consistant à orienter le sujet dans le monde concret » (Leontiev, 1984, p. 91). Pour expliciter son modèle, Leontiev développe un système à trois niveaux : les activités proprement dites, les actions et les opérations.

Au premier niveau, les activités relèvent d'une intention consciente et motivée. C'est « un système dans un système de relations et de conventions sociohistoriques liées à un contexte ou milieu institutionnel (école, travail) » (Leontiev, 1972/1981, dans Ciavaldini-Cartaut, 2009, p. 83). Leontiev avance que le motif est ce qui pousse le sujet à agir, la « composante énergétique » de l'activité. Il rajoute que « ce qui distingue essentiellement une activité d'une autre c'est la différence de leurs objets » : « l'objet de l'activité est son motif réel » (Leontiev, 1984, pp. 112-113). Le motif peut être perçu, situé dans le monde partagé, ou bien « n'exister que dans l'imagination, dans la pensée » (Leontiev, 1984, p. 114). Pour Leontiev, il n'existe pas d'activité qui soit dépourvue de motif. Si le motif ne se laisse pas voir, c'est qu'il est « subjectivement ou objectivement caché ». L'auteur rajoute que dans le cours de l'activité, le motif qui en est à l'origine peut se déplacer, se transformer, s'abandonner, ou encore engager le sujet dans une autre activité. Ainsi, les activités peuvent aboutir à de multiples actions qui elles, s'effectuent par des opérations accumulées mais non encore conscientisées.

Le deuxième niveau d'analyse développe l'idée que toute action est dirigée vers un but.

L'action est

Un processus soumis à la représentation du résultat qui doit être atteint, c'est-à-dire un processus soumis à un but conscient. De même que le concept de motif est corollaire du concept d'activité, le concept de but est corollaire du concept d'action. (Leontiev, 1984, p. 113)

Le motif incite l'individu à agir, tandis que le but oriente son action. Les actions constituent l'activité. Cependant, une même action peut servir plusieurs activités tandis que le motif de l'activité peut se réaliser dans des buts variés et engager le sujet dans des actions différentes. Or, ces buts résultent d'un « processus relativement long d'appropriation » (Leontiev, 1984, p. 117). Ils se concrétisent en cours d'action et se transforment en fonction des conditions objectives de réalisation de l'action. Ainsi, une action associée à un but ne devient opération que dans leur lien dynamique. Et lorsque les opérations adviennent, les individus peuvent s'employer à des actions de plus haut niveau.

Le troisième niveau d'analyse introduit la notion d'opération pour laquelle des instruments, « considérés comme des moyens interposés entre l'homme et l'objet de son activité pour conduire ses actions » (Leontiev, 1972/1981, p. 74) sont nécessaires. Les modes opératoires permettent l'accès à un autre niveau d'actions ; les opérations procèdent de la réalisation de l'action. Cependant, l'opération doit rencontrer les conditions nécessaires à son exécution : si les conditions d'exécution d'une opération sont modifiées, elles peuvent redevenir action

initiale. C'est ainsi que la dimension sociale et l'apprentissage procèdent de l'accomplissement de l'action. Enfin, Leontiev avance que c'est la manifestation du besoin qui génère la structure de l'activité et que le besoin s'actualise dans un objet. Porté par un nouvel élan subjectif en lien avec le résultat d'une action, le motif initial d'une activité peut être transformé et donner lieu à de nouvelles attentes. Cependant, comme composantes de l'activité, seules les actions sont visibles.

De l'analyse du modèle de Leontiev, nous retenons en particulier la nature collective de l'individu, mais aussi, les trois dimensions de l'activité dont Clot s'est fait l'héritier : le but, le mobile et les opérations. Cependant, il ne faut pas envisager ces trois éléments comme de simples composants de l'activité. Pour Leontiev, l'activité est « vivante » et « les objets en soi ne sont capables d'acquérir la force motivante, de but, d'outil que dans le système de l'activité humaine » (Leontiev, 1984, p. 121). Il faut donc analyser les buts, les mobiles et les opérations dans les rapports, dans le développement et le pouvoir d'agir qu'ils révèlent en cours d'activité et dans les liaisons que l'objet (ou but) produit et entretient. Car l'objet devient source de motivation dans l'activité en répondant au motif. Mais le motif n'est pas « donné ». Il faut le découvrir pour qu'il adopte une fonction de stimulation et d'orientation de l'activité. Car contrairement aux buts et aux actions, le motif n'est pas toujours conscient, alors même que l'objet sur quoi il se fixe est toujours perçu. Leontiev souligne :

Autre chose est la prise de conscience de l'objet en tant que motif. Le paradoxe consiste en ceci que les motifs ne se révèlent à la conscience qu'objectivement, par l'analyse de l'activité, de sa dynamique. Mais subjectivement, ils ne se manifestent qu'indirectement, sous forme de désir, de vouloir, d'aspiration à un but. (Leontiev, 1984, p. 227)

Ce sont ainsi les émotions qui, en cours d'analyse de l'activité, peuvent manifester les motifs. Cette vision de l'activité intéresse particulièrement notre cadre théorique, notre méthodologie et l'analyse de notre matériau de recherche.

3.2. Des théories de l'activité à la clinique de l'activité

Cette recherche adopte le point de vue développemental de l'activité de Vygotski et de Leontiev dans le cadre d'une perspective historico-culturelle en psychologie du travail dont la clinique de l'activité se réclame (Clot, 1999). Plutôt orientée vers l'analyse du travail dans les organisations, la clinique de l'activité a aussi imprégné les secteurs du service et de l'enseignement en interrogeant des situations de développement de l'activité. Cette recherche propose ainsi de transférer la théorie de Clot – clinique de l'activité – en

l'appliquant à l'andragogie. Cette partie a pour ambition de faire le lien entre la théorie de l'activité développée par l'école russe de psychologie et la clinique de l'activité qui prend appui sur la conceptualisation théorique du rapport entre action et activité. Ce cadre théorique vise à justifier notre outil méthodologique dont la fonction est de mettre au jour la mobilisation et le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles des ESI et des EMK, *via* la simulation et la clinique de l'activité. Afin d'approcher ce développement professionnel, nous avons créé un espace dialogique pour provoquer l'analyse réflexive des sujets sur leur activité simulée. Notre recherche prend ainsi en compte les caractéristiques des processus en jeu dans l'apprentissage. Elle considère que l'activité est un système dynamique ancré dans une situation et que c'est une histoire inachevée, incarnée par un sujet. La recherche tient compte du fait que ce système n'est pas accessible directement et qu'il existe toujours un écart entre la tâche prescrite aux sujets et ce qu'ils réalisent réellement dans une situation donnée. Enfin, l'activité s'inscrit dans un système social qui inclut et agit sur les activités des autres.

3.3. La clinique de l'activité comme cadre conceptuel

3.3.1. La clinique de l'activité

La clinique de l'activité, conceptualisée par Clot (1995), appartient à la clinique du travail (Lhuillier, 2006). Ce courant adopte une conception située et incarnée de l'activité ce qui implique d'adosser les recherches à une situation réelle que nous avons approchée par la simulation en santé. Dans la perspective développementale qui nous intéresse, l'activité s'adosse à la distinction entre activité, action et opération opérée par Leontiev (1981). Rajoutons que, à la lumière de la théorie vygotskienne du développement, la dimension sociale imprègne la clinique de l'activité : « en refaisant seul, ce qu'il a fait avec les autres en étant "une tête au-dessus de lui-même", le sujet reconstruit alors pour lui autrement et sur un plan intérieur ce qui s'est produit avec les autres » (Clot et Simonet, 2015, p. 36). La clinique de l'activité, mobilise le concept de « pouvoir d'agir » ou « pouvoir d'action » (Clot, 2008 ; Clot et Kostulski, 2007) qui joue à la fois « le rôle de ressort explicatif et le ressort ultime de l'intervention » (Brun, 2017, p. 1). Pour Clot (2008a), la clinique de l'activité est une recherche fondamentale de terrain à visée transformatrice, qui mobilise le rapport activité/subjectivité dans les rapports humains. Le développement n'est pas seulement l'objet d'étude de la clinique de l'activité mais il en constitue aussi la méthodologie (Clot, 2004). L'intervention est donc la première partie du processus de recherche. Elle vise à aider

les individus à développer leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur milieu, en leur offrant un cadre dialogique pour repenser leur travail. Pour les cliniciens de l'activité, l'intervention s'inscrit dans les milieux de travail. Dans notre recherche, elle s'inscrit dans une action de formation caractérisée par la mise en œuvre d'une séance de simulation en interprofessionnalité. Les matériaux dont nous disposons sont les traces filmiques du débriefing réalisé dans le cadre théorique de la clinique de l'activité, mais surtout, leur analyse, dont les fonctions sont multiples (Yvon et Clot, 2003) :

- L'analyse de l'activité est un instrument de connaissance des situations de travail
- L'analyse de l'activité est instrument de médiation sociale
- L'analyse de l'activité est un instrument de formation

L'analyse de l'activité questionne ce que font les individus et ce qu'ils ne font pas car « l'activité humaine n'est pas réductible à ce qui est observable mais recouvre aussi les dimensions cachées potentiellement nombreuses et influentes, tout à fait susceptibles d'échapper à l'analyse et en premier lieu, à l'acteur lui-même » (Flandin, 2015, p. 152). Considérés comme de « véritables experts de leur activité » (Yvon, 2010), les individus au travail sont ainsi les seuls, grâce à l'émergence de leur expertise, de leurs intentions cachées, des dimensions subjectives de leur activité, à porter les transformations de leur travail. Le chercheur en clinique de l'activité doit donc s'employer à solliciter cette expertise. Dans le cadre de notre recherche, nous avons recours aux ACS, aux ACC (Clot, 1999 ; Clot et al., 2001) et aux retours au collectif d'étudiants pour tenter d'y parvenir. Ce dispositif n'a pas pour vocation la production de connaissances mais vise à permettre aux individus de « s'expliquer avec ce qu'ils font pour qu'ils puissent éventuellement faire autrement, s'ils pensent devoir ou pouvoir le faire » (Clot, 2008) et pour permettre au chercheur de trouver « les chemins de l'action transformatrice » (Clot, 2008) sur le terrain.

3.3.1.1. Activité et travail bien fait

Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles (Canguilhem, 2002, dans Clot, 2018, paragr. 6).

« C'est là que l'action peut trouver son élan » insiste Clot (2018, paragr. 6). Pour le chercheur, activité et santé ne font qu'un mais l'un comme l'autre sont des « synonymes potentiels » (Clot, 2014) qu'il justifie à partir de la manière dont le philosophe et médecin

Canguilhem pose le problème de la santé. Canguilhem (1966) pose trois conditions à la santé : la capacité à porter la responsabilité de ses actes, la capacité à « porter » des choses à l'existence et la capacité à affecter son milieu par son initiative, autrement dit, à créer (Clot, 2014). L'efficacité au travail signifie donc pour Clot, « la création de buts, comme la formation d'objectifs, comme l'imagination au contact du réel, de possibilités d'abord insoupçonnées » et la « découverte de nouveaux buts » dans l'activité. Pour le chercheur, il s'agit d'un « processus classique d'établissement de liaisons nouvelles dans et par l'activité, origine d'affects actifs, d'appétits professionnels et coloré d'émotions » (Clot, 2008b, p. 14). Cette dimension de l'affect dans l'activité est héritée de la théorie de Vygotski qui évoque « l'influence dynamogène des émotions qui élèvent l'individu à un plus haut niveau d'activité » (Vygotski, 1931/1998, dans Clot, 2015, p. 207). Mais pour se sentir efficace, l'individu doit répondre à des critères de qualité. L'analyse de l'activité s'emploie ainsi à montrer les décalages et les ajustements des travailleurs pour satisfaire à des critères personnels de qualité, ce qui introduit la distinction entre réel et réalisé. La notion de critères de qualité introduit nécessairement la notion d'évaluation à partir de « règles » qui permettent au travailleur de se repérer. Or, Clot explique la difficulté de se reconnaître dans ces critères de qualité lorsqu'il s'agit de travail de service (enseignement, santé, commerce). Dans ce type de travail, la performance pose en effet des conflits de critères et des conflits de valeurs (Clot, 2014). Clot définit alors l'objet du travail de service comme « l'activité d'autrui ». Il pose la question du collectif de travail dans l'activité, au regard des conflits de critères et de leur contenance, mais aussi, au regard du métier comme instrument d'évaluation d'efficacité et de performance. Ainsi, pour le chercheur, le collectif de travail ne peut exister que par l'hétérogénéité et la capacité à supporter la controverse et « lorsqu'on constate, dans les situations professionnelles, que ce qu'on ne partage pas encore, c'est plus important que ce qu'on partage déjà » (Clot, 2014, paragr. 5). Le collectif devient alors un instrument de travail qui permet de répondre aux critères de qualité et d'approcher le travail bien fait. Mais pour se mesurer à ce réel conflit de la performance, Clot distribue les conflits de critères en quatre registres du métier.

3.3.2. Les quatre dimensions du métier

Conformément au cadre théorique de la clinique de l'activité, nous adoptons ici le « modèle psychologique et développemental » du concept de métier (Clot, 2008). Dans ce modèle, « l'objet-lien » est central. Pour Clot, le métier se définit comme

Une discordance créatrice – ou destructrice – entre les quatre instances en conflit d’une architecture foncièrement sociale qui peut acquérir une fonction psychique interne. Une liaison-déliasion à entretenir et toujours à refaire entre des espaces-temps irréductiblement personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel. Personnel et interpersonnel, le métier l’est dans chaque situation singulière, d’abord comme activité réelle, toujours exposée à l’inattendu. Sans destinataire, l’activité perd son sens. C’est pourquoi le métier, dans l’activité, est, à la fois, très personnel et toujours interpersonnel, action située, adressée et, en un sens, non réitérable. (Béguin et Clot, 2004, dans Clot, 2011, p. 34)

Clot admet le lien interpersonnel qui se développe entre les professionnels qui exercent le même métier. Mais il développe aussi l’idée qu’un second lien relie le travailleur au monde, en particulier à « la chose fabriquée ou [au] service rendu qui garde la trace de la qualité du travail » (Clot, 2008, p. 257). Pour le chercheur, ce lien ne peut pas s’affranchir des pratiques sociales qui, dans l’organisation du travail, impose des prescriptions – les tâches à réaliser – pour donner forme à cette « chose fabriquée » ou à ce « service rendu ». Mais cet objet ne peut véritablement faire lien que s’il répond aux attendus de ses destinataires. Formalisés, ces attendus répondent à la première dimension du métier développée par Clot : la dimension impersonnelle.

3.3.2.1. La dimension impersonnelle du métier

Pour le chercheur, le travail est d’abord impersonnel. Il se joue au niveau de la prescription comme ressources pour se mesurer aux critères de performance. Envisagé sous l’angle de la tâche prescrite, caractérisé par sa dimension sociale du travail, « l’impersonnel » correspond aux normes, aux procédures et fait référence à ce qui est « nécessairement le plus décontextualisé dans l’activité d’un travailleur » (Clot, 2007, p. 86). La prescription, qui délimite ce qui doit être fait, est certes considérée comme un moyen pour l’organisation de « contenir » les travailleurs, cependant, elle leur permet aussi de s’en émanciper car elle ouvre le champ des possibles à ce qui se situe au-delà du prescrit. Mais pour le novice, la prescription est la première voie d’entrée dans le métier. Elle l’engage à « faire ce qu’il faut faire ». Sa manière de faire sera ensuite mise à l’épreuve de ce que font les autres, les plus experts. Cette confrontation ouvre au novice la voie à d’autres possibles. Mais c’est dans la « dispute professionnelle », dans la discussion des autres manières de faire avec les autres professionnels, que ces déclinaisons de la tâche pourront devenir ressources pour le novice. Pour Clot (2008), c’est le dialogue qui permet d’installer les ressources de l’activité interpersonnelle et du collectif.

3.3.2.2. De la dimension personnelle à la dimension interpersonnelle du métier

Activités personnelles et activités interpersonnelles portent en elles un conflit vital qui inscrit le métier dans une histoire vivante à récrire encore et encore. Le métier arbore en effet une signification collective dans laquelle l'individu doit faire sa place en interrogeant le sens de ce qui fait métier pour lui. Le novice fait l'expérience de la dimension interpersonnelle du métier en comparant les diverses manières possibles de le faire. Car l'activité, qui caractérise la dimension individuelle du travail, est toujours adressée. Elle est adressée comme réponse et comme adresse à autrui, mais aussi, aux institutions. Elle est adressée comme discours et comme activité langagière. Sans destinataire, elle perdrait son sens (Clot, 2007). L'approche de l'activité dialogique – qui oscille entre dialogue intérieur et dialogue extérieur – nous renseigne ici sur le destinataire de l'activité. Le dialogue intérieur est celui que le sujet entretient avec lui-même. Il devient « le sub-destinataire ». C'est en ce sens que le métier est personnel. Il s'incarne dans l'activité menée par un sujet et dans le dialogue intérieur qui le parcourt alors. Les « destinataires seconds », présents dans le contexte dialogique, sont ceux à qui s'adresse le sujet qui réalise l'activité. Le dialogue extérieur contient les énoncés exprimés « adressés », dont le sujet attend une réponse. Un troisième destinataire – le « sur-destinataire » – qui représente « la totalité des voix du passé qui continuent à parler dans le présent » vient alors « [protéger] le locuteur de l'évaluation immédiate du second destinataire » (Bakhtine, 1970, dans Duboscq et Clot, 2010, p. 260). Le dialogue se poursuit ainsi au-delà des sujets présents dans l'activité dialogique qui elle, doit approcher le « difficile à dire », le « difficile à comprendre », le « difficile à faire » (Bakhtine, 1970, dans Duboscq et Clot, 2010, p. 263). L'activité dialogique justifie ainsi la dimension transpersonnelle du métier.

3.3.2.3. La dimension transpersonnelle : le « genre professionnel »

La dimension transpersonnelle interroge le « genre professionnel » qui se caractérise par son mouvement perpétuel, toujours inachevé, inscrit dans la mémoire collective d'un métier. Or, cette mémoire collective « n'appartient à personne, est un moyen disponible pour tous et chacun, traverse les générations et même chaque professionnel » (Clot, 2008, p. 258). Pour Clot et Faïta (2000) la dimension transpersonnelle est un

Donné à recréer dans l'action [car] ces conventions d'action pour agir sont à la fois des contraintes et des ressources. Elles ont le caractère d'un prémédité social en mouvement qui ne relève pas de la prescription officielle mais qui la traduit, la « rafraîchit » et, si nécessaire, la contourne. (Clot et Faïta, 2000, p. 13)

Les travailleurs d'une communauté donnée partagent une même histoire qui les relie et leur permet de faire avec ce qui a été fait sans avoir à tout réinventer, tout en soutenant l'agir futur. Dans la perspective de Bakhtine (1984), le genre professionnel est présenté en référence aux règles implicites, aux « rébus », aux choses qu'on fait sans les dire, à un répertoire de « mise en actes », de « mise en mots » qui sont historiquement et collectivement construits et qui permettent au collectif de travailler efficacement ensemble (Clot et Faïta, 2000). Dans le champ des théories du travail, Clot avance que la prescription générique (opposition entre la tâche prescrite et activité réelle) peut évoluer :

Il existe des formes prescriptives [autres] que les travailleurs s'imposent pour pouvoir agir qui sont à la fois des contraintes et des ressources. S'il fallait créer chaque fois dans l'action chacune de nos activités, le travail serait impossible. Le genre de l'activité repose donc sur un principe d'économie de l'action. (Clot et Faïta, 2000, p. 11)

Ces prescriptions ne s'opposent pas à la tâche qui elle, est formalisée par les organisations. Les prescriptions naissent dans l'activité de ceux qui les respectent et offrent aux autres une contenance à l'activité individuelle par les ressources potentielles disponibles, mais implicites. C'est ainsi que le sur-destinataire du dialogue est considéré comme l'instance transpersonnelle du métier. Bakhtine (1984) postule que l'individu apprend de lui-même et mobilise des ressources pour évoluer par comparaison avec le travail d'autrui. Ainsi, le genre est un travail de réorganisation : entre l'organisation du travail et le sujet, entre la tâche et les collectifs professionnels, entre l'organisation du travail et le collectif.

En revanche, si l'individu au travail ne parvient pas à dépasser une seule manière de faire, si le collectif n'est pas pour lui une ressource lui permettant de créer de nouvelles normes, il se retrouve enfermé dans une spirale vaine privée de sens. L'individu va alors reproduire immuablement le même geste : « le geste est répétitif chaque fois que le mouvement est amputé de ses possibilités de développement » (Clot et Fernandez, 2005, p. 75). Le travailleur emprunte ici la voie de la « répétition avec répétition » (Clot, 2008b) qui le limite dans son pouvoir d'agir. Ainsi, « la réélaboration des règles est un moyen de résoudre des contradictions, des conflits » (Caroly et Clot, 2004, p. 50). Encore faut-il que le travailleur ne soit pas paralysé par ses propres règles d'action et qu'il accepte le conflit, qu'il y « mette du sien » (Clot, 2002). Car la transmission du métier demande des efforts. Il s'agit, pour les novices d'identifier les règles du métier à partir des « disputes » avec les plus expérimentés puis de les éprouver par l'action, de se les approprier et de s'en émanciper pour approcher leur propre style. Les novices traversent alors des genres intermédiaires (Saujat, 2004) par

un processus de migrations fonctionnelles comme liaisons interfonctionnelles entre l'expérience déjà vécue, les buts anciens et l'expérience à venir. Le genre professionnel a ainsi une double fonction. La première est psychologique : elle soutient l'activité individuelle et favorise le pouvoir d'action. La seconde est sociale : elle vise la transformation des situations de travail et de l'organisation. Car pour faire vivre un collectif de travail, les valeurs comme les règles professionnelles doivent être communément partagées. C'est ainsi que le novice va hériter, malgré lui, des ressources du transpersonnel qui n'appartient pas plus aux novices qu'aux experts.

3.3.3. La dimension personnelle du métier et le style

Enfin, Clot développe l'idée que la dimension personnelle ne peut exister qu'à la fin de la trajectoire qui mobilise les trois autres dimensions du métier (Clot, 2014). Dans cette perspective c'est le collectif qui favorise le développement du métier et qui permet au novice d'en sortir pour devenir « personnel » et lui permettre de prendre « des libertés avec le métier ». Le novice mobilise alors « Les ressources du métier pour sa propre activité personnelle, toutes les ressources (la prescription, le transpersonnel, le genre, ...) [...] ». Il peut « prendre les libertés avec, c'est-à-dire » [qu'il peut] « s'affranchir des routines du métier et du genre professionnel en développant le style de sa propre action » (Clot, 2014, paragr. 5). Le style est ainsi considéré comme un affranchissement des repères collectifs. Il « adapte » les prescriptions génériques à la singularité du sujet et au contexte du travail et met en tension sa mémoire historique transpersonnelle et sa mémoire personnelle. Social et singulier, le style appartient à l'action du sujet qu'il puise dans le genre personnel – dont les espaces de disputes permettent le renouvellement du sens et de l'efficacité – et dans sa mémoire personnelle qui contient « les schèmes opératoires, perceptifs, corporels, émotionnels ou encore relationnels et subjectifs sédimentés au cours de sa vie [...]. C'est là son expérience » (Clot, 2008b, p. 111). Le genre et le style se nourrissent d'une dynamique constante et développent le pouvoir d'action de l'individu. Il faut ainsi veiller à ce que les rouages de cette dynamique ne se grippent pas : si le genre professionnel cesse de se développer, le pouvoir d'agir va régresser et le style va s'inscrire dans « une routine, une automatisation figée ou une forme de transgression mal supportée par le collectif » (Clot, 2008b, p. 111). En ce sens, le style développe le collectif et comme le genre, il renseigne sur le processus de création d'un collectif de travail.

CHAPITRE 4. COMPRENDRE L'AGIR PROFESSIONNEL PAR L'ACTIVITÉ DIRIGÉE

4.1. Activité médiatisée, activité dirigée

La clinique de l'activité est un moyen de mieux comprendre le développement de l'agir professionnel ; elle vise la transformation des situations de travail (Clot et Faïta, 2000). Pour Vygotski, l'acte instrumental et la signification du mot constituent l'unité d'analyse psychologique. Pour Clot, l'activité n'est pas essentiellement tournée vers l'objet de la tâche (Clot, 1999) mais elle est dirigée, « adressée, simultanément dirigée vers son objet et les autres activités portant sur cet objet, que ce soient celles d'autrui ou encore d'autres activités du sujet » (Clot, 2008b, p. 6). Ainsi, l'unité de base de l'analyse psychologique est, pour Clot, l'activité dirigée (Clot, 1999, p. 100). Elle est entendue comme étant simultanément tournée vers son objet et vers l'activité des autres portant sur cet objet, ce qui favorise le développement.

La notion d'activité dirigée est héritière de l'activité médiatisée de Vygotski, considérée comme outil ou instrument psychologique. Mais le concept de médiation objet-sujet par un instrument n'est pas suffisant pour expliquer l'activité dirigée. En effet, “ l'objet du travail ne porte pas, écrit sur son front, les schèmes sociaux de son utilisation ” et “ les autres ne portent pas non plus écrit sur leur front le sens de ce qu'ils font ”, raison pour laquelle c'est dans le commerce que les individus entretiennent entre eux et avec l'objet, qu'il faudra que le sujet pénètre pour travailler. Il le fera en cherchant à comprendre ce qu'ils cherchent à faire – leurs buts et leurs mobiles réels – grâce à ce qu'ils font ou au travers de ce qu'ils ne font pas. (Clot, 1999, p.103)

Pour Clot, tout travail est une activité triplement dirigée : par le sujet, par la tâche et vers les autres. Même si le sujet travaille seul, son activité est tournée vers son objet et vers l'activité des autres portant sur cet objet. En ce sens, les activités sont interreliées et interdépendantes. Clot propose d'ailleurs d'envisager le travail comme un échange social d'activités (Clot, 1999, p. 98). Triplement adressée, l'activité est aussi triplement déterminée autour de trois pôles qui cristallisent le conflit : le sujet, l'objet et autrui (Clot, 1999, p. 101). Mais ce sont les liens qu'entretiennent chacun des pôles qui exercent des tensions. « Le travail consiste, selon les circonstances, à se mesurer aux tensions entre ces trois pôles en s'appuyant sur chacun d'eux pour s'affranchir des deux autres afin de rester sujet de la situation, créatif, en quelque sorte » (Clot, 1999, p. 53). Les liens sont conflictuels mais à chacun des pôles, l'individu en activité peut se référer à l'un d'eux. Les discordances qui se situent entre chaque pôle peuvent être créatrices ou destructrices mais elles ne rendent pas moins

conflictuelle l'activité. Or, c'est dans le conflit que le développement advient : ce qui relie le sujet et l'objet de l'activité n'existe que dans le rapport à autrui sur cet objet, ce qui les rend dépendants. Dans cette dépendance, la tension peut générer des conflits de critères sur la qualité du travail, ce qui peut engendrer un renouvellement social du rapport aux objets (Clot, 2016). Le conflit de critères est ainsi indispensable au développement.

4.1.1. Conflit de critères

Dans son acception générale, le substantif « conflit » est chargé d'une connotation négative. Or, les conflits de critères autour du travail bien fait doivent être envisagés comme des arbitrages, produit du dialogisme, sans quoi le conflit se retourne contre l'efficacité et annihile tout développement psychologique : « une formation psychologique sans conflits demeurera toujours sans possibilités » (Clot, 2010 ; Clot et Gollac, 2014 ; Tomàs et Bonnefond, 2014). Le dernier ouvrage collectif de Clot (2021)¹⁰ défend la « coopération conflictuelle » sur le travail. L'expression « coopération conflictuelle » euphémise la notion de conflit en introduisant l'entrée directe par le collectif. Dans cette perspective, le collectif se retrouve autour de « débats d'écoles » qu'il doit être en capacité de supporter pour « civiliser le réel » qui se complexifie peu à peu : « Un professionnalisme élargi suppose, entre salariés, l'instruction de la “dispute professionnelle” sur les critères du travail de qualité » (Clot, et Gollac, 2014, p. 133). Ce même critère de conflits est envisageable en formation alors que les étudiants, novices, peuvent profiter de l'expérience des plus âgés. Le conflit devient alors le moteur du développement ce qui renvoie à la « dispute professionnelle » comme critère qui définit le collectif de travail. Cette « dispute » fait écho à la conflictualité telle que l'envisage Vygotski. Elle prend sa source dans la conflictualité sociale comme relais à la conflictualité interne individuelle. Elle agit comme une source d'énergie qui va mobiliser le conflit interne de l'individu et lui permettre de réguler son propre comportement. La « dispute » permet ainsi de médiatiser l'incorporation des ressources sociales pour mieux travailler individuellement et réinterroger sa place, son rôle, sa fonction dans le collectif et pour construire de nouveaux comportements. Mais bouleverser le fonctionnement de l'action est aussi une source de développement (Clot, 2004).

¹⁰ Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.

4.2. Changement de destinataire et sens

Vygotski explique le renouvellement, de sens en particulier, à partir d'une expérience menée auprès d'un enfant dont la tâche assignée est la réalisation d'un dessin. Face aux manifestations de fatigue, d'agacement et d'émotions négatives de l'enfant, Vygotski change de destinataire pour relancer l'activité. L'enfant a alors pour mission d'expliquer le travail à un autre enfant ce qui mobilise la dimension affective dans son activité. Pour Vygotski (1994), cette dimension donne une nouvelle impulsion à l'activité : « Devenu instructeur, l'enfant est dans une position subjective différente qui retourne le sens de la situation jusqu'à affecter en cascade, par un choc en retour, l'organisation de son action de dessin et cette action elle-même » (Clot, 2004, p. 8). « La répétition avec répétition » comme obstacle au pouvoir d'action (Clot, 2004, p. 20), devient « répétition sans répétition » ; si l'action se répète, elle ne le fait pas à l'identique au sein d'une nouvelle activité dirigée. Elle devient source de développement (Clot, 2004).

4.2.1. De l'activité dirigée à l'activité réalisée

Comment regarder ce qui fait sens dans l'activité ? L'homme est en effet « plein à chaque minute de possibilités non réalisées » (Vygotski, 2003, p. 76).

Dans son approche de la situation de travail, l'ergonomie du travail distingue la tâche et l'activité (Leplat et Hoc, 1983). Pour rappel, la tâche correspond au but, aux procédures et aux protocoles prescrits, à ce qui est donné au sujet pour produire son travail. Il s'agit du travail prescrit. L'activité relève des facultés, des opérations, des objectifs, des stratégies personnelles, de l'activité mentale – où résident les compétences – adoptée par le sujet pour mener sa tâche à bien en fonction des outils mis à sa disposition. L'activité se définit ainsi comme une série d'actions et « les représentations qui l'accompagnent et qui la guident » (Leplat, 1997, dans Tourmen, 2007, paragr. 5). Cette distinction introduit dans la tâche une dimension sociale tandis que la dimension collective caractérise l'activité. Clot postule, à l'instar de Vygotski, que ce qui n'est pas réalisé n'en est pas moins réel. C'est dans le sillage des théories de l'activité développées par Leontiev (1975/1984) et présentées précédemment, qu'il élabore les notions d'activité réelle et d'activité réalisée. À l'activité réalisée il oppose le réel de l'activité qui se caractérise par

Ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on fait sans avoir voulu le faire. (Clot, 2008b, p. 89)

Il s'agit donc des activités suspendues, contrariées, empêchées et impossibles et des activités qui développent l'activité réalisée, c'est-à-dire les possibilités non réalisées, réalisables mais non imaginées et non encore conçues. C'est ainsi que, dans le rapport entre l'activité réalisée et le réel de l'activité, Clot utilise l'activité dirigée comme « unité élémentaire d'analyse en psychologie du travail » (Clot, 1999, p. 100) pour révéler le « fonctionnement du développement » (Miossec, 2011, p. 51). Dans l'analyse psychologique des interactions et des mouvements dialogiques, c'est l'écart entre le réel et le réalisé que nous voulons appréhender. Se contenter de l'activité réalisée ne nous permettrait pas d'accéder aux « résidus » de l'activité c'est-à-dire, à ce qui est pensé, voulu, impossible, à ce que l'individu n'a pas osé faire, n'ose pas faire, ce qu'il n'a pas pu faire ou pas voulu faire, toutes les réalisations avortées. Une fois analysée et réinterprétée par le sujet, dans cette forme de subordination au réel qui finit par s'imposer dans l'activité, la réalisation de l'action peut générer frustrations, hésitations, empêchements. Le réel de l'activité a donc pour fonction de révéler les tensions entre ce qui est et ce qui pourrait être tandis que les activités réalisées sont sources de développement.

4.3. De la théorie à la méthodologie de recherche

Ces apports conceptuels permettent d'envisager l'action collaborative par la conception épistémologique de l'action élaborée par Vygotski et de l'activité développée par Leontiev. Dans cette perspective, la question du collectif est incontournable. Clot soutient que dans une activité de travail, le sujet vit « dans l'univers des activités d'autrui » (Clot, 1999, p. 102), aussi, nous postulons que l'activité d'un collectif est constitutive de l'activité d'un autre collectif. Nous avançons que le déploiement de la clinique de l'activité par les méthodes des autoconfrontations simples (ACS), des autoconfrontations collectives (ACC) et des retours au collectif d'étudiants comme méthode de débriefing d'une situation de simulation, nous permettrait de révéler et de développer les compétences collaboratives interprofessionnelles (CCIP) des étudiants. Ainsi, l'analyse des traces filmiques recueillies au cours de la simulation est envisagée au regard de trois considérations : l'activité réalisée n'est pas le tout de l'activité et le non réalisé est bien « réel » ; l'activité réelle correspond à

l'activité au sens large, à savoir ce qui est fait, mais aussi, ce qui ne se fait pas (unité d'analyse) ; la clinique de l'activité est un instrument conceptuel pour penser les modalités de développement de l'activité dans le rapport réciproque entre réel et réalisé.

QUATRIÈME PARTIE.

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES
COLLABORATIVES INTERPROFESSIONNELLES.

ÉTUDE QUALITATIVE

CHAPITRE 1. CADRE MÉTHODOLOGIQUE : ACCÉDER À L'ACTIVITÉ RÉELLE DES ÉTUDIANTS PAR LA MÉTHODE DIALOGIQUE

1.1. Objectifs visés par la recherche

Le premier objectif de cette recherche est envisagé sous un angle pragmatique. Il se décline en deux sous-objectifs. Il s'agit tout d'abord de repérer l'usage des CCIP des étudiants dans l'activité de simulation, puis, de mettre en lumière si l'activité dialogique, initiée par les ACS, les ACC et les retours au collectif d'étudiants, a permis de les développer.

Le deuxième objectif de cette étude poursuit une visée épistémique. Il envisage d'utiliser les discours des étudiants pour soutenir la conception de modèles d'éducation interprofessionnelle en sciences de la santé.

Cette recherche intègre une dimension réflexive et transformative de l'activité en faisant appel à la simulation rétrospective et réflexive dans un collectif interprofessionnel de travail. L'action initiée par la méthode clinico-comportementale vise à produire une expérience grâce à l'activité des étudiants en situation, aussi, le chercheur est « l'instrument des professionnels [...] dans leur effort pour reprendre la main sur une situation qui leur échappe, résoudre des questions pratiques avec des réponses pratiques » (Clot, 2008, p. 68). Dans notre contexte, la chercheuse encourage les étudiants à s'engager dans une activité qui vise à « pousser le réel dans ses retranchements » et à « découvrir ce qui jusqu'ici était inimaginable » (Clot, 2008, p. 69). C'est ainsi que nous cherchons à entrevoir le développement du sens et le développement de l'efficacité chez les étudiants-acteurs. Le premier se traduit par le dépassement des mobiles initiaux et se traduit par l'élaboration de nouveaux buts d'action comme manifestation du pouvoir d'agir, tandis que le développement de l'efficacité se manifeste par la création d'instruments nouveaux pour atteindre les buts. Nous nous attachons tout particulièrement à l'énonciation de nouveaux buts produits par les étudiants c'est-à-dire, à l'intention qu'ils ont d'agir autrement. La formation d'intentions de buts se développe en effet comme activité sociale mais relève de l'articulation entre le social et le personnel. Les buts de l'action trouvent leur origine entre les prescriptions formelles de l'organisation du travail, les prescriptions génériques qui émanent de l'histoire des collectifs de travail, et les objectifs subjectifs visés par le sujet. Ainsi, les buts poursuivis par l'individu ne sont jamais strictement la reproduction de la prescription formelle : l'individu « ne peut être conçu comme un simple système d'exécution de la tâche prescrite » (Leplat, 1997, p. 28), « il vise aussi, par cette réalisation, des buts

personnels » (Leplat, 1997, p. 28). La place des buts dans l'activité de « l'agent » est ainsi fondamentale : « Le sujet, parmi les autres, cherche à faire prévaloir [au travail] le sens de son existence personnelle, même à des coûts psychologiques élevés » (Leplat, 1999, p. 95). Le but, le mobile et les opérations renvoient aux quatre dimensions du métier, développées par Clot (Clot, 1999 ; 2008a ; 2008b), mais aussi, au genre et au style. De la prescription au développement de l'agir, du genre à sa stylisation, les quatre dimensions du métier permettent de comprendre combien l'expérience de l'étudiant impacte son développement : « La clinique de l'activité nous apprend ici les liens inextricables entre l'apprentissage d'un métier, considéré comme un processus d'acculturation, et le développement historique de l'expérience qui s'effectue à l'interface des multiples dimensions du métier » (Ciavaldini-Cartaut, 2009, dans Zimmerman, 2013, p. 63). Mais le passage entre but, mobile et opérations n'est pas linéaire. Au regard de la triple nature du langage – activité humaine, instrument psychologique de l'activité et résultat de leur mise en œuvre – ce processus de migrations des fonctions est un opérateur de développement qui se réalise par la réorganisation de nouvelles fonctions. Il se concrétise dans l'enchaînement conversationnel. Les autoconfrontations visent ainsi à favoriser ces processus de migrations fonctionnelles afin d'organiser le développement de l'activité de pensée en lien avec l'activité pratique. Le langage est au service de l'activité de pensée, et inversement. Les dimensions pratiques, langagières, cognitives et affectives comme les buts, les moyens et les opérations ne sont en effet pas sédentaires. Elles changent de place dans et par l'activité. C'est dire l'importance des « effets mutatifs du dire » (Clot, 2002, p. 32) pour l'analyse des autoconfrontations. C'est donc dans ce que font les étudiants, dans ce qu'ils disent qu'ils ont fait, dans ce qu'ils font de ce qu'ils disent, que nous pourrions observer les migrations fonctionnelles et repérer les traces de leur développement. L'alternance fonctionnelle du développement professionnel des étudiants-acteurs est alors observée au regard des signes d'émotions, des tensions, des conflits autour desquels de nouveaux buts d'action, de nouveaux mobiles, de nouveaux instruments sont construits. Nous allons ainsi analyser la cohérence, les conflits ou les contradictions qu'entretiennent entre eux les motifs de l'activité, les buts de l'action et les opérations *via* les déplacements opérés par l'activité langagière pour, *in fine*, repérer les nouveaux buts d'action.

1.2. Activité dialogique et analyse du discours

Le dialogue semble constituer une condition du développement des compétences. Selon Bakhtine (1929), « On peut comprendre le mot “dialogue” dans un sens élargi » (Bakhtine, 1929, trad. française 1977, p. 136). Pour le chercheur, il peut être interne ou externe. Le dialogue « externe » renvoie à un « échange [verbal] à haute voix et impliquant des individus placés face à face », alors qu’un dialogue devient « interne » lorsqu’il s’oriente vers un « déjà dit » et « l’opinion publique », c’est-à-dire vers des discours précédemment tenus. C’est ce type de discours qu’il qualifie de dialogique. Or, c’est dans l’activité dialogique que le développement se réalise. Que ce soit en ACS, en ACC ou lors des retours au collectif d’étudiants, c’est dans l’entretien dialogique avec eux-mêmes, la chercheuse et autrui, que les étudiants peuvent accéder aux dimensions implicites de l’activité. Repris, le discours est transformé et les « objets de débats » se transforment à leur tour. Ainsi, ce dispositif d’autoconfrontation nous pousse à envisager l’analyse des discours « interne » et « externe » des ESI et des EMK à partir de plusieurs cadres de référence. Énonciativement complexe (Ishikawa, 2019), la méthode des autoconfrontations nécessite en effet de ne pas se limiter à un cadre unique d’analyse.

1.2.1. L’analyse de contenu

L’analyse du contenu permet de suivre l’élaboration du discours des étudiants pour donner du sens à leur activité. Pour Bardin (1996), il s’agit d’appréhender la communication et d’envisager une autre signification que celle donnée *a priori*. L’analyse de contenu consiste donc « à expliciter et systématiser le contenu des messages et l’expression de ce contenu à l’aide d’indices quantifiables ou non » pour ensuite chercher « à savoir ce qui est derrière les paroles sur lesquelles elle se penche » (Bardin, 1996, pp. 47- 48). Nous cherchons ainsi, par la mise à distance des données produites par les autoconfrontations, à identifier les constances, les ressemblances et les régularités sémantiques (Bardin, 1996, pp. 95-96) – éléments signifiants qui encadrent l’action – pour les réduire en thématiques. Pour Bardin (1977), il faut retenir l’homogénéité des catégories, l’exhaustivité des contenus, l’exclusivité entre les catégories comme critères d’analyse qui procède de trois étapes. La première étape correspond à la lecture flottante des *verbatim*, ce qui permet de préparer l’analyse. La seconde étape est celle de la catégorisation. Il s’agit de repérer « l’ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l’extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 242),

soit les thèmes et les sous-thèmes. Cette méthode nous est particulièrement utile pour repérer le vocabulaire relatif aux six compétences collaboratives interprofessionnelles dans le discours des étudiants. Une grille de compréhension (Annexe n°17) nous permet de saisir leur déploiement dans l'activité et de comprendre les ressorts de leur mobilisation. Elle repose sur les définitions des CCIP et sur les variables identifiées à partir de la littérature dans notre première partie. Elle est complétée pour chaque étudiant, pour chaque ACS, pour chaque ACC et pour les deux retours au collectif d'étudiants. Elle a pour fonction d'identifier les noyaux de sens produits par les *verbatim* des étudiants. Elle vise aussi à repérer les raisonnements des étudiants, relatifs à la réussite (codé +) ou à l'échec de leur mise en œuvre (codé -) dans le dispositif de simulation. Ce codage nous permet de confronter la distribution des occurrences au regard de chaque compétence et des variables identifiées pour chaque autoconfrontation et pour les retours au collectif d'étudiants. Ainsi, l'unité d'enregistrement retenue pour le segment identifié est thématique et correspond à un découpage sémantique. Les variables relatives aux critères identifiés dans notre cadre conceptuel constituent les sous-thèmes. L'objectif de la recherche de thèmes et de sous-thèmes est de repérer la logique interne du discours de chaque étudiant et d'attribuer un titre au discours pour soutenir sa spécificité et pour aboutir au procédé d'inférence. L'inférence est une « opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une portion de matériau à l'attribution d'un thème pour cet extrait » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 250). Ce procédé d'inférence nous sert à caractériser le « style » de chaque étudiant au regard de son discours et de son comportement. Afin de repérer la logique du discours, nous prêtons attention aux mouvements discursifs, visibles par le langage extérieur et le langage intérieur. L'analyse stylistique nous permet aussi de prendre « en compte des données subjectives qui témoignent des significations que les acteurs attribuent à leurs actions » (Amigues, 2003, p. 13). Enfin, l'interprétation ferme le processus d'analyse de contenu développé par Bardin (1977).

Pour faciliter la lecture des discours et conformément à ce que préconise Bardin, les huit ACS, les deux ACC et les échanges des retours au collectif sont restitués ligne par ligne, étudiant par étudiant, dispositif par dispositif (Annexe n°18) et font l'objet d'un codage des lignes numérotés (Traverso, 2004, dans Choplin, 2014, p. 160) ; (Annexe n°16). Notre transcription privilégie la spécificité de l'oral à celle de l'écrit. Les répétitions, les bribes, les ruptures syntaxiques propres à l'oralité sont retranscrites. Les écarts à la norme ne sont pas corrigés et la prononciation est prise en compte. Les onomatopées, les hésitations et les

pauses sont relevées. La pratique des chercheurs en sciences du langage néglige la retranscription des points et des virgules, ce que nous avons reproduit.

Mais pour cerner les savoirs des étudiants, la seule analyse catégorielle thématique semble ne pas suffire. Henry et Moscovici évoquent les limites de cette méthode dont l'analyse est trop souvent marquée par la subjectivité du chercheur. Pour eux, « c'est un instrument analytique sans ambitions, sinon sans fondements théoriques » (Henry et Moscovici, 1968, p. 36) qui ne peut mener à l'étude du langage comme produit socioculturel. Ainsi, l'analyse des actions et des discours en situation de travail est aussi envisagée.

1.2.2. Actions et discours en situation de travail

Comme activité inter-langagière, l'énonciation soutient l'analyse de l'activité et devient source de pensée. Le prolongement de la méthode envisagée repose sur l'analyse des discours et des actions en situation de travail. La dimension contextuelle ne peut être en effet ignorée. Dans notre travail, nous considérons le scénario de simulation comme « contextualisant ». Pour Bronckart, l'activité de langage « (n') est (qu') une activité sociale », aussi, « la pensée à laquelle elle donne lieu est forcément elle aussi sémiotique et sociale » (Bronckart, 2004, p. 69). Pour le chercheur, les pratiques langagières sont « la mise en œuvre du langage par des individus dans des situations concrètes » (Bronckart, 2004, p. 82). Dans cette dimension, l'interprétation des *verbatim*s par les protagonistes contiendrait des segments de construction verbale des actions, telles qu'ils les ont vécues. Le rôle du chercheur est d'identifier ces segments par leur fonction sémantico-pragmatique et leurs configurations linguistiques spécifiques. Il doit repérer les temps des verbes et leur nature, les pronoms, les adjectifs, les connecteurs logiques, les adverbes, soit l'ensemble des modélisateurs du discours en jeu dans le contexte. La notion de modalité nous oblige à faire un détour par ce qui la compose : le *dictum* et le *modus*.

Pour que la modalité se manifeste dans un énoncé, il doit y avoir, d'abord, la présence et l'opération active d'un sujet pensant et parlant, qui utilise la langue à son compte pour nuancer son discours, puisque c'est lui qui décide comment transposer le contenu de sa parole et qui lui donne sens. La présence des termes modalisants modifie le *dictum* de l'énoncé et le transforme en *modus* (Büyükgüzel, 2011, p. 132).

Le *dictum* permet de construire du sens tandis que le *modus* reconstruit le sens au regard de la dimension subjective que le locuteur veut bien octroyer à ses propos. Les modélisateurs peuvent ainsi apporter des nuances susceptibles de traduire les idées, les sentiments, les

intentions, les attitudes du locuteur ou tout autre marque subjective au discours du locuteur. La modélisation caractérise ainsi l'attitude qu'emprunte le locuteur par rapport à son propre discours. Les modalités du discours admettent une distinction entre modalités d'énonciation et modalités d'énoncé. Les modalités d'énonciation s'exercent sur l'interlocuteur car elles relèvent de processus interpersonnels. Trois formes de base correspondent aux modalités d'énonciation : le mode assertif, le mode interrogatif et le mode injonctif. Les modalités d'énoncé renvoient plus particulièrement au contenu de l'énoncé. Elles permettent de repérer l'attitude du locuteur vis-à-vis de ce qu'il énonce. Elles concernent les modalités logiques : déontiques (l'obligation, l'interdiction, la permission, le facultatif), aléthiques (le vrai, le faux, l'indéterminé) et épistémiques (connaissance du monde du locuteur) (Parret, 1976 dans Büyükgüzel, 2011, p. 136). Elles concernent aussi les modalités affectives et appréciatives qui indiquent le sentiment et le système de valeur de l'énonciateur. Elles témoignent de son engagement émotionnel. Les modalités évaluatives non axiologiques, sont, elles, constituées de termes qui ne portent pas la trace de l'appréciation et du jugement de valeur de l'énonciateur. L'appréciation ou la dépréciation du locuteur (états psychiques, jugements de valeurs, croyances, intuitions...) caractérisent la modalité évaluative axiologique (Büyükgüzel, 2011). Dans notre démarche, le discours sur le discours permettrait à l'étudiant de se donner à voir et de mesurer son engagement par l'expression de sa subjectivité : « La subjectivité trouve donc son fondement, son principe, dans le langage » (Sarfati, 2007, dans Büyükgüzel, 2011, p. 139). Ainsi comme l'exprime Marcel Burger¹¹, dans une présentation et critique de l'ouvrage de Filliettaz et Bronckart (2005)¹²,

Ce programme suppose les méthodologies de différentes approches d'analyse du langage [...] qui ont au moins trois traits en commun : le corpus de l'analyse est constitué de données empiriques, le contexte de production du discours est pris en compte, tout comme le rôle des phénomènes interactionnels dans la fixation du sens. La posture est ainsi interdisciplinaire, qui explore deux voies qu'on pourrait synthétiser comme suit : l'analyse du discours « sur » le travail (par la combinaison d'une analyse du travail et de verbalisations issues d'entretiens et/ou d'autoconfrontations) côtoie une analyse du discours « dans » le travail (par le regard porté sur la parole en action comme accès aux représentations du travail, individuellement typifiées par les acteurs sociaux). (Burger, 2006, p. 4)

¹¹ Professeur de linguistique à l'Université de Lausanne

¹² Filliettaz et Bronckart (2005). *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*. Bibliothèque des Cahiers de l'Institut de linguistique de Louvain.

Pour compléter ces dimensions de l'analyse des discours des étudiants sur leur activité, nous faisons référence au rôle de l'affect dans le développement du pouvoir d'agir. L'affect est considéré comme un « déclencheur de pensée et d'action » (Barricelli et Anjos, 2011, dans Bonnemain, 2015, p. 102). Bonnemain (2016) soutient, à partir de travaux en ergonomie, en clinique de l'activité et des résultats de sa thèse, que l'affect constitue une ressource potentielle pour le développement de l'activité dialogique en autoconfrontation. Dans cette perspective, l'affleurement de l'affect des étudiants-acteurs peut être à l'origine de nouvelles activités. Cette idée est soutenue par Clot. Il avance que, au-delà des dimensions pratiques, langagières et cognitives, « la capacité à être affecté » procède du processus de migrations fonctionnelles par lequel l'activité se développe (Clot, 2003). Ainsi, l'affect, appelé parfois « étonnement » ou « désarroi » (Clot et Faïta, 2000, dans Bonnemain, 2015, p. 102) est intimement lié à la pensée et à l'action ce qui, en situation d'autoconfrontation, va permettre un travail de « reconfiguration de représentations » de l'individu. Le lien entre affectivité et développement de la pensée nous pousse ainsi à analyser les marques de l'affectivité dans le processus réflexif initié par l'activité d'analyse des autoconfrontations. Profondément subjectif, l'affect est révélé par des indices réunis en critères d'observation que l'émotion dévoile. Ainsi, la voix, la gestualité, et le contenu de la production verbale sont retenus (Poussin, 2014). La littérature s'accorde en effet sur le lien entre voix et affect, aussi, l'intonation porte la valeur appréciative et émotionnelle du locuteur. Pour Vygotski,

On peut, comme le dit Dostoïevski, exprimer toutes les pensées, tous les sentiments et même tout un enchaînement de profondes réflexions avec un seul mot. Cela s'avère possible lorsque l'intonation transmet le contexte psychologique intérieur qui seul permet de comprendre le sens du dit mot. (Vygotski, 1934/1997, dans Bonnemain, 2015, p. 175)

La prosodie, la musicalité de la voix, son rythme peuvent témoigner de l'engagement affectif de l'énonciateur de même que la vitesse d'articulation, le nombre de pauses, la longueur de la pause, les pauses sonores, les répétitions, les « faux départs » et les rires des protagonistes peuvent être objets d'analyse (Bonnemain, 2015, pp. 177-178).

Au-delà des indices vocaux de réalisation de l'affect, nous élargissons la réflexion en avançant que les gestes font aussi acte de communication et sont interprétables. Notre cadre de référence d'analyse fait appel aux travaux de l'étho-psychologue Cosnier (1987, 1996, 1997) dont l'objet d'étude porte sur les interactions entre individus dans des situations sociales. Ce courant communicationnel ne s'intéresse pas à la seule production verbale mais aux moyens corporels pour communiquer. La synthèse de nombreuses études effectuées par

Cosnier permet de retenir plusieurs éléments mimogestuels susceptibles de manifester l'affect. Nous retenons deux dimensions pour analyser les interactions des étudiants. L'une relève de l'aspect sémiologique, l'autre de l'aspect psychologique de la communication non verbale. En ce qui concerne l'aspect sémiologique, nous retenons les éléments kinésiques. Ils correspondent à l'ensemble des mimiques, regards et gestes intervenants dans la communication (Genevois, 1992, p. 90). La classification de Cosnier nous permet d'envisager l'analyse des communicatifs à savoir, les éléments quasilinguistiques (mimiques, gestes intelligibles en dehors du verbal), les expressifs (expriment l'humeur), les conatifs (agissent sur l'interlocuteur), les phatiques (permettent de maintenir le contact à autrui), les opératoires (décrivent une action) les coverbaux (mimiques ou gestes associés au discours verbal), les paraverbaux (liés à l'articulation du discours verbal), les illustratifs, les déictiques (gestes de désignation), les spatiographiques, les kinémimiques (évoquent l'action et le mouvement), les synchronisateurs (règlent la communication entre deux ou plusieurs partenaires), les idéographiques (figure abstraite dans l'espace), les expressifs (miment les émotions), les extra-communicatifs, les mouvements en miroir de l'auditeur en début d'interaction, les hochements de tête, les gestes de contact visuel, les postures, les changements de parole. Mais pour procéder à ces analyses, encore faut-il adopter la méthode la plus adaptée à l'objectif visé pour recueillir les données.

1.3. Recueillir les données en situation de travail

Nous avons exposé l'intérêt de la simulation pour l'apprentissage et le développement des compétences des étudiants en santé. Cette méthode nous a poussée à reproduire une situation de travail qui met en jeu l'interprofessionnalité en contexte simulé. Le guide *Interprofessional Education Guidelines* (CAIPE, 2017) propose plusieurs stratégies pour implémenter l'apprentissage interprofessionnel en formation initiale des professions de santé. L'une d'entre elles consiste à planifier et à mutualiser l'interprofessionnalité avec des formateurs de disciplines différentes en veillant à formuler des objectifs communs (CAIPE, 2017, p. 8). Nous avons donc activement travaillé à la conception d'un scénario de simulation, à l'organisation et à la mise en œuvre du projet avec les cadres pédagogiques (CP) et le directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) de l'Université de Nice. Nous avons fait le choix d'approcher l'activité des étudiants par le jeu de rôle filmé en salle de simulation :

Le jeu de rôles est une technique pédagogique d'apprentissage des habiletés relationnelles. Il s'agit de simuler une situation vraisemblable et en partie imprévisible dans un environnement fictif spécifique. Les personnes y jouent un rôle fictif plus ou moins déterminé, en improvisant le dialogue. Le jeu de rôles permet une mise en situation effective et nécessite une implication personnelle de chaque participant. Il prend appui sur le vécu personnel et professionnel de chacun. Il peut permettre d'analyser les comportements des acteurs et de donner un retour d'information sur son propre comportement. (HAS, 2012, p. 11)

1.4. Identification des apprenants

1.4.1. Étudiants en soins infirmiers

Les ESI qui participent à l'étude sont volontaires. Ils ont été sélectionnés à partir de critères d'inclusion mais participer à la recherche est une décision individuelle. Le choix du profil des ESI « acteurs » repose sur les résultats de notre étude exploratoire quantitative qui a permis de révéler que les étudiants dont les CCIP sont les plus développées, ont plus de trente ans et sont en reprise d'études.

Ainsi, les quatre ESI qui participent à l'étude sont représentés par un homme et trois femmes de plus de trente ans. L'homme est un ancien commercial titulaire d'un bac+5. Il a 32 ans (Jérôme, 8 ans d'expérience comme « commercial »). Il a réalisé ses études dans une école de commerce privée. Les trois autres ESI sont d'anciennes AS. Les plus jeunes ont 31 ans (Meriem, 7 ans d'expérience comme AS) et 35 ans (Mariya, 1 an d'expérience comme AS). La troisième étudiante est âgée de 50 ans (Nathalie, 20 ans d'expérience comme AS).

1.4.2. Étudiants en masso-kinésithérapie

Les EMK qui participent à l'étude ont fini leur formation (en attente du diplôme). Ils sont volontaires. Ils ont été sélectionnés par les CP et le directeur de l'IFMK. Ils ont tous moins de 30 ans et sont issus de la formation initiale. Ils sont représentés par Candice, Elisa, Maxime et Thibault. Comme pour les apprenants infirmiers, ce choix présuppose que tous les participants ont réalisé le même parcours de stage (parcours de stage attendu par le référentiel) et ont reçu les mêmes enseignements. Si nous considérons les éléments communs aux deux formations, nous répondons aussi aux recommandations du CAIPE (2017, p. 8), pour qui il est indispensable de travailler à partir de théories et d'utiliser des concepts de différents champs pour étayer l'apprentissage interprofessionnel.

1.5. La situation d'apprentissage

Les CP de l'IFMK et la chercheuse ont fait le choix de travailler une situation de prise en soins collaborative d'un patient tétraplégique suite à un traumatisme. Il s'agit pour les étudiants de construire ensemble un projet de soins partagé pour assurer le retour du patient à domicile. Pour assurer cette mise en œuvre commune, nous avons tenu compte des connaissances requises et des compétences acquises par les IDE et les MK en fin de formation initiale.

1.5.1. Unités d'enseignement

Pour les IDE, l'acquisition des connaissances en lien avec l'UE 2.3 S2 « Santé, maladie, handicap, accidents de la vie » est attendue. Les compétences mobilisées par la situation sont les suivantes :

- Compétence 1 : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
 - Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...) ;
 - Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé.

- Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmier
 - Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
 - Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
 - Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
 - Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
 - Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, *staff* professionnel...).

- Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

- Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).
- Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle
- Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels.
- Compétence 9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes
- Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
 - Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences ;
 - Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ;
 - Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
 - Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
 - Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
 - Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes ;
 - Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

Pour les EMK, les UE et les UI attendues sont les suivantes :

- UE 16 : Sémiologie, physiologie et pathologie dans le champ neuromusculaire
- UE 20 : Évaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ neuromusculaire
- UI 25 : Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention

➤ Analyse et amélioration de la pratique professionnelle.

L'objectif de l'UI 25 est l'analyse de la pratique thérapeutique, de la conception d'un traitement à la conduite de l'intervention. Elle est complémentaire à l'UI 29 qui vise à l'amélioration de la pratique au sens large, c'est-à-dire au-delà de l'interaction individuelle kinésithérapeute/patient.

❖ Référentiels et compétences collaboratives interprofessionnelles

Comme nous l'avons montré précédemment en analysant les référentiels de formation, les étudiants IDE et MK doivent développer des CCIP pour potentialiser leur collaboration. Bien qu'elles n'existent pas comme telles, les CCIP parcourent implicitement les *curricula* de formation. Ainsi, à ce stade de la formation, elles devraient être mobilisables et mobilisées par les étudiants.

1.5.2. Justification de la thématique du scénario de simulation : les lésions médullaires

Leurs formations achevées, les enseignements théoriques et pratiques reçus, nous faisons l'hypothèse que les ESI et les EMK sont capables de réaliser un projet de soins en collaboration pour le retour à domicile d'un patient tétraplégique. La HAS (2007) précise que « ce type d'affection nécessite une prise en charge dont le poids économique et social est sans commune mesure avec leur fréquence », qu'elle impose « une bonne connaissance de tous les aspects de la néophysiologie spinale et des programmes de soins et de substitutions adaptés » et enfin, qu'elle « s'inscrit dans un *continuum* partant du jour du traumatisme pour se poursuivre tout au long de leur vie » (HAS, 2007, pp. 7-8). La prise en charge des blessés médullaires impose des soins médicaux complexes, pluriprofessionnels et coordonnés. Le projet thérapeutique concerne donc les soins, la rééducation-réadaptation et la réinsertion. Il réclame la coordination des acteurs au sein d'un maillage formalisé, sanitaire, médico-social et social. La qualité de la coordination des soins et de la compréhension du champ de tous les intervenants est déterminante. Ainsi, le retour à domicile est un moment clé de la continuité et de la qualité des soins.

Un document de synthèse réalisé par l'ARS d'Ile de France « Hospitalisation À Domicile de Réadaptation (HAD-R) en Ile-de-France : partage d'expérience » (2018), rappelle l'importance de l'HAD de réadaptation, en particulier en cas de maladie invalidante. L'HAD-R s'adresse à des patients présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités nécessitant une rééducation/réadaptation pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de

médecine physique et de réadaptation, avec un programme soutenu et limité dans le temps, dans un but de gain ou de maintien fonctionnel et de meilleure qualité de vie. La prise en soins par l'HAD-R est intégrée dans un projet de soins.

Pour l'ARS (2018, p. 5), intervenir au domicile du patient présente plusieurs avantages :

- Le patient, dans son environnement, est confronté à ses difficultés dans la vie réelle et les progrès sont immédiatement appréhendés ;
- Un niveau élevé d'interventions au domicile, grâce aux soins complexes pluridisciplinaires coordonnés, évite les coûts supplémentaires engendrés par des complications liées aux déficiences ;
- Retrouver des repères habituels rassure et contribue à la mise en place d'une dynamique positive et d'une réinsertion sociale plus rapide ;
- La présence de l'équipe d'HAD-R au domicile facilite l'implication des aidants du patient (proches et professionnels) dans leur environnement de vie quotidienne grâce à un accompagnement ou une éducation spécifique tenant compte de ses déficiences.

Ces données nous permettent de justifier le contexte du scénario de simulation. Un ESI et un EMK sont considérés comme des professionnels d'un service de SSR tandis qu'un ESI et un EMK sont considérés comme des professionnels d'un service d'HAD-R. Ces quatre professionnels se rencontrent afin de mettre en œuvre un projet de soins partagé pour assurer la continuité des soins au domicile du patient tétraplégique.

1.5.3. Préparation du dispositif de simulation

Ce dispositif, filmé, est renouvelé avec quatre autres étudiants. Nous avons ainsi recruté quatre ESI et quatre EMK. Le jour de la simulation, les deux groupes ne communiquent pas entre eux. Les professionnels du SSR ont à disposition toutes les informations concernant le patient, les données bio-psycho-sociales liées à l'histoire de la maladie et à celle de l'hospitalisation. Ils ont aussi à disposition le tableau clinique du patient avec les déficits de structures (ostéo-articulaire, cutané), les déficits de fonctions (fonctions trophiques et circulatoires, morphostatiques, sensitives, motrices, orthopédiques), le score ASIA (*American Spinal Injury Association*), le bilan de motricité des membres supérieurs, le bilan de spasticité, le bilan des amplitudes articulaires, la fonction respiratoire, la fonction

vésicale, sphinctérienne et intestinale, la fonction cognitive, la fonction psychologique, la limitation d'activité, les prescriptions médicales, le projet visé par le retour à domicile et la problématique de la prise en soins (Annexe n°19). Comme pour les professionnels de l'HAD-R, ces documents ont été envoyés aux étudiants-acteurs concernés deux jours avant la simulation afin qu'ils en prennent connaissance en amont. La consigne était donnée de ne pas divulguer ces informations aux autres étudiants-acteurs concernés.

Les professionnels de l'HAD-R ont reçu une fiche synthétique concernant l'identité, le diagnostic du patient et le bilan de la visite à domicile réalisée antérieurement par le médecin de l'HAD-R, l'ergothérapeute, l'assistante sociale et un infirmier de l'HAD-R en présence de l'épouse du patient. Le jour de la simulation, les professionnels du service de SSR ont à disposition une fiche de liaison SSR et les professionnels de l'HAD-R, un formulaire de demande HAD-R afin de synthétiser les données transmises par les professionnels du service de SSR (document adapté de « Hospitalisation à domicile de Réadaptation en Ile de France : partage d'expérience », 2018, pp. 23-29), une synthèse de la situation du patient et la liste des professionnels salariés de l'HAD-R susceptibles d'intervenir auprès du patient (Annexe n°20). Dans la consigne donnée aux étudiants, il est précisé qu'ils font usage des documents remis à leur convenance et qu'il n'y a aucune obligation de les remplir ni même de s'en servir. Ils ont aussi des supports écrits à disposition (feuilles et stylos) dont ils usent, ou non, avant ou pendant la simulation. Le « binôme SSR » et le « binôme HAD-R » ont pu échanger vingt minutes avant la mise en œuvre de la simulation. Conformément aux recommandations de la HAS (2012), les étudiants ont bénéficié d'un briefing pré-simulation.

CHAPITRE 2. EXPÉRIENCE DE SIMULATION EN INTERPROFESSIONNALITÉ

2.1. Le briefing

Le briefing permet la création d'un environnement propice à l'apprentissage. Il permet de rappeler les principes de confidentialité, les règles éthiques et déontologiques, l'absence de jugement, de malveillance et de pièges intentionnels de la part des formateurs. Malgré les supports écrits remis aux participants, la chercheuse rappelle synthétiquement la situation et l'objectif poursuivi par la simulation. Il conseille aux étudiants-acteurs de se comporter tel qu'ils le feraient en situation réelle puisque leur formation est achevée. Pour tous les participants, l'objectif de cette rencontre vise l'élaboration du projet de soins avec formulation d'objectifs communs, la coordination et la programmation des activités soignantes pour le retour à domicile du patient.

2.2. Les autoconfrontations comme méthode dialogique : la vidéo et le langage comme instruments psychologiques

2.2.1. Premier temps : Les autoconfrontations simples (le 19 mai 2021)

Le débriefing vise une démarche de confrontation qui combine deux dimensions : une dimension métacognitive et une dimension dialogique. Cette méthode indirecte cherche à mettre au jour les buts, les moyens et les opérations c'est-à-dire, l'activité réalisée par les étudiants et le réel de l'activité. La confrontation des apprenants à leur propre activité est de favoriser l'émergence d'un discours réflexif et la compréhension de leurs actions. La situation d'autoconfrontation amène l'étudiant-acteur à « revivre authentiquement son expérience (en intentions, en sensations, en émotions, en pensées etc...) et à expliquer pas à pas la part opaque (ou non directement accessible) accompagnant son activité observable » (Leblanc, 2015, dans Ria, 2015, p. 136). À partir de l'enregistrement vidéo de la séance simulée, l'étudiant-acteur doit produire un discours sur sa pratique. Son langage intérieur, ses réactions, son « activité dirigée en soi » (Clot, 2008, p. 126) rendent observables certaines parties de son activité, *a priori* non visibles. La chercheuse doit amener l'étudiant à commenter des moments significatifs précis en arrêtant la vidéo et en l'incitant à se focaliser sur certains points grâce des questions « naïves ». C'est ainsi que l'étudiant-acteur pourra accéder aux aspects « cachés » de l'action et au sens de l'agir. « C'est l'écart plus ou moins grand du sujet par rapport au genre professionnel qui fait l'objet de ses commentaires, autrement dit [...], il fait entrer le style dans ses actions dans une zone de développement

potentiel » (Clot et al., 2001, p. 22). Dans notre dispositif, l'étudiant peut arrêter la vidéo à tout moment pour commenter ce que son observation extérieure l'invite à voir. Il peut ainsi se décentrer et transformer l'objet de son étonnement en « savoirs nouveaux et co-produits » (Clot et al., 2001, p. 32).

2.2.2. Deuxième temps : Les autoconfrontations collectives (le 19 mai 2021)

Cette méthode a été conçue à partir de la conception bakhtinienne du dialogue (Clot et Faïta, 2000). Elle vise à développer le registre transpersonnel dans sa fonction psychologique, au moyen des dialogues et des « disputes » professionnelles et interprofessionnelles entre les quatre étudiants-acteurs, questionnés par la chercheuse. Alors que dans les ACS le genre permettait à l'étudiant-acteur de « s'expliquer », il peut, dans ce dispositif, devenir objet de discussions et de controverses. Ce temps fait suite aux ACS ; il permet des échanges sur l'expérience vécue entre les participants. La particularité de notre méthodologie, c'est que le croisement s'effectue entre deux professions distinctes, donc deux genres différents. Pour chacun des individus « être du métier » suppose qu'il entretient des relations singulières avec lui. Comment la relation au métier exercé peut-elle alors se transformer en utilisation de ce métier comme ressource pour le métier d'autrui ? C'est dans les questions, les déplacements dialogiques qui émergent à la lecture de l'activité partagée, que chacun réalisera qu'il est du métier ou qu'il partage des références au métier d'autrui et qu'il peut faire autrement. La fonction psychologique du travail est en effet « d'incarner – sous certaines conditions – cette possibilité de déprise dans l'histoire du sujet grâce à la reprise, aux deux sens du terme, d'une histoire collective » (Le Guillant, 2006, p. 31). Le travail soutiendrait donc « la rupture entre les “pré-occupations” personnelles du sujet et les “occupations” sociales dont il doit s'acquitter » (Clot, 1999, p. 71). En accord avec cette définition de la fonction psychologique du travail, nous nous demandons cependant comment cette fonction psychologique peut tenir en interprofessionnalité, alors que chacun pense individuellement « être du métier » ?

L'intérêt de l'ACC est de saisir les prises de positions des étudiants-acteurs en interaction les uns avec les autres. Ce dispositif permet l'analyse des significations partagées, du désaccord et des interrogations, grâce à la prise en compte des interactions sociales qui se manifestent dans la discussion. Véritables « centrifugeuses dialogiques » (Duboscq et Clot, 2010, p. 262), les ACC visent la revitalisation du genre à partir de dialogues professionnels et interprofessionnels sur les styles de l'action sollicités par la chercheuse. Cette revitalisation devient possible lorsque le genre professionnel est discuté, grâce aux différents

niveaux d'analyses et aux changements de destinataires. Par migrations fonctionnelles entre les quatre registres du travail, mais aussi, entre les buts, les moyens et les opérations, « on cherche à organiser un transit ou un transfert des quatre dimensions du métier l'une dans l'autre, à faire de l'une le moyen du développement de l'autre » (Clot, 2008, p. 260). L'ACC a aussi pour avantage de faciliter le recueil de la parole individuelle par le truchement des sollicitations des pairs et des collaborateurs. Cette méthode contribue à réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement. Mais dans ce dispositif, la dimension collective n'est jamais prise en compte pour elle-même. Elle est d'ailleurs le principal inconvénient de la méthode : la dynamique du groupe et les interactions entre participants peuvent potentiellement détourner l'entretien du thème discuté. Dès lors, la tâche du chercheur consiste à réduire les interactions parasites en régulant les prises de paroles.

Ainsi, le groupe de quatre étudiants est confronté ensemble aux images filmées qui les mettent en scène. Les étudiants en soins infirmiers sont interrogés sur l'activité des étudiants masso-kinésithérapeutes, de leurs pairs, et inversement. Ce moment s'apparente à une discussion sur l'agir collectif, les compétences, et les connaissances mobilisées pour répondre à l'objectif initial. La chercheuse sollicite systématiquement les commentaires des étudiants dont « on ne voit pas l'activité ». L'étudiant, dont on regarde l'activité, est alors confronté aux commentaires, aux interrogations de ses collaborateurs. Ces questionnements provoquent des controverses sur « les critères du travail bien fait ». Cette activité dialogique, par l'adoption de points de vue différents, par la mise en discussion de certaines parties du film, par la justification de certains choix ou non-choix, a ainsi la possibilité de développer le pouvoir d'agir des étudiants en transformant la situation réelle en de nouvelles possibilités d'actions et d'expériences. En effet, « la parole du sujet n'est pas seulement tournée vers son objet (la situation visible) mais tout autant vers l'activité de celui qui la recueille » (Clot, 2008, p. 126). Dans le discours des étudiants-acteurs, l'écart à la norme nous intéresse car il est signifiant. Il cache des mobiles susceptibles de faire sens pour celui qui agit, mais aussi, pour tous les autres qui poursuivent alors leur discours inachevé dans les ACC en comparant leur activité : « Chacun parle [...] de ses propres manières d'agir à partir de l'activité de l'autre et [...] chacun voit l'activité de l'autre à partir de ses propres manières d'agir » (Saujat, 2003, p. 96). La « dispute », les controverses sur les manières de faire le métier entraînent alors la possibilité de nouvelles variantes communément admises et validées par les IDE et les EMK au cœur de leur travail collaboratif. Tour à tour étudiant-acteur observé, étudiant-acteur observateur, « l'expérience vécue peut devenir un moyen de vivre d'autres

expériences. C'est ainsi, et seulement ainsi, que se fait jour un développement subjectif de l'expérience vécue : un développement de la conscience » (Clot, 2001, p. 110). C'est donc la conflictualité sociale qui va définir le niveau de conflictualité interne de l'individu et favoriser le sens, la prise de conscience que génèrent les échanges : « Plus nous sommes capables de nous rendre compte et de rendre compte aux autres de l'expérience vécue, plus elle est vécue consciemment » (Vygotski, 2003, p. 78). Dans ce dispositif, la chercheuse comme les étudiants-acteurs peuvent s'arrêter sur un aspect particulier de la vidéo. Les choix que nous opérons sont en lien avec notre objet de recherche ; nous devons admettre que ceux des étudiants sont parfois différents. Ils peuvent perdre de vue le sujet et interroger une autre dimension de ce qui fait métier pour eux.

2.3. L'analyse collective envisagée comme une « percolation »

Dans son procédé habituel, les autoconfrontations mobilisent un troisième temps de recherche : la percolation. Alors que l'activité était dirigée « en soi », ce temps d'analyse porte sur les nouvelles possibilités d'action en mobilisant l'ensemble des étudiants-acteurs de la recherche :

Il se produit ce qu'on peut appeler une percolation de l'expérience professionnelle, mise en discussion à propos de situations rigoureusement délimitées. Un cycle s'établit entre ce que les travailleurs font et ce qu'ils en disent, et, pour terminer, ce qu'ils font de ce qu'ils disent. Dans ce processus d'analyse, l'activité dirigée "en soi" devient une activité dirigée "pour soi". Nous cherchons à réfracter l'activité des membres du collectif pour créer une sorte de détachement du genre où elle s'accomplit d'habitude et le rendre ainsi visible. Si le style est une réévaluation, une accentuation et une retouche des genres dans l'action et pour agir, l'analyse du travail favorise alors l'élaboration stylistique pour revitaliser le genre. (Clot et al., paragr. 16, 2014)

Nous avons été très attentive à ce que cette dimension soit développée dans les ACC au cours desquelles nous avons permis aux étudiants, par l'action transformatrice de l'activité dialogique, de s'exprimer sur « d'autres destins professionnels possibles » (Balas, 2001, p. 302). Les conflits émergents entre son propre métier et le métier d'autrui provoquent chez l'étudiant-acteur, l'expression d'une nouvelle relation au métier partagé, passant par des utilisations de l'objet-métier comme moyen, comme instrument de résolution des conflits. Ce qui est écart à la norme de son propre métier est alors envisagé comme un élément contribuant au devenir de son agir professionnel et de celui d'autrui. Dans notre dispositif, la percolation s'est produite au cours des ACC, mais aussi, des retours au collectif.

2.3.1. Troisième temps : les retours au collectif d'étudiants IDE et MK

Ces retours au collectif professionnel (au collectif d'étudiants IDE et MK) sont envisagés comme une migration fonctionnelle du collectif. Cette migration se sert du transpersonnel, revitalisé comme instrument psychologique de l'activité dans les ACC, pour développer la dimension impersonnelle susceptible d'être mise en œuvre dans un dispositif de formation.

Ce troisième temps se déroule un mois après les autoconfrontations, ce qui a permis au à la chercheuse de procéder à un montage vidéo des ACS et des ACC pour un même groupe d'acteurs. Ces montages ont abouti à la réalisation de deux vidéos de dix minutes, chacune présentée tour à tour à un collectif de quinze ESI et de quinze EMK des mêmes promotions que les étudiants-acteurs. Ce choix permet de s'assurer du même niveau de connaissances et de compétences, donc, de compréhension entre les étudiants. L'objectif est de mettre le collectif infirmier et masseur-kinésithérapeute dans un travail d'analyse qui « doit se mesurer à de nombreux obstacles, notamment en trouvant sa place dans l'histoire du milieu et du collectif professionnel, parfois contre les attendus génériques habituellement mobilisés » (Duboscq et Clot, 2010, p. 266). Le collectif a ainsi pu poursuivre le travail d'analyse déjà engagé en ACS et en ACC tout en se projetant vers des actions futures.

Les montages vidéos sont présentés consécutivement. Ils deviennent des supports d'analyse. Ce procédé permet d'enrichir le discours du premier film à partir du deuxième. Les discours renouvelés donnent naissance à de nouveaux discours sur ce qui a pu être fait, mais aussi, sur ce qui aurait pu être réalisé au regard des interactions entre ESI et EMK dans la construction du projet de soins. Au fait de l'objectif de la recherche, les étudiants ont orienté leurs observations et leurs discours sur les CCIP pour envisager de nouvelles solutions, une autre expérience à partir de cette expérience ; et ainsi développer leurs CCIP en renouvelant le genre et leur « développement stylistique ».

2.4. Temporalité, activité et autoconfrontations

La littérature met au jours des délais variables entre la réalisation de l'activité filmée et le temps de la réflexivité. Boubée (2010), chercheuse en sciences de la communication et de l'information, avance l'idée qu'un temps bref entre activité et réflexivité limite le biais mémoriel et qu'une échéance trop longue rend difficile la réactivation cognitive de l'acteur. Nous avons décidé d'enchaîner, au cours d'une même journée, le temps de simulation, les ACS et les ACC. Pour y parvenir, nous n'avons pas procédé à la sélection des données avant la projection des films. Les arrêts sur image se sont faits « au fil de l'eau » et à la demande

des étudiants. La réflexivité des acteurs « au plus près de l'expérience » (Cahour et Licoppe, 2010, p. 247) nous paraît indispensable pour des raisons de mémorisation, mais aussi, pour favoriser la réactivation des dimensions de l'affect laissées dans le discours, et du comportement des acteurs que nous cherchons à analyser. Cette méthodologie appelle une réflexion. D'aucuns attribuent la gestion du défilement de l'enregistrement vidéo au chercheur (Faye et Falzon, 2009), d'autres, à l'acteur (Campo et al., 2016) ; enfin, certains admettent que les deux peuvent gérer le défilement (Mollo et Falzon, 2004). Nous avons choisi la troisième option. L'intervention du chercheur dans les arrêts sur image interroge nécessairement sa subjectivité qui, en fonction des choix opérés, peut modifier le comportement de l'acteur tenté de se justifier. Dans ce contexte, la chercheuse peut induire des changements de comportement chez les ESI : elle en est aussi la CP. Attentive à cette possible dérive, nous avons privilégié l'intervention des sujets sur le défilement, sans cependant nous autocensurer. Nous n'avons jamais perdu de vue notre statut vis à vis des étudiants. Comme le suggère Leblanc et Ria, nous avons tenté de nous « détacher de [notre] tendance à la prescription », caractéristique des formateurs (Leblanc et Ria, 2010, p. 7). Le rôle du chercheur est ainsi déterminant pour le recueil des données. Il doit garantir une dynamique suffisamment positive pour assurer des échanges bienveillants et éviter d'éventuels conflits (HAS, 2012). Ses interventions doivent permettre d'explorer les raisons pour lesquelles les actions ont été réalisées ou non réalisées et d'interpréter le raisonnement qui sous-tend les décisions prises. Tous les apprenants peuvent réagir. Il est important que l'ensemble des personnes puisse s'exprimer dans un « langage non agressif en dehors de tout jugement partisan » (HAS, 2012).

2.4.1. L'usage de la vidéo dans la méthodologie de recherche

L'usage de la vidéo devient usuel en analyse du travail. Le développement des théories de l'activité a mis en avant l'utilisation de ce procédé pour conceptualiser et analyser les dispositifs de formation (Gaudin 2015, Santagata, 2015). Dans les formations en santé l'utilisation de la vidéo est particulièrement développée au regard de la simulation et de l'utilisation des nouvelles technologies. Dans notre recherche, les traces filmiques permettent de stimuler la parole. De la prescription au champ des possibles, la dispute, l'étonnement, la surprise générés par les traces vidéos peuvent alors activer la zone prochaine de développement des étudiants et favoriser le développement de leurs CCIP.

Mais mettre en œuvre l'analyse du travail par la vidéo suppose des moyens matériels, du temps (Gaudin, 2015) et des personnes ressources. L'IFSI dans lequel les simulations se sont déroulées, est équipé d'une salle de simulation permettant d'approcher au mieux l'activité des individus sans les « parasiter » ou sans qu'ils ne vivent la présence de la caméra comme un « contrôle » de leur activité. Dotée d'un poste de pilotage derrière une vitre sans tain, la salle permet à la chercheuse d'activer les caméras au regard de l'angle escompté, du matériau à récolter ou de récupérer les images pour les exploiter en différé. Il peut aussi permettre à un public de visualiser l'activité en train de se jouer dans une autre salle équipée à cet effet. Notons aussi que la chercheuse a été formée à la simulation en santé. L'usage de la vidéo nécessite cependant la création d'un climat de confiance favorable avec les étudiants acteurs, et des considérations éthiques qu'il convient de rappeler.

2.4.2. Considérations éthiques et déontologiques

Se prêter au jeu des autoconfrontations n'est pas anodin. Il engage personnellement, cognitivement et émotionnellement l'acteur à dévoiler des aspects implicites de son activité. Une tension palpable entre les acteurs a été révélée par les ACC. Ainsi, nous n'avons pas convoqué les étudiants-acteurs à participer à la troisième phase du dispositif, de même que nous avons été très prudente lors des montages vidéos. Bien que les étudiants aient tous signé l'autorisation d'utilisation des images et la clause d'anonymat (étudiants-acteurs et membres du collectif d'étudiants ; annexes n°21 et n°22), nous avons été vigilante à conserver leur intégrité. Pour la restitution des annexes, et avec l'accord des étudiants, les prénoms ont été modifiés.

Van der Maren et Yvon (2009) rappellent la nécessité de clarifier les règles du jeu avant les entretiens. Ainsi, nous avons rappelé les objectifs de la recherche, la durée de l'entretien, la destination et la conservation des données, la possibilité de quitter le protocole à tout moment, le respect du droit à l'image et de l'anonymat. Nous avons ainsi, pour chaque acteur et pour tous les participants à la troisième phase du travail, réalisé un document qui synthétise l'ensemble de ces éléments. Envoyé en amont du processus, le temps de lecture du formulaire a permis aux étudiants de réfléchir aux implications que présuppose ce dispositif. Réexpliqué oralement le jour de la mise en œuvre des autoconfrontations, le document signé est récupéré par la chercheuse.

CHAPITRE 3. ANALYSE ET DISCUSSION DES TRACES FILMIQUES¹³

3.1. Deux « cultures professionnelles » pour un projet

Notre étude prend ancrage dans la construction d'un projet de soins du patient (compétence deux pour les IDE et les MK). Les unités d'enseignement relatives à la construction de cette compétence engagent les étudiants à concevoir « un projet de soins infirmiers » et « un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation ». Pour les deux professions, le projet de soins relève du « prendre soin ». Il s'agit d'aborder le patient de manière holistique, de prendre en considération ses besoins, ce qui implique un partenariat interprofessionnel. « Prendre soin » se différencie de la notion instrumentale de « faire des soins », caractérisée par des techniques et des protocoles. La construction d'un projet de soins est donc moins tributaire de la technicité procédurale que de la complexité, ce qui nécessite collaboration et créativité de la part des étudiants. Dans cette perspective, la construction de l'activité collective autour du projet de soins n'est pas véritablement codifiée. Comment composer alors dans cette incertitude, avec deux genres professionnels distincts ? Comment faire coexister deux disciplines dont les normes théoriques, pratiques, sémantiques assurent la significativité de l'activité à chacun des acteurs ?

Les IDE et les MK sont marqués par le genre social de leur métier, caractérisé par un ensemble de règles et d'obligations que les groupes professionnels partagent pour parvenir à réaliser leur activité, sans nécessairement avoir besoin de les redéfinir dans le réel de l'activité (Clot, 2008). Dans notre recherche, deux genres sociaux interagissent. Or, les comportements et les interactions sont en partie liés au genre social du métier. Comment les acteurs vont-ils alors engager leurs CCIP dans un tel contexte ? Comment vont-ils coexister ?

Le vécu de l'activité collaborative interprofessionnelle fait naître l'expérience de l'individu. Dans l'approche développementale de l'activité (Clot, 2008), chaque membre du collectif doit être en mesure de reconstruire l'expérience vécue – individuellement et collectivement – et de la réinjecter dans le collectif pour pouvoir vivre de nouvelles expériences. L'objectif est donc de développer le pouvoir d'agir des individus, non pas dans une visée d'assimilation, mais plutôt dans la capacité des étudiants à élaborer des règles ensemble, au-

¹³ Une analyse et une discussion détaillées des *verbatim* sont consultables en annexe n°23. Elles permettent d'affiner la synthèse présentée dans ce chapitre.

delà du prescrit, pour développer et faire vivre les CCIP dans un genre caractérisé par « l'inter ». Le travail collaboratif, dans le contexte interprofessionnel qui nous intéresse, permet ainsi d'observer les interactions, les processus d'apprentissage de collaboration, le processus de création, au-delà des filières de soins, mais aussi, les compromis et les renégociations en jeu. C'est ici toute l'originalité de notre projet. Il s'agit de comprendre les interactions entre deux genres sociaux professionnels différents et l'implication de leur style individuel à la construction d'une culture commune. L'objectif est aussi de montrer comment la construction de l'activité, d'un point de vue collectif, est une ressource pour l'activité individuelle et le développement d'un nouveau genre métier. Notre projet est ainsi soutenu par des débats intermétiers. Dans ces débats, l'activité ne peut se limiter aux seules conduites de l'individu. Réussies ou avortées, toutes les tentatives des individus du collectif de travail vont permettre de construire des expériences, une identité, une histoire individuelle et collective. La « dispute professionnelle » va inciter ESI et EMK à gérer ensemble des interrogations, parfois des contradictions au regard et au-delà de leur genre social, ce qui va donner une tonalité particulière aux interactions. Le genre est en effet constitutif du style de l'action qui le nuance et lui permet de s'émanciper de sa « mémoire singulière » construite dans l'expérience. « Instruments opératoires, perceptifs, corporels, émotionnels ou encore relationnels et subjectifs sédimentés au cours de sa vie » (Clot et Faïta, 2000, p. 17), ces fragments de l'expérience vont orienter l'action de l'individu en se combinant, en se faisant écho, et permettre répétition ou création. L'activité réelle se réalise ainsi entre deux mémoires, l'une personnelle, l'autre impersonnelle :

L'expertise est sans doute générée au point de collision entre ces deux histoires du métier : la sienne et celle de tous. Le métier aurait donc, pour chaque professionnel, "une double vie", chacune prenant tournure dans l'action par l'entremise de l'autre, à l'épreuve de l'autre. (Clot et Faïta, 2000, p. 18).

Les échanges procèdent donc de la construction de l'individu qui, par des allers et retours entre ses expériences en stage, ses expériences personnelles, sa formation initiale, engage aussi la partie sensible de sa singularité qu'il va découvrir au gré des interactions.

3.2. Les autoconfrontations

3.2.1. Premières autoconfrontations simples

- ❖ Nathalie : la collaboratrice ignorée
Infirmière
Âge : 50 ans, ancienne aide-soignante en reprise d'études
Rôle : IDE en SSR avec Candice, masseur-kinésithérapeute
Durée du film : 64 minutes

Nathalie, la plus âgée et la plus expérimentée des participants, a développé les compétences « planification, coordination des soins », « travail d'équipe », « clarification des rôles et des responsabilités » et « communication interprofessionnelle ». Des quatre étudiants, c'est elle qui mobilise le mieux toutes les dimensions des compétences collaboratives. Elle est capable d'agir sur tous les registres du métier, ce qui signe une forme d'expertise. Certes, elle achève ses études au même titre que les autres sujets mais elle porte en elle une autre histoire professionnelle qu'elle est capable de transformer en moyens, pour développer son activité collaborative interprofessionnelle. Nathalie, qui a bien identifié l'objectif de l'exercice, propose d'ailleurs de le mettre en œuvre en faisant appel à sa longue expérience d'AS et à son nouveau rôle d'IDE. Elle fait ainsi référence six fois au rôle propre infirmier au regard des soins d'hygiène et de confort, pour justifier ses prises de paroles : « **soins quotidiens** » (L.102), (L.105), « **soins d'hygiène de confort** » (L.103), « **prise en charge globale** » (L.241), « **que ce soit confortable pour lui** » (L.309-310), « **c'est bien un lit-douche / et ça peut faire bain /** » [...] « **ben parce que c'est notre rôle propre de / les soins d'hygiène et de confort et les soins d'hygiène font partie des soins de confort / aussi pour le patient c'est apaisant en même temps** » (L.439-444). Son registre personnel est ainsi fortement ancré dans son expérience. Pour Clot le registre personnel représente ce que l'individu engage de « sa singularité, de son histoire, de ses affects » (Clot, 2006, p. 137). En ce sens, le discours de Nathalie montre que sa manière d'envisager les soins collaboratifs est très personnelle et qu'elle est supportée par un style propre. La stylisation du métier est relative à son expérience. C'est ainsi que Nathalie met à la disposition de ses collaborateurs, des expériences et des situations déjà vécues qui peuvent soutenir la situation nouvelle. Elle fait une ressource de ce registre pour les autres registres et l'exploite dans le groupe interprofessionnel. Le registre interpersonnel du genre professionnel de Nathalie est déployé dans l'utilisation qu'elle fait de ses CCIP.

Les soins envisagés par Nathalie sont non seulement tournés vers le confort du patient, mais aussi, vers ses collaborateurs (L.297-300). Elle cherche des destinataires, des interactions pour donner du sens à l'activité de construction du projet de soins. Elle a le souci de partager les connaissances et les savoirs avec les MK, à qui elle reconnaît des compétences et la nécessité de travailler de concert, et avec qui elle souhaite coordonner les soins. Elle avoue parfois s'adresser spécifiquement à l'IDE de l'HAD-R, en particulier lorsqu'elle décrit des soins infirmiers. Cependant, elle n'exclut jamais les MK :

« [Je prends la parole] **Parce que c'est des soins infirmiers et parce que on est plus / ça fait partie de notre rôle propre / donc c'est plus du rôle de l'infirmier de décrire sa prise en charge au niveau des soins quotidiens par rapport au kiné / le kiné ne participe pas aux soins d'hygiène de confort / oui quand même il participe / puisque dans la kiné ils les réinstallent / après / on peut le faire avec eux aussi / réinstaller le patient avec le kiné / mais au niveau des soins d'hygiène / c'est plus de notre ressort à nous / et alimentation aussi / après / l'alimentation aussi on en parle avec le kiné par rapport à la prise de poids / la fonte musculaire / à tout ce qui / au niveau de l'IMC / et voilà (rires) / après ça fait partie de notre rôle propre » (L.100-108).**

Cette occurrence révèle combien Nathalie a le souci de ses collaborateurs MK dans la prise en soins globale du patient. Le fil de sa réflexion, fluide, donne le sentiment qu'elle n'a plus d'interlocuteur et qu'elle réfléchit seule, à haute voix (langage intérieur). Ainsi, elle maîtrise le sujet du rôle propre, affirme que les MK ne participent pas aux soins d'hygiène puis se ravise. Soucieuse du confort du patient, elle a conscience que la réinstallation du patient tétraplégique se réalise avec le concours du MK. Elle emploie le même procédé énonciatif pour l'alimentation qu'elle réserve dans un premier temps aux IDE pour le partager ensuite avec les MK au regard de « **la prise de poids / la fonte musculaire / à tout ce qui / au niveau de l'IMC / et voilà (rires) » (L.106-107).** Elle revient cependant au rôle propre à la fin de l'échange comme pour justifier sa connaissance des limites de ses compétences. Nathalie a déjà utilisé ce procédé en employant : « **c'est plus de notre ressort** ». L'adverbe « **plus** » nuance le propos et permet d'inclure les MK à cette dimension de la prise en soins. Mais si Nathalie s'adresse parfois spécifiquement à l'IDE, elle donne volontiers des tours de parole aux MK lorsqu'il s'agit « **du rôle kiné** ».

Nathalie fait aussi appel à son expérience pour évoquer les compétences partagées des IDE et des MK. Une véritable reconnaissance mutuelle parcourt son discours. Elle évoque « **des compétences partagées dans la prise en charge d'un patient** ». Candice, la MK du SSR est considérée comme une interlocutrice de choix. Elle est respectée par sa seule profession ce qui pousse Nathalie à dire, alors que la chercheuse lui demande pourquoi c'est la MK qui

a commencé à s'exprimer : « **Après c'est bien qu'elle ait commencé elle aussi / avant / parce que / ben / c'est la kiné /** » (L.23-24). Tout le poids hiérarchique des professions se concentre dans cette seule phrase. Il semble que Nathalie vive la coprésence des MK dans un rapport hiérarchique et que le statut de Candice légitime la prise du tour de parole.

« [...] **Et puis elle a des connaissances par rapport au / au niveau kiné / elle a des connaissances à elle par rapport à sa profession / et après / elle me donne la main / à moi / pour parler du patient sur certains / sur les deux éléments sur lesquels elle n'est pas heu (...) / je ne dis pas qu'elle n'a pas les compétences / c'est pas ça que je veux dire / c'est pas du tout un jugement / c'est juste par rapport à la profession infirmier / par rapport à nos connaissances à nous [...].** » (L.24-29).

Cette occurrence montre le respect porté aux connaissances et aux compétences de la MK et à la volonté de Nathalie de ne pas s'imposer comme l'unique sachant. L'utilisation de l'interjection « **heu** » suivi d'une pause, témoigne de la nécessité de Nathalie de réfléchir aux mots employés. Elle reconnaît la profession de MK dans la prise en soins mais réserve son discours aux seules connaissances infirmières (« **C'est juste par rapport** »). Pour l'infirmière, tous ses interlocuteurs sont des « **compères** » (L.8). Le CNTRL définit ce substantif ainsi : « Personne qui participe à l'action d'une autre personne et se trouve généralement liée par elle par des rapports de complicité ou de connivence ». Nathalie répète que Candice lui « **donne la main** » (L.21 ; L.26). Le sens figuré de « se donner la main », signifie le lien qu'elle considère avoir avec elle. « Agir en parfait accord, collaborer étroitement » (CNTRL) est une quête que revendique presque Nathalie tant la recherche d'accord et de consensus est prégnante dans son discours. Nathalie dit la complémentarité des professions et le collectif qu'elles constituent. Elle utilise à plusieurs reprises les substantifs « **interaction** » et « **échange** » et favorise la clarification des rôles et des responsabilités en laissant à chacun la possibilité de s'exprimer sur son propre métier. À noter que parfois, les interactions se font plutôt sur le mode binaire au sein du SSR, sauf pour l'aménagement du domicile en lien avec sa préoccupation personnelle (l'hygiène et le confort).

En ce qui concerne la relation duelle entre Candice et Nathalie, le regard constitue un élément majeur de leur système d'interrelation. Cet élément de « **communication non-verbale** » (L.70) est utilisé à des moments très précis du discours – de Nathalie à Candice et de Candice à Nathalie. Pour Cosnier (2000), c'est un système de maintenance qui permet à chaque locuteur de gérer au mieux sa participation et d'accéder à la « félicité relationnelle ». Cette fonction a ici pour but non seulement de faire comprendre sa pensée, mais aussi, de

partager son point de vue et de le faire approuver, ce que les dires de Nathalie confirment. Le langage du corps n'est donc pas qu'une question de vocabulaire, il repose sur un accord tacite dont le patient est le centre : « **en termes de / au niveau du patient et de ses besoins / de ses attentes et de sa prise en charge** » (L.85). Le regard de Nathalie est aussi un signal phatique intra-tour. Souvent, il provoque un signal rétroactif qui influence la suite discursive de Candice. Cette quête de connivence parcourt tout le discours de Nathalie qui, très respectueuse, a le souci de ne jamais couper la parole de son interlocutrice. Nathalie emploie le substantif « **respect** » ou le verbe « **respecter** » à plusieurs reprises. Même lorsque le tour de parole pris par Candice est un peu « forcé », Nathalie respecte « **son temps de communication** » et estime que, dans la mesure où elles vont dans le « **même sens** », que « **les éléments sont bons** », qu'elles « **parlent du patient** », « **parlent de la même chose** » et qu'elles visent « **le même objectif** », Candice peut s'exprimer. Cependant, l'analyse du discours montre la difficulté à dire sa gêne et sa frustration de n'avoir pas plus pu prendre la parole. En avançant dans l'échange, le discours de Nathalie est un peu moins consensuel, même si elle a le souci de ne pas juger le comportement de ses partenaires. Elle minimise sa frustration et sa difficulté : « **voilà / y a pas de souci** », « **c'est dur (deux fois) mais ça va quand même** » en s'adressant à la chercheuse et en souriant. Nathalie se sent obligée de la rassurer pour ne pas subir son jugement et se rassurer à son tour. Elle attend un indice rétroactif de sa part pour réguler les émotions que la situation provoque chez elle. Ses éclats de rire témoignent de cette tension intérieure qu'elle repousse en passant du pronom personnel « **je** » au pronom personnel « **on** » : « **on a quand même réussi à (3s) / un petit peu à dire ce qu'on avait à dire / mais il y a eu des moments un petit peu ↓** » (L.239-240). Tous les membres du groupe sont ainsi impliqués. Nathalie utilise deux fois la locution adverbiale « **un petit peu** » dans la même phrase. Elle l'utilise pour justifier le contenu du discours et minimiser ses difficultés. La signification de « **un petit peu** » – pas beaucoup – euphémise le discours de Nathalie qui prend conscience qu'elle a eu des difficultés à s'imposer. Elle renforce son propos par l'utilisation de la conjonction de coordination « **mais** » à valeur d'opposition : « **mais il y a eu des moments un petit peu ↓** ». La baisse de tonalité en fin de phrase marque la modalité affective de Nathalie qui fait ce constat et ne cherche plus à se convaincre ni à convaincre la chercheuse. Elle se désolidarise du groupe en repassant au pronom personnel « **je** » pour dire sa vraie préoccupation : « **Je me suis demandé / est-ce qu'on a entendu mon information / ou (3s) / mais j'ai ressenti que oui / quand même / c'est passé ↓** » (L.291-294). Elle s'est demandé, si on l'avait comprise /

« **ou** ». L'utilisation de la conjonction de coordination « **ou** » à valeur d'alternative suivi d'une réflexion de trois secondes l'entraîne à penser autrement mais elle y renonce en faisant confiance à ses émotions « **j'ai ressenti** », pour affirmer que « **oui, quand même** », elle a été écoutée. L'affirmation suivie de la locution adverbiale « **quand même** » montre ici la difficulté pour Nathalie d'accepter le constat qu'elle a été peu écoutée. La fin de sa phrase peut porter deux interprétations. « **C'est passé** » peut signifier le passage du discours entre locuteur et récepteur, mais aussi, que cet épisode, un mauvais souvenir, appartient désormais au passé. Nathalie tente de justifier la difficulté à communiquer par la volonté des deux parties de ne pas céder de terrain sur les informations à donner ou à recevoir donc, sur la communication qu'elle interroge au regard de la dynamique d'équipe et du nombre d'acteurs, sans aller au bout du raisonnement qu'elle achève par une alternative suspendue « **ou** » et par l'adverbe « **voilà** » pour marquer la constatation et la conclusion.

« **Peut-être parce qu'on avait des informations à donner / on voulait absolument les donner eux / ils avaient des informations à recevoir je pense que c'est une dynamique peut-être qui a créé / je sais pas / peut-être qu'on était trop nombreux / ou / voilà↓ / » (L.243-246).**

La difficulté de Nathalie à s'imposer ne signe pas l'absence de développement de sa compétence communicationnelle. Au regard des CCIP, Nathalie est plutôt facilitatrice et possède de vraies qualités communicationnelles.

Le discours de Nathalie porte un réel souci de « **prise en soins** » pluridisciplinaire (six fois). Sa vision holistique du soin convoque l'ergothérapeute (L.178), le psychologue (L.104), l'orthophoniste (L.335), indirectement l'addictologue en référence au sevrage tabagique (L.329), l'AS, mais aussi, l'épouse du patient envers laquelle elle démontre une véritable attention ce dont témoigne l'utilisation du champ lexical de l'intimité : « **vie privée** », « **intimité** », « **couple** », « **petits cocons** », « **rassurant** » (deux fois), « **se retrouver eux deux** », « **par rapport à eux / leur vie** ». Elle a le souci de préserver le couple en évoquant indirectement l'éducation thérapeutique comme moyen de favoriser son autonomie. Ces éléments lexicaux témoignent de la vision du soin de Nathalie – centrée sur le patient et sa famille – tandis que la suivante synthétise sa vision de l'interprofessionnalité :

« **[...] On travaille toutes les deux avec le même patient / pas de la même manière mais enfin / pas tout à fait / mais du coup / ses connaissances à elle mélangées aux (2s) / les connaissances kinés mélangées aux connaissances infirmiers / aux pratiques de chacun / fait une pratique unique après / » (L.411-414).**

« La pratique unique » de Nathalie ne manque pas de rappeler la « culture intermétiers » recherchée par la CIP...

❖ Jérôme : recadrer et poser les règles du jeu

Infirmier

Âge : plus de 30 ans, en reprise d'études, Bac+5, école de commerce

Rôle : infirmier en HAD-R avec Thibault, masseur-kinésithérapeute

Durée du film : 32 minutes

Jérôme a plus de trente ans, ce qui signe une certaine expérience et un genre professionnel ancré. Mais la nature de ce genre fait plutôt écho à son ancien métier de commercial ce que justifie, en particulier, le développement de la compétence communication interprofessionnelle qui, sur la question du vocabulaire, le met cependant en difficulté. Jérôme fait de son ancienne expérience une ressource qui sert cette compétence mais il ne parvient pas à s'en libérer pour embrasser un nouveau genre. Sa préoccupation principale, la communication, compte onze occurrences. L'objectif de l'ESI est d'obtenir des informations valides et exhaustives :

« **Notre objectif à / moi / mon objectif surtout en tant qu'HAD / c'était d'avoir le maximum d'informations / peut-être même les ouvrir sur des informations qu'elles ont [les professionnelles du SSR] et qu'elles n'avaient pas idée de nous donner / pour que / quand on finisse le rendez-vous / qu'on reparte avec le maximum de choses** » (L.16-19).

Jérôme emploie l'adjectif possessif « **notre** » en première intention puis se ravise : « **moi** », « **mon** ». Des « **informations** », des « **choses** », l'abstraction caractérise cette terminologie, aussi, l'essentiel pour Jérôme réside dans la quantité des informations recueillies. Non seulement Jérôme vise la récupération d'un « **maximum** » d'éléments mais il faut « **qu'on ait bien les bonnes informations** » (L.46-47) ; « [...] **pour être sûrs qu'on ait la bonne quoi** » (L.80) ; « [...] **j'ai retourné beaucoup le document pour être sûr que les infos [...] soient bonnes et soient véridiques quoi !** » (L.65-66). Dès le début de l'autoconfrontation, Jérôme émet le regret de n'avoir pas pu clarifier les objectifs :

« **Alors / au début de la situation euh / moi j'aurais voulu peut-être euh / qu'on remette de manière plus claire les objectifs / ils ont été donnés hein ↑ y a pas de soucis ↑ / mais peut-être qu'on / qu'on leur redonne le cadre /** » (L.2-4).

Jérôme tient à préciser avec conviction que les objectifs ont été donnés. L'intonation ascendante et l'interjection « **hein** » lui permettent d'impliquer la chercheuse (CP) qu'il ne veut pas froisser. Il rajoute qu'il n'y a pas de « **soucis** » sous-entendu, que ce n'est pas un

reproche à l'attention de la chercheuse. Dans cet échange, Jérôme prend la main. Il utilise le pronom personnel « **leur** » comme si la nécessité de poser le cadre devait venir des professionnels de l'HAD-R. Il emploie en effet « **on** » pour inclure son partenaire MK. Le substantif « **cadre** » donne le tempo à tout l'entretien. Le champ lexical de l'ordre est omniprésent. Des verbes : « **recadrer** » (L.15), « **cadrer** » (L.313), « **catégoriser** » (L.105), « **checker** » (trois fois), « **canaliser** » (L.160), des substantifs : « **cadre** » (L.5), « **pavés** » (L.35, L.37), « **carré** » (L.50), « **ligne de mire** » (L.60 but, visée ou objectif), « **check-list** » (L.306, L.311, L.343, L.306), « **grille** » (L.434, L.475), « **trame** » (L.108, L.110), « **critères** » (L.135), « **règles du jeu** » (L.258-276), « **ordre** » complété par l'adjectif « **logique** » (L.31) marquent la nature de sa communication. Ordonnée, elle ne peut se concevoir dans une discussion désorganisée. Élaboré avec l'aide d'outils efficaces et d'objectifs clairs, le mode de communication de Jérôme attend un contenu officiel. Jérôme égrène un vocabulaire qui renvoie au champ lexical de « **officiel** » ce qui interroge la dimension prescriptive du métier. Le sous-champ « **validation** » renforce cette dimension. Le « **document** » HAD-R (L.60, L.68, L.243) est aussi un « **rapport** » (L.117) et Jérôme déplore l'absence de « **rapport écrit** » (L.294) remis par les professionnelles du SSR. L'infirmier attend avant tout des informations justes, exhaustives, « **valides** » (L.91-92) et « **validées** » (L.49, 47).

Actif dans le collectif de travail, c'est surtout dans la maîtrise, le contrôle et le recadrage permanent que Jérôme se distingue. L'imprévu, l'improvisation semble être chez lui des gâchettes émotionnelles explosives. Son sens de la rigueur le pousse à demander la présence de critères objectifs et une validation officielle de chaque partie – « **un engagement** » – permettant la légitimité des apports de chacun. Le respect des règles et de l'autorité semble caractériser le style de Jérôme : « [...] **Peut-être qu'une ordonnance ou un papier euh / officiel / professionnel / aurait attesté / [...]** » (L.245-246) ; « [...] **je sais pas du tout si en réalité ils ont [les HAD] des check-lists officielles / [...]** ». Cette forme de « rigidité » l'empêche de songer à des remaniements possibles alors que c'est le propre du soignant : s'adapter au changement d'état du patient : « **on va éviter de / les remaniements de situation une fois que tout est mis en place quoi !** » (L.96-97). Jérôme a le souci de « **monter un dossier** », avec force détails pour créer un outil prêt-à-l'emploi « **au cas où** ». Cette manière d'anticiper accorde mal avec l'état de santé des patients, par définition évolutif. Les listes, les règles, l'ordre et l'organisation font ici perdre à Jérôme l'objectif principal de l'activité : construire le projet de soins partagé du patient.

« **Enfin pour moi / il faut prendre notre grille pour canaliser toutes les informations / donc sans euh / leur imposer un modèle de / de discussion je / je leur demande leur accord / et je / et je pars du principe que si / enfin / en fait / je bloque les objections / donc en / je pars du principe que si en amont j'ai bloqué les objections de la partie adverse /** » (L.159-169) ; « [...] **On a balayé en amont les objections** » (L.175-177).

Jérôme demande aux professionnelles du SSR la permission d'utiliser le document d'analyse de besoins HAD-R pour ne pas « **leur imposer un modèle de / de discussion** ». Le modèle proposé par le document (*check-list*) devient ainsi l'outil commun. Il empêche toute discussion en dehors des *items* proposés sous peine de désorganiser la pensée de Jérôme qui doit reformuler. Le recours au verbe « bloquer » signifie « neutraliser ». Dans un deuxième temps, Jérôme utilise le verbe « balayer », comme pour éliminer la source d'une potentielle opposition, malgré l'autorisation accordée par les collaboratrices du SSR. Les expressions « **pour l'autre partie** » et surtout « **la partie adverse** » appartiennent au champ juridique. L'autre partie désigne « la personne contre qui on plaide » (CNTRL). Le substantif « objection » est de même nature. Ces éléments renvoient à ce qui est « officiel », mais leurs connotations montrent le combat que mène Jérôme contre des adversaires qui pourraient potentiellement lui faire perdre pied. Pour se prémunir de toute menace, il organise ses tours de parole avec Thibault, le MK de l'HAD.

Jérôme a le souci d'écouter ses collaboratrices du SSR mais très vite, il explique que la répartition de la parole avec Thibault (MK HAD-R) se réalise « **pour qu'il n'y en ait pas un qui parle plus que l'autre** » « **et qu'on fasse / on va dire / [...]** » (L.34-35), la parole de Jérôme reste suspendue. Il poursuit par l'idée de répartir « **les pavés** » qui caractérisent l'analyse des besoins, dans l'objectif qu'il poursuit avec le MK : « **obtenir les informations** ». Jérôme demande, Thibault consent et le modèle est adopté. Jérôme est toujours à l'origine des initiatives. En ce sens, il est leader et ses collaborateurs le suivent sans s'opposer, même s'il fait fausse route. Son leadership ne peut être qualifié de collaboratif. Jérôme explique que les choses se font très vite « **en une fraction de seconde** » (L.36 ; L.128). Il se met d'accord avec Thibault et de la même manière, organise une configuration d'échanges « **en croisé** », pour favoriser la communication. Cependant, Jérôme avoue avoir rencontré des obstacles à la circulation des informations en lien avec le vocabulaire professionnel des MK. Mais il généralise à d'autres professionnels pour ne pas se sentir en difficulté :

« Ouais / une (montre l'écran du doigt) / ce qu'on / ce qu'on évoquait tout à l'heure / quand elle dit le (.) patient / il est spastique / enfin / des termes que nous on connaît et qu'on comprend / mais je me dis demain / peut-être qu'un infirmier qui vient d'un autre milieu / même depuis 15 ans / ou qui arrive en début de carrière / qui prend une place comme ça en HAD / on aurait / je pense euh / dû se mettre en règle du jeu dès le départ / c'est euh / si y a un terme ou une expression qui n'est pas comprise par l'un des quatre / on arrête tout / on s'le (.) / donne euh / en définition rapidement / en quelques secondes pour repartir » (L.194-201).

Jérôme émet la possibilité de modifier le déroulement de ce type de réunion interprofessionnelle au regard du vocabulaire professionnel. Il propose de se « **le mettre en règle du jeu dès le départ** ». Il a besoin de clarifications. Il justifie cette nécessité par le changement de « **milieu** » possible des IDE, le « **début de carrière** », alors qu'il est lui-même en début de carrière. Il affirme que ce sont « **des termes que nous [les infirmiers] on connaît et qu'on comprend** » mais appelle à la justification. Il est probable qu'il ne soit pas réellement au clair avec le vocabulaire. Ses hésitations « **heu** » (trois fois) sa pause (.) montre la nécessité pour lui de ne pas trahir sa difficulté. Il propose de mettre fin aux échanges « **on arrête tout** », pour définir les mots ou expressions complexes alors que rien n'empêche de les expliquer dans le cours des échanges. Ces potentiels apartés semblent être parasites dans sa volonté d'être « carré ». Cependant, Jérôme réaffirme sa compréhension des termes employés par ses collaborateurs. Il avance – en se mettant « **à la place de quelqu'un d'autre** » – la difficulté à dire aux autres les incompréhensions « **par soucis de temps / soucis de gêne** ». Il l'illustre par la difficulté de son collaborateur MK au regard de la trachéotomie mais achève son explication par « **on est bloqué en fait / peut-être sur des termes euh / au niveau de la communication** ». L'emploi de « **on** » marque l'inclusion de Jérôme à cette difficulté de compréhension. Le temps et la gêne invoqués sont peut-être les propres raisons de ses difficultés. Jérôme évoque ainsi une possibilité de faire autrement pour clarifier le vocabulaire, il emploie l'expression, « **à revoir** ». Pour pallier ces difficultés, Jérôme renouvelle alors la solution déjà évoquée : poser les règles du jeu. Il n'entrevoit pas d'autre solution que de recourir à la règle. Pour clarifier ses propos, Jérôme dit recourir à la « **reformulation** » (L.48 ; L.49 ; L.215 ; L.16, L.307). Il justifie cette méthode de communication ainsi : la reformulation « **me servait de / de valider / de leur côté et du nôtre** », « **[...] de la reformulation pour acter leurs décisions** ». C'est aussi une solution avancée, avec le résumé, pour pallier la difficulté à appréhender le vocabulaire des autres professionnels « **ben en faisant de la reformulation / en / oui / en faisant des**

résumés ou des reformulations ». Jérôme a le souci d'exprimer et de faire exprimer autrement les éléments avancés afin de s'assurer de la compréhension commune.

Enfin, Jérôme envisage de nouveaux buts. Il fait tout d'abord le constat de son incapacité à se décentrer pour construire un outil plus adapté à l'exercice. Il avoue que, dans l'action, il n'a pas « **pensé** » à être créatif. Empêché dans son activité, il n'a pas su se détacher de ce qu'il a considéré être prescrit. Il est enfermé dans la dimension impersonnelle du travail. Cependant, la nécessité de maîtrise et d'ordre liée à la dimension prescriptive de l'activité correspond sans doute plus à son style. En toute fin de dialogue, Jérôme projette une autre manière de faire pour justifier un mode de communication défaillant, qui a poussé l'équipe HAD à aller « **à la pêche aux infos** ». Jérôme fait l'hypothèse que du locuteur au récepteur, l'information n'a pas circulé de manière efficiente, chacun pensant avoir fait sa part du travail. Il interroge le temps, mais aussi, la capacité de chacun à communiquer des informations et à les réceptionner. Il revient ensuite à « **la pêche aux infos** » (L.328), au « **coup de pêche à la ligne** » (L.342) pour justifier le manque de données relatives au « **pronostic du patient** ». En réalité, le pronostic n'est qu'un prétexte. Le but poursuivi par Jérôme est de « **finaliser / enfin / finir notre check-list** ». Cependant, si « **la pêche à la ligne fonctionne** », Jérôme fait des propositions. Il envisage une autre manière de procéder :

« [...] **Vous voyez / donc c'est pas grave / on l'a / on a récupéré l'information** [présence d'escarre] / » (L.323). « **Mais peut-être que / à refaire / on partirait / on hiérarchiserait plus nos demandes d'informations / pour euh / enfin on ferait un entonnoir quoi** » (L.323-325)

Chercheuse : vous vous autoriseriez à créer un outil ?

« [...] **Ouais / je pense ouais / ou tout simplement en créant un outil / en partant de leur grille qui est bien / mais en la redispatchant / peut-être / voilà / en respectant la technique de l'entonnoir / en partant large et en arrivant serré** » (L.327-329).

Il est encore question ici de recourir à une technique de distribution, de catégorisation qu'il convient de « **respecter** » afin de gérer et de canaliser le flux d'informations. L'étudiant vise ici plus l'efficacité que le sens.

Jérôme connaît les ressorts des dynamiques d'équipe et mène de gros efforts pour faciliter le travail collectif (« travail d'équipe », « leadership collaboratif », « communication interprofessionnelle ») mais il mobilise maladroitement ses compétences. Il en connaît probablement les fondements mais ne sait pas comment les incarner. Il ne fait pas de cette simulation un espace de création mais reste subordonné à la dimension impersonnelle du métier et à la tâche. La compétence « planification, coordination des soins » n'est pas

mobilisée. Celle-ci ne peut en effet s'appréhender que de manière concertée, dans un processus dynamique d'échanges d'informations, bien au-delà de la seule prescription.

❖ Candice : la collègue empathique et joviale

Masseur-kinésithérapeute

Âge : moins de 30 ans, en formation initiale

Rôle : Masseur-kinésithérapeute en SSR avec l'infirmière Nathalie

Durée du film : 33 minutes

Les actions de Candice semblent contraintes, voire, empêchées par l'exercice lui-même. L'exercice est « **fictif** », « **virtuel** » et Candice n'a « **jamais vu ce patient** » ce qui l'invite à la prudence et à la recherche de consentement. Elle tient à dire « **des choses concrètes** », « **à ne [...] pas partir sur autre chose / et inventer des choses qui étaient pas en lien avec ce patient-là** », elle n'a « **pas su quoi inventer** » même si elle concède affiner une peu la situation à sa convenance : « **c'est pas que j'invente / mais je suis en train de plus euh / peaufiner le cas clinique on va dire** ». En difficulté, Candice attend un regard d'approbation de l'infirmière (Nathalie) qui procède en miroir.

Le champ lexical de la vision est très présent dans le discours de Candice. Le verbe conjugué « visualiser » est présent cinq fois, le verbe « imaginer », quatre fois et le verbe « voir », deux fois. Ces verbes de perception montrent la vitalité des sensations chez Candice qui adopte un mode énonciatif original : le discours rapporté. Mais plus que rapporté, il est « représenté ». La MK dit ici son rapport à autrui et à son discours, sur le mode de la représentation des perceptions. Pour Candice, penser c'est percevoir, c'est rendre vivants ses interlocuteurs dans le discours. En une phrase, Candice est capable de dire sa pensée, le discours d'autrui et ses sensations, ce qui rend ses propos extrêmement vivants.

Au fil des échanges, l'écouteur, que ce soit Candice ou Nathalie, renvoie aux indices phatiques de candidature à la parole caractérisés par le regard. Ce système de passage des tours est lié au système de maintenance des tours. C'est ainsi que les deux professionnelles gèrent au mieux leur participation et accèdent à la « félicité interactionnelle » (Cosnier, 2011). Elles mettent en place un système d'interrégulation communicationnelle qui leur permet d'explicitier leur pensée, de se faire comprendre, de partager le même point de vue. Candice a tout à fait conscience de ce système d'interrelation qui visiblement, fonctionne, en particulier avec Nathalie. Ses rires montrent son étonnement face à ce rouage gagnant.

Elle explique le système de communication adopté lorsqu'elle le compare à celui des professionnels de l'HAD-R :

« **Oui là vraiment c'est leur équipe / ils dialoguent vraiment / ils se mettent d'accord / eux / ça passe pas par le regard / comme moi avec / euh (2s) / le duo d'SSR / ça passe vraiment par / tu valides / il faut qu'on mette en place ça / oui / ils se valident entre eux / et après / ils notent / voilà /** » (L.143-146).

L'utilisation de l'adverbe « **vraiment** » à deux reprises semble dire que ce mode de communication est plus efficient que celui adopté avec Nathalie. Ce que Candice met aussi en exergue, c'est que la communication est toujours duel. Elle appelle « **équipe** » le « **duo** » que forment les professionnels de l'HAD-R. Ce terme est utilisé à trois reprises. Elle dit appartenir au « **duo d'SSR** » (L.189), aussi, son discours produit sa propre définition de la communication interdisciplinaire :

« **Euh / ben que c'est / il y a vraiment une communication interdisciplinaire / et qu'ils se rendent compte qu'ils peuvent mettre des choses en place en duo / enfin en se mettant d'accord tout ça / qu'est-ce qu'il serait bien de mettre en place / c'est / ouais c'est d'un accord commun / c'est vraiment de la collégialité là** » (L.148-151)

Pour Candice, le travail collaboratif se limite au travail duel. La collaboration se joue à deux si bien que jamais les objectifs des uns ne rencontrent ceux des autres. Ce travail cloisonné répond mal à l'acception de « **collégialité** » qui nécessite des décisions partagées par le collectif. Or, « **l'accord commun** » ne se joue qu'entre professionnels de l'HAD-R. Candice insiste sur la qualité de cette relation. Elle utilise « **ouais** » pour confirmer son discours et achève sa phrase par l'adverbe « **là** » pour marquer le contexte et l'opposer à ce qu'elle a entrepris avec Nathalie, sa « **collègue infirmière** » (L.8). Le système de communication adopté par les professionnelles du SSR se met aussi en place lorsque Candice se trouve en difficulté par manque de maîtrise du sujet abordé, qu'elle réduit à des « **aspects spécifiques à la rééducation et à des choses qui sont propres au kiné** » :

« **Euh / ben / j'avais fait une petite présentation rapide du patient / et pour / 'fin dans mon esprit / ce qui venait juste après / c'était euh / au niveau prise en charge plutôt médicale pas / pas trop encore les aspects spécifiques à la rééducation / et à des choses qui sont propres au kiné / j pense que c'était à elle de prendre les relais et après / de présenter des choses un peu plus complexes que peut-être moi / je - je - je - / maîtrise un p'tit peu moins quoi** » (L.34-39) ;

« [...] **Puis je laissais beaucoup la parole là / pour le coup à l'infirmière / parce que là / on était parties sur des sujets plus euh / bah plus prise en charge plus - plus médicale / elle a présenté vraiment (2s) voilà ce qu'il en était vraiment de sa prise en charge /** » (L.59-63).

Les « **aspects spécifiques** » et « **les choses** » ne sont déterminés par aucun contexte ce qui interroge sur la connaissance des limites de compétences et de connaissances des infirmiers. Candice cède ainsi son tour de parole à l'IDE en justifiant que les données deviennent « **complexes** » et qu'elle les « **maîtrise un p'tit peu moins** ». Cet aveu est nuancé et reste difficile à dire (répétition de « **je** »). Les « **choses complexes, plus médicales** » sont mal identifiées et semblent correspondre au domaine de l'infirmière. Ces réflexions interrogent. En effet, la formation des MK passe par une première année commune aux études médicales contrairement à celle des IDE. Il apparaît ici que Candice n'associe pas « **les aspects spécifiques à la rééducation** » au domaine médical. Elle se réserve ainsi la seule dimension rééducative du soin et se met en retrait par insécurité.

Candice s'amuse du comportement du MK de l'HAD qui prend l'initiative d'évoquer les examens biologiques. En réalité, elle saisit que c'est surtout pour répondre aux critères attendus par la *check-list* qu'il procède ainsi, mais elle interroge ensuite plus sérieusement la légitimité des MK à prendre la parole sur ce sujet « **j'sais pas si c'était à nous de le dire** » puis celle de Thibault « **je sais pas si c'est lui qui devait dire ça** ». L'infirmière donne raison à Thibault mais Candice, qui rapporte son propre discours – « **nan ne dis rien** » –, renonce à prendre la parole « **parce que c'est pas / j'me sentais pas** ». Sa réflexion sur Thibault et les limites de ses connaissances lui font prendre conscience de ses difficultés à maîtriser le sujet qu'elle dit d'ailleurs ne pas être le sien : « **c'était pas mon sujet** ». Cette distinction entre les rôles, les connaissances dévolues à chacun, entraînent des moments d'attention flottante dans les échanges, tandis que l'appropriation des rôles favorise l'action :

« [...] Mais j'ai l'impression qu'il y avait / c'était un peu trop transversal / c'est à dire que le deux infirmiers se sont échangés des informations juste avant / et peut-être que Thibault et moi / les deux kinés / euh (2s) on n'étaient pas trop à même d'en discuter / et lui du coup direct quand j'ai parlé sur la fonction motrice j'ai l'impression qu'il écoutait un peu plus / et que l'infirmier du coup il se retournait vers Thibault / bon y a / y a des trucs à noter / mais que c'était plus croisé là du coup / kiné-kiné et infirmier-infirmier » (L.93-99)

« Je pense qu'inconsciemment on s'est sentis plus concernés par certains sujets / les uns et les autres / c'est-à-dire que les deux infirmiers / direct / oh / euh / sonde urinaire / qu'est-ce que / qu'est ce qui est mis en place / et tout / donc / oui / direct / l'infirmier il a dit / oui c'est quoi / faut changer quoi / nani nanan / alors que Thibault il / ce sujet-là / peut-être il / c'est pas que ça l'intéressait moins / mais il se sentait moins à même de (2s) / de dialoguer sur ça / alors que / quand j'ai dit / fonction motrice il en est où ? / ah / donc / il a quelles fonctions / et tout / ah / il a / il a tilté / et il a noté des choses / » (L.104-110).

Candice utilise toujours le même procédé pour donner corps à son discours. Elle introduit les propos des interlocuteurs par un discours narrativisé qui ne rapporte pas les paroles exactes du locuteur mais plutôt, un élément qui résume son comportement. Ce procédé laisse le soin au lecteur d'imaginer la scène. Le discours devient un évènement qui donne sens aux propos et qui rend profondément vivante la description que Candice rapporte avec une vivacité joyeuse. Elle décrit ainsi les propos et les attitudes cloisonnées des acteurs par corps de métiers, « **un peu trop transversal** » à son goût. Certains mots clés déclenchent, par un mouvement soudain et vif, l'attention de chacun. Le vocabulaire employé semble réveiller les interlocuteurs qui se mettent en action. « **La fonction motrice** », la « **sonde urinaire** », la « **séance de kiné** », le « **trouble orthopédique au pied** » fonctionnent comme des mots magiques qui suscitent l'intérêt et le comportement des uns ou des autres, en fonction du domaine concerné.

Lorsque Candice s'exprime sur la prise en soin kinésithérapique, Thibault « **écoute, tilte, note, capte les infos, comprend** ». Il saisit les données avec les sens (capter, tilter, écouter), mais aussi, cognitivement (comprendre) ce qui le pousse à agir (noter). Candice commente l'attitude de Thibault quand les IDE s'échangent des informations : « **Thibault / il / ce sujet-là / peut-être / il / c'est pas que ça l'intéressait moins / mais il se sentait moins à même de (2s) / de dialoguer sur ça** » ; aussi, « **voilà sur les ordonnances / comment les transmettre / tout ça / en fait / nous / on n'a pas trop (2s) / ordonnance tout ça / on s'est pas trop intéressés à ce sujet-là /** ». Candice euphémise son discours en utilisant des adverbes « **moins** », pas « **trop** », « **peut-être** » pour ne pas s'avouer leur désintérêt – elle emploie « **nous** » – pour certains sujets. D'ailleurs, elle constate l'absence de traces phatiques, de regards en particulier, au cours de la présentation des traitements : « **infirmier-infirmier se partagent vraiment les informations / d'ailleurs Thibault et moi / on regarde pas à ce moment-là** » (L.277-278).

Le passage des tours de parole, les assentiments, l'organisation externe du discours fonctionnent par dyade SSR/HAD-R en revanche, la communication « sémantique » se réalise par métier, de manière cloisonnée. Pour Candice, le frein à la communication trouve une origine dans l'utilisation du document HAD-R qui ne favorise pas la circulation fluide des informations. Malgré le cadre et l'exhaustivité apportés par l'outil de recueil de données, Candice dit la difficulté à obtenir un discours limpide. Elle aurait fait le choix de ne pas l'utiliser. La suite de son discours montre d'ailleurs sa frustration de n'avoir pas pu s'exprimer sur certains points, en particulier, sur la fonction respiratoire :

« Oui / oui / oui / ça va / là on / c'est plus sur les fonctions respiratoires tout ça / mais euh / c'est vrai que j'aurais aimé plus parler à ce moment-là de choses / peut-être plus techniques / kiné / peut être des encombrements tout ça / partir sur les capacités respiratoires du patient / parce qu'il a une paralysie de ses muscles respiratoires / mais je l'ai pas fait euh / (3s) ouais / je suis déçue de pas l'avoir fait / mais je préférerais leur laisser la place pour que eux / récoltent les informations dont ils avaient besoin [...] du coup / je l'ai pas fait / je me suis dit que ça concernait peut-être pas / peut-être pas tout le monde / mais à tort peut-être / » (L.239-248).

Candice semble associer le rôle du MK à sa seule dimension technique « **parler [...] de choses peut-être plus techniques / kiné /** ». La répétition du « **oui** » en début de discours marque l'auto persuasion de Candice qui veut se convaincre qu'elle a émotionnellement bien vécu l'extrait vidéo présenté. Elle est cependant trahie par les traces d'affectivité de son discours haché et grammaticalement déconstruit. Elle avoue sa déception et sa possible erreur de jugement. Elle utilise cinq fois l'adverbe « **peut-être** » ce qui traduit ses doutes et ses regrets. Elle a laissé la place à une méthodologie qui consiste à cocher des cases ce qui la pousse à s'interroger sur l'implication des IDE dans la prise en soins de la fonction respiratoire. La dernière partie de la phrase note à nouveau le regret que l'adverbe adoucit. Candice sait qu'elle aurait dû intervenir mais a besoin de calmer les émotions contradictoires qui l'animent. La MK n'a pas su imposer son point de vue au collectif. Les compétences « travail d'équipe » et « leadership collaboratif » qui envisagent de faciliter les processus de travail de groupe et la collaboration avec tous les professionnels sont peu développées. Toute la réflexion de Candice montre qu'elle comprend ce qui s'est joué dans les interactions collectives. Elle regrette cependant de ne s'être pas plus « imposée » dans le processus dynamique d'interactions. Mais elle vit certaines données comme des évidences. En ce qui concerne le score ASIA, elle a la certitude que les infirmiers maîtrisent l'échelle :

Chercheuse : le score ASIA / à votre avis / vous partagez tous cette information ?

« Oui / oui pour moi les kinés et les infirmiers savent ce que ça signifie / quand j'dis atteinte complète / bilan ASIA / je pense qu'ils savent ce que / ce qu'il en résulte de ce / de ce bilan » (L.29-31).

De la signification de ce score aux actions à entreprendre – « **ce qu'il en résulte** » –, elle n'envisage pas de clarifier ASIA. Pourtant, c'est un élément clé qui va déterminer toute la construction du projet de soins partagé. Les IDE n'interviennent pas mais en réalité, seuls ceux dont le parcours de formation a permis d'interroger le score sont au fait. Pour les autres, le programme IDE n'envisage pas un travail spécifique sur ce score. Candice est extrêmement sincère lorsqu'elle évoque sa connaissance partagée. En revanche, elle se cache parfois derrière son discours mais possède la capacité réflexive nécessaire pour ne pas y

croire. En effet, Candice n'est pas dupe, elle affirme avoir rempli le document HAD-R avec ses collaborateurs tout en réalisant les transmissions « **on l'a rempli / et on a fait nos transmissions en même temps /** » (L.122).

Chercheuse : vous êtes arrivés à faire les deux à votre avis ?

« **Je pense (sourire) / je crois qu'à la fin (rires) / ça va / pour l'instant / on n'a pas trop parlé de (2s) ce qu'il faut mettre en place pour le retour à domicile / pour l'instant / là on est / on rentre dans le sujet / on est encore dans la présentation / mais on n'a pas encore proposé de solutions / là / pour l'instant /** » (L.125-128).

Candice sourit, elle amorce une phrase « **je crois qu'à la fin** », rit, puis se rassure et rassure la chercheuse « **ça va** ». Elle n'achève pas sa phrase susceptible d'annoncer l'incapacité à répondre à l'objectif mais laisse l'illusion de la réussite en utilisant deux fois l'adverbe « **pour l'instant** » et l'adverbe « **encore** » à la forme négative. En réalité, le projet ne verra jamais le jour.

❖ Thibault : un seul objectif : cocher les cases !

Masseur-kinésithérapeute

Âge : moins de 30 ans, en formation initiale

Rôle : masseur-kinésithérapeute en HAD-R avec Jérôme, infirmier

Durée du film : 29 minutes

Dès le début de l'entretien, Thibault éclaircit l'objectif qu'il poursuit : compléter le questionnaire qu'il appelle indifféremment « **formulaire** » (trois fois), « **truc** » (trois fois), « **papier** » (L.136), « **dossier** » (L.82), « **document** » (quatre fois) caractérisés par des « **cases** » (six fois), une « **trame** » (L.55), des « **items** » (L.87) et des « **listes** » (deux fois). Cette difficulté à identifier la nature du document oblige Thibault à le traduire en outil prescriptif : son but est de remplir le questionnaire en cochant des cases. Quand il énonce son but, il se solidarise avec l'IDE de l'HAD-R (Jérôme) et lorsqu'il énonce les moyens mis en œuvre pour l'atteindre, il emploie le pronom personnel sujet « **je** » (L.21-22 ; L.48-49). Pour Thibault, il n'est pas question de projet de soins partagé mais plutôt, de suivre « **notre trame** ». Cependant, l'analyse énonciative de son discours montre son incertitude : il n'est pas certain que suivre la trame et cocher des cases soit réellement le sujet de l'exercice. Thibault cède à la facilité que lui offre les « **cases vachement bien détaillées** » pour recadrer les propos des autres professionnels dans le seul souci de suivre « **le truc** » et de le remplir avec la plus grande exhaustivité. L'étudiant a besoin de procéder par étapes, ce que lui offre le document. Il ne parvient pas à faire autrement pour planifier des soins. Au fil de l'échange,

Thibault renouvelle le but poursuivi au point de s'enfermer dans une boucle de répétition caractérisée par l'utilisation récurrente de l'adjectif « **pareil** » (sept fois).

« **Ouais là c'est toujours pareil / c'était pour remplir euh / comme demandé / parce-qu'on essayait d'avoir le maximum d'informations euh / et puis du coup bon / je voulais savoir si elles [les professionnelles du SSR] les avaient / puis au final comme elles les avaient / j'ai pas eu le temps de les noter ↓** » (L.110-113).

Thibault ne parvient jamais à se détacher de la prescription qu'il s'est lui-même imposée. Dans la dernière occurrence présentée, l'emploi de « **comme demandé** » est surprenant, il permet sans doute de justifier son action. L'interjection « **euh** » encadrée de silences prouve sa réflexion en cours. Cette méthode est un frein au recueil d'informations. À la recherche de données précises imposées par la trame, Thibault ne trouve pas le temps de les inscrire au questionnaire, ce qui le frustre. L'intonation descendante de ses propos pour justifier cette difficulté montre une modalité affective de déception chez le MK. Mais il finit par s'amuser de son fonctionnement. Le rire fonctionne ici sans doute comme mécanisme de défense qui protège Thibault de la menace psychique entrevue par la répétition. Animé de conflits émotionnels, il prend conscience, au fil de l'entretien, que sa quête est vaine. Il appuie ainsi volontairement sur les aspects comiques du facteur de son stress. Il en arrive à ne plus achever ses phrases tant la situation devient absurde :

« **Euh / ben là / elle commençait à nous décrire tous les objectifs et euh / et tout ce qu'il y avait besoin de faire et comme j'avais vu que dans le / dans le document / c'est toujours pareil / c'était une ou deux pages après / et je disais euh / on garde ça pour après / on / suit la / ::: la :::** » (L.134-137).

À la fin de cette phrase, Thibault n'ose plus prononcer le mot qui l'a entraîné sur cette voie. La répétition du pronom personnel « **la** » et les longues pauses qui l'encadrent montre sa difficulté à trouver le mot juste qui n'aura pas l'accent de la répétition. À la suite de la chercheuse, il va employer l'anglicisme *checker*. Aussi, avant que la chercheuse ne l'interroge sur sa manière de faire, Thibault reprend son leitmotiv :

« **Non c'est toujours pareil / on suit / on suit la liste et du coup / on était tombé dessus / on avait déjà parlé / des trucs comme ça / on reconferme ce qu'on avait dit / et voilà / c'est tout** » (L.212-214)

Même lorsque le sujet échappe à l'étudiant, il souhaite en prendre note. La personnification du document « **il demandait** » (deux fois) est assez significative de l'exercice que s'impose Thibault. Il ignore en réalité de qui émane la prescription mais a la certitude qu'il doit s'y

soumettre. Pourtant, Thibault est en difficulté lorsqu'il s'agit de noter les éléments concernant la trachéotomie du patient. Il renonce même à l'inscrire au questionnaire :

« **Parce-qu'elle [L'IDE SSR] a dit beaucoup de choses / parce qu'en fait / on avait une toute petite / euh / que cinq ou six petits points pour décrire la valve / et elle [l'IDE SSR] a sorti une phrase euh / hyper longue / j'ai dit / bon / on va peut-être pas noter tout ça / »** (rires) (L.217-219).

C'est ainsi que l'IDE de HAD-R, qui maîtrise mieux cette question, vient à son secours et lui propose de noter. Les prises de paroles de Thibault s'achèvent presque toutes par des rires. Il anticipe ses propos en riant, en les répétant, comme un refrain, pendant le visionnage : « **Je disais / on remplissait les / les / on essaie de remplir les cases** » (L.234). Le dialogue, autant que projet de soins n'avancent pas. Pourtant, les deux acteurs de l'HAD se sont mis d'accord pour faciliter leur collaboration. De nombreux apartés MK-IDE parcourent le film. Thibault explique que l'objectif était de se répartir les rôles pour équilibrer la parole, mais aussi, « **pour se compléter** ». En avançant dans l'échange, le discours de Thibault est de moins en moins fluide. Il est marqué d'interjections « **euh** », de soupirs comme expression de sa saturation, de répétitions et de l'utilisation du substantif « **choses** » qui renvoient systématiquement à des abstractions. La répartition « **des cases** » est orchestrée par les spécificités de chaque profession. Jamais Thibault n'emploie les termes connaissances ou compétences. Il évoque le « **domaine infirmier** » ou la capacité de Jérôme maîtriser le vocabulaire : « **il sait mieux répondre à ce que ça veut dire** ». En réalité, cette répartition des tâches ne facilite pas la circulation des informations. Elle détourne plutôt Thibault du travail d'équipe collaboratif. Lorsque la chercheuse demande à Thibault pourquoi il prend la parole lorsqu'il s'agit de discuter de l'aménagement du domicile, il répond :

« **Voilà et surtout que le (.) / comment dire / dès que ça a touché plus le patient et comment aménager parce-que même si c'est l'ergothérapeute / c'est aussi un rôle / euh / le kiné a aussi un rôle dans la mise en place de / de la maison et tout ça (...) / et du coup / comme on commençait à en parler / et que du coup c'était vraiment dans le vif du sujet / euh / de savoir / de faire revenir le patient chez lui / enfin / c'était intéressant** » (rires) (L.147-152).

Thibault utilise la locution adverbiale « **du coup** » comme signe de ponctuation. Il ne l'emploie pas pour signifier l'idée d'une cause qui agirait brusquement mais plutôt comme outil de transition à sa pensée. Il y recourt cinquante-deux fois dans son discours. L'onomatopée « **euh** », utilisée soixante et une fois, a la même fonction. Thibault a besoin de réaliser des pauses pour permettre à sa pensée de progresser. Il témoigne de difficultés à caractériser les soins infirmiers autrement que « **comme [c'est] des trucs** » si bien qu'il se

justifie « **enfin / moi / c'est pas que ça m'intéresse pas / mais** ». La tournure négative et la conjonction de coordination « **mais** » euphémisent ce dont Thibault veut se convaincre. En réalité, il est beaucoup plus intéressé, donc actif – « **du coup / je notais** » – lorsqu'il s'agit de discussions en lien avec la prise en soins kinésithérapiques. Il est en effet « **dans le vif du sujet** » mais sa pensée n'est pas pour autant plus fluide. L'emploi de l'adverbe « **enfin** » pour marquer la fin de sa démonstration confirme ce qu'il avait dit précédemment avec plus de subtilité. En utilisant la tournure : « **c'était intéressant** », il dit que les soins infirmiers ont suscité moins d'intérêt chez lui donc, moins d'attention. Il achève sa phrase par un rire qui témoigne de sa gêne : il a sans doute conscience de l'ambiguïté de sa tournure de phrase. Sa difficulté à se préoccuper du domaine infirmier est d'autant plus vraie qu'il est focalisé sur sa propre *check-list* définie au préalable avec l'IDE HAD-R. Il dit en substance que l'IDE de l'HAD adopte le même fonctionnement lorsque la conversation aborde la problématique des examens biologiques. Il en fait une évidence non discutable : « **c'était logique** ».

C'est à la fin du visionnage que Thibault interroge les objectifs réels de l'exercice et du frein qu'a pu constituer « **la trame du truc** », même s'il en reconnaît la simplicité :

« **Ouais voilà / parce que du coup / là / on a surtout suivi la trame du truc en disant / y a besoin de faire ça / y a besoin de faire ça / mais du coup / on a juste dit / y a besoin / et on n'a pas dit / on va mettre en place le lundi ça sera euh / à telle heure l'infirmière / à telle heure le médecin / l'orthophoniste / euh / l'ergo / et à tel autre jour les autres / du coup j pense que c'est ça qui manque** » (L.253-257).

Il envisage ainsi une vraie programmation de soins constitutive du projet de vie du patient. Pour lui, le relevé des besoins doit ainsi être envisagé pour construire un projet concerté. Il répète trois fois « **y a besoin** » pour se laisser le temps d'élaborer une proposition au regard de tous les autres collaborateurs possibles. Pour justifier ses difficultés, Thibault donne plusieurs raisons aux obstacles rencontrés : le temps, le manque de formation, et la méconnaissance du document de recueil de données. Enfin, c'est dans la réflexion menée sur sa propre activité que Thibault est capable d'élaborer d'autres manières de faire.

Ainsi, dans ce groupe d'étudiants-acteurs, les deux jeunes masseurs-kinésithérapeutes, sont ceux qui ont le moins bien développé leurs CCIP. Les compétences collaboratives de Thibault sont peu visibles tandis que l'analyse énonciative des *verbatim*s montre qu'au contact de Nathalie, Candice amorce la mobilisation de certaines compétences. Candice rencontre des difficultés à circonscrire le concept et se réfère souvent aux avis de Nathalie par la communication non-verbale, en attente de l'approbation d'un regard plus expert. Dans

cette proximité au genre infirmier dont ils ignorent le contenu, Candice et en particulier Thibault, prennent peu de liberté. Intérioriser les registres du métier est une gageure qui ne peut se réaliser que dans le temps or, leur statut de novices les oblige à rentrer dans le métier par l'impersonnel. C'est ainsi que Thibault limite l'exercice à l'exécution d'une tâche et que Candice profite de l'expertise de Nathalie pour déployer son réel potentiel. Tous auraient pu cependant profiter du solide ancrage du genre « soignant » de Nathalie si la modalité des échanges, binaires, cloisonnés, n'avaient pas limité le travail collaboratif. La typologie du travail collaboratif née de ces échanges correspond sans doute à la collaboration en « latence » (D'Amour et al, 2003). Le niveau de collaboration n'est en effet pas encore véritablement « ancré », aussi, le consensus de négociation ne trouve pas sa voie. Sans doute parce que certains indicateurs de la CIP sont encore en construction.

3.2.2. Deuxièmes autoconfrontations simples

❖ Élixa : maîtrise et contrôle

Masseur-kinésithérapeute

Âge : moins de trente ans, en formation initiale

Rôle : masseur-kinésithérapeute en SSR avec l'infirmière Mariya

Durée du film : 36 minutes

La préoccupation principale d'Élixa est relative à la communication interprofessionnelle (8 occurrences). L'étudiante a un réel souci de précision et de clarification du vocabulaire utilisé : elle cherche « **le mot précis** » (L.66), le « **terme exact** » (L.68), elle ne veut « **pas dire de bêtises** » (L.71 ; L.177) parce que « **ça peut tout changer** » (L.71) et évoque « **ce sentiment [...] que je savais / je sais pas quelle ligne / quel mot** ». Élixa souhaite « **aller à la vérité** » (L.74), « **leur préciser** », « **ne pas dire n'importe quoi** », « **avoir les bons mots** » (L.181) et « **qu'on soit clair** » (L.231). L'étudiante tente de justifier cette nécessité d'utiliser les bons mots en associant à son discours une forte participation kinésique qui se manifeste principalement par l'utilisation des mains. Tandis que l'attitude générale d'Élixa est très statique lorsqu'elle visionne la vidéo – regard fixe face à l'écran, coudes en appui sur la table, mains qui soutiennent son menton – elle emploie des gestes à type de marqueurs idéographiques (gestes verticaux parallèles, moulinets des mains, mains en offrande) pour bien marquer les étapes de son raisonnement, mais aussi, de marqueurs en bâtons, de pointage digital, pour fixer l'attention sur l'écran ou souligner l'importance de son idée. Son agitation a tendance à se manifester lors de justifications et d'évocations de la dimension

praxique du métier. La gestuelle d'Élisa souligne l'intensité de son discours dans sa quête de clarté. C'est ainsi qu'elle précise la signification du score ASIA à l'infirmière en y associant une gestualité illustrative (L.16-21) qui permet aux IDE de comprendre l'état du patient, parce qu'Élisa ne « **connaît pas tout à fait leurs connaissances sur les terrains sensitifs et les terrains moteurs** » (L.19-20). Elle montre ainsi tour à tour, les parties du corps paralysées avec une grande puissance démonstrative. Élisa a le souci de clarifier pour autrui car elle-même ne maîtrise pas toujours le champ de connaissances et le rôle des infirmiers (compétence clarification des rôles et des responsabilités). Cette méconnaissance entrave parfois le travail collaboratif ce que reconnaît Élisa :

« **J'ai un p'tit peu délaissé le côté inter pluridisciplinarité ↓ / j'ai vraiment parlé de / de kiné pure avec euh / Maxime (MK) / parce que j'ai vraiment l'impression que c'était / ce que j'avais à lui transmettre pour qu'il ait une image du kiné** » (L.84-86) ; « [...] **je savais pas si parler [...] et je savais pas si parler fauteuil / et euh / technique fauteuil / ça allait parler à l'infirmière / du coup sur ce point-là / Maxime devait paraître plus intéressé / et que j'étais sûre qu'il savait de quoi il parlait / et je me suis adressée plutôt à lui / »** (L.77-81).

Alors qu'Élisa cherche à clarifier son vocabulaire, elle reste sur son interrogation « **je savais pas** » et se justifie par une tournure grammaticale qui interroge. Le verbe transitif « **devoir** » suivi d'un infinitif « **paraître** » désigne grammaticalement une obligation. Il semble ici que le seul statut de Maxime – MK – l'oblige à être attentif aux propos d'Élisa ce qui signe pour elle l'économie de ne pas avoir à justifier la « **technique fauteuil** » auprès des IDE et l'entraîne à adopter une communication exclusive avec le MK. Son attitude est sensiblement identique lorsqu'elle évoque les problèmes cutanés du patient et son encombrement ; Élisa

« [...] **ne sais(t) pas si les infirmières ont été sensibilisées à ça / et plus particulièrement aux problèmes respiratoires et vont / vont en parler / alors que pour autant / elles ont aussi un rôle HYPER important / elles peuvent aspirer pareil / elles peuvent vérifier / le faire travailler / le verticaliser au même titre que nous / ça peut être pour tout le monde / tout le temps / »** (L.267-272).

Un paradoxe émerge du discours d'Élisa qui interroge les connaissances des infirmières sur les problèmes respiratoires et cutanés mais qui, en employant « **pour autant** » (L.332) laisse entendre qu'elle connaît leur rôle (dans le sens d'actions) « **aspirer** [le patient] **pareil / elles** [les infirmières] **peuvent vérifier / le faire travailler / le verticaliser au même titre que nous** ». Dans cet extrait, Élisa dit ignorer si les infirmières « **ont été sensibilisées** » aux problèmes cutanés. Elle se contredit car elle avait affirmé précédemment : « [...] **En tout cas l'escarre c'est une compétence qu'on partage / donc j'étais sûr que tout le monde**

saurait de quoi je parle quoi » (L.186). Éliisa avoue donc, d'une certaine manière, ne pas connaître précisément le champ de connaissances des infirmiers mais a plus de certitudes pour les actes et activités (lié à ses expériences en stages), bien que la confusion persiste. Dans son discours, Éliisa oppose la dimension pratique du métier qui fait appelle à son expérience de terrain (stages), à l'intérêt personnel qu'elle porte à certaines spécialités, à ce qu'elle a appris en stage seule, ou avec le concours des autres professionnels :

« J'parle du tabac et des problèmes respiratoires parce que / c'est un domaine que j'aime beaucoup et je reviens quand même de trois / de trois mois complets de stage dans un service de pneumologie » (L.252-254) ; **« [...] mais c'était juste parce que je pensais à toutes ces situations en stage où / où il faut coordonner les soins »** (L.128-130).

Elle évoque aussi la dimension qui relève des seules connaissances. La difficulté à maîtriser le champ des connaissances des autres paramédicaux marque une frontière entre les professions et bride parfois l'initiative. Chez Éliisa, elle marque une forme d'autocensure :

« J'dirais même que j'parle trop parce que c'est pas mon domaine [la pharmacologie] (rires) mais je l'avais sous les yeux / j'étais en train de la lire / pareil / après OUI / quand elle parle de remplacer un médicament par un autre / alors là pour en parler (moue interrogative) / j'y connais rien (rires) je / je sais pas euh / si c'est un médicament d'une dénomination ou une autre / j'y connais rien ↓ » (L.147-151).

Éliisa rit à des moments très précis de son discours – évocation de ses difficultés, de ses incapacités, de ses empêchements. Ces rires permettent d'éviter que cette situation ne la déborde émotionnellement, comme si discuter pharmacologie marquait un dépassement de tâche, vécu comme une faute professionnelle. Éliisa s'empresse très vite de retrouver son sérieux en justifiant que « lire » une ordonnance relève de sa compétence. Elle avoue en riant encore « **qu'elle n'y connaît rien** » et finit par répéter, très solennellement et en baissant peu à peu l'intonation de sa voix (modalité appréciative de sa gêne), « **qu'elle n'y connaît rien** » (L.186-188). Si elle regrette sa prise de parole sur les médicaments, elle a cependant précisé précédemment la nécessité de les connaître au regard de la coordination et de l'optimisation des soins : « **C'est HYPER important pour moi de savoir quand est-ce qu'elles sont** [les séances de verticalisation ou de respiration] **et quand on est-ce qu'on donne les médicaments pour que je sois la plus optimale / »** (L.178-179). L'accent d'insistance sur HYPER montre l'importance qu'elle accorde à la connaissance non pas du médicament, mais du moment où le médicament est donné pour assurer au mieux la prise en charge kinésithérapique du patient et pour coordonner les soins (L.163-168). Éliisa est très préoccupée par la coordination des soins, elle vise l'efficacité. Cependant, la répétition du

pronom personnel « **je** », des possessifs « **ma** » [séance], « **moi** », « **mes** » montre combien l'étudiante est tournée vers sa propre prise en charge : elle ignore qui alimente le patient, méconnaissance qu'elle renouvelle par l'utilisation de l'indéfini « **on** » et qu'elle ne tente pas de combler :

« **Oui mais pour / pour tout même / pour l'alimentation / enfin je sais pas qui l'alimente / mais euh / je vais pas faire ma séance de verticalisation ou de respiration / respiratoire / de la même manière si le monsieur il a le ventre plein et qu'on vient de le nourrir / que s'il l'a pas / donc euh / [...]** » (L.138-143)

D'ailleurs, Éliisa dit son impuissance à communiquer, ses propres freins, son autocensure et la frustration que ça engendre :

« **Pourquoi je l'ai pas fait ? [Donner son point de vue sur l'organisation] parce que je pouvais pas communiquer avec ceux d'en face / donc je savais pas ce qu'ils avaient / comparé à ce que moi j'avais / [...] je savais pas euh / comment je devais organiser ma pensée vis à vis des autres / et je voulais pas imposer ma façon de voir à l'autre / je voulais pas leur dire / on va commencer par ça / et faire ça et faire ça [...]** » ; « **Je préférerais partir spontanément et / et avoir des blancs / plutôt que d'avoir trop d'informations en limitant les autres / du coup euh / c'est pas grave / j'le vis mal mais / ça se voit pas trop !** » (Rires) (L.164-174).

Le souci de clarté d'Éliisa se double d'une préoccupation personnelle en lien avec la communication, qui témoigne de sa connaissance des principes régissant la dynamique d'équipe (compétence travail d'équipe).

« **J'trouve qu'on a été / qu'on a été plutôt pas mal / on a plutôt échangé (rires) / après euh / on le sait dans les groupes y a différents rôles et on / on peut se dire que j'ai beaucoup parlé / mais croyez-moi / comparé à ce que j'avais envie de dire / j'en ai retenu plein ! ↑ / j'ai laissé parler les autres /** » (L.291-294).

Éliisa semble tenter de maîtriser sa communication et son rôle dans le groupe. Elle favorise les tours de parole et la réflexion. Sa manière de communiquer semble qualifier son style dont elle reconnaît les travers. Elle la justifie par une « **habitude** » et affirme qu'elle a tendance à s'imposer et à imposer son discours aux autres. Elle confirme son leadership :

« **C'est une habitude que j'ai [de prendre la parole la première] (rires) non / mais ça permet de prendre le contrôle sur (2s) / comment j'ai envie que ça / que ça commence / et tout / éviter un moment de malaise /** » (L.4-6).

« **J'ai / un peu l'habitude d'essayer de contrôler [...] et j'ai commencé à parler et [...] et après je me suis rendu compte que / que j'avais pas à faire ça / qu'il fallait que je laisse s'exprimer les gens et que / elle avait beaucoup / et je lui ai redonné la parole en disant / bah / en fait / y a beaucoup de soins / si tu veux parler plus du côté / euh / prise**

de médicaments tu feras ça beaucoup mieux que moi / parce que / c'était peut-être ce qu'elle attend / ce que l'autre infirmière attendait le plus quoi ! ↑ / » (L.40-47).

Ce leadership n'a d'effet que sur elle-même puisqu'il lui permet de canaliser son insécurité. Elle exerce un autocontrôle qu'elle vit avec difficulté et frustration. Ses propos semblent justifier ce qu'elle a déjà dit : elle parle trop alors que ce n'est pas son domaine. Et lorsque la chercheuse lui demande comment elle vit la situation, Éliisa répond : « **J'aime pas ça** » (Sourire). D'ailleurs, pour pallier son insécurité, Éliisa tente d'exercer le contrôle sur la situation : elle intervient la première, prend des tours de parole, explique, argumente pour se rassurer et ne pas subir les silences et les temps morts. Très vite, elle envisage les choses autrement : se préparer à cet exercice que « **personne n'a jamais fait** ». Elle imagine alors, par la répétition du pronom démonstratif « **ça** » ce que les étudiants auraient pu faire s'ils avaient été préparés à cet exercice. De nouveaux buts se dessinent, aussi, Éliisa y inclut le collectif en employant le pronom « **on** » moins générique qu'intégrateur. Éliisa a la volonté de décrire une autre réalité possible qu'elle ordonne, alors qu'elle ne savait pas « **organiser sa pensée** ». Elle associe gestes et parole et du haut vers le bas de la feuille, signifie verticalement, point par point, l'ordre retrouvé. Elle réitère ce procédé linguistique (la répétition) et distribue les rôles. Et lorsque la chercheuse lui demande si l'objectif de l'exercice est atteint :

« **Éliisa : Non / »**

Chercheuse : pourquoi ?

Éliisa : « POUR MOI là on s'est INITIÉ / on a INTRODUIT UN PATIENT / que CHACUN on ait une idée / mais pour moi on devait réaliser l'objectif / c'est à la fin / si on avait été capables d'avoir une feuille (dessine une feuille rectangulaire avec ses mains sur la table) / et de dire / voilà on fait ça / dans tel ordre / on fait d'abord ça / puis ça / puis ça / toi tu transmets ça / à celui-là / toi tu fais ça / (ordonne imaginativement ce que chacun doit faire sur la table en traçant des lignes horizontales descendantes) à celui-là / lui / il voit lui pour informer lui / de ça / de ça / alors que là / c'était / c'était de l'esbroufe / c'était beaucoup de blabla pour pas grand-chose de concret / (sourires) / mais c'est la première fois qu'on faisait ça / donc / euh / voilà / si on avait pu avoir une p'tite fiche avec marqué / faire ça / ça / ça / ça / ça / on l'aurait prise hein ! ↑ » (rires) (fait mine d'écrire sur la table à chaque « **ça » et manipule son masque des deux mains) (L.305-315).**

Lignes 200 et 201, Éliisa affirme ne pas avoir identifié les objectifs : « **J pense qu'on savait pas trop ce qu'on devait faire / quels étaient les objectifs / de la rencontre avec ce genre de personnes / alors du coup on essayait de viser gros / »**. « **Viser gros** » permet, pour Éliisa, d'atteindre des objectifs peu clairs non seulement pour elle, mais aussi pour l'équipe au nom de laquelle elle parle : « **on** ». Notons l'utilisation de la terminologie « **genre** » qui réfère plus à une classe d'êtres indéfinie qu'à des individus dont la profession serait

identifiée. Une valeur péjorative peut être attribuée à la manière dont Éliisa désigne ici les infirmiers. Ce « **genre de personnes** » semble être tout à fait étrangère à Éliisa qui entraîne son homologue MK sur ce versant comme pour faire la preuve que le corporatisme est d'emblée partagé (utilisation de « **on** »). Les objectifs sont ignorés dans un premier temps, mais Éliisa montre qu'elle a bien compris l'exercice en faisant un constat d'échec. Le travail réflexif mené à partir de la vidéo a sans doute éclairé la nature de l'exercice. De « **l'esbroufe** », du « **blabla** » semble caractériser la manière dont Éliisa a vécu la situation : des bavardages vains sans résultats « concrets ». La tonalité de « **POUR MOI** » (deux fois) « **INITIÉ** », « **INTRODUIT UN PATIENT** », « **CHACUN** » montre qu'elle se désolidarise du groupe et qu'elle pèse ses mots. Elle affirme que l'exercice est de l'ordre de l'initiation qui a tout juste permis de présenter un patient à « **chacun** » des professionnels et non dans une dimension interprofessionnelle. Elle justifie cette vision par « **la première fois** » et fait une proposition : avoir une petite fiche qui permette d'ordonner les tâches « **ça, ça, ça** » à la manière d'une *check-list*, pour réaliser l'activité (ce qui relève en fait d'une accumulation de tâches). Elle a conscience que lui fournir ce document aurait biaisé l'exercice, ce qui l'amuse tout en la mettant mal à l'aise : elle manipule son masque posé sur la table dès que ses mains ne s'agitent plus. Ce geste extracommunicatif a ici une fonction autocalmante. L'ensemble de cette séquence manifeste une forte émotion chez Éliisa. Ce n'est pas seulement ses mains qui s'agitent mais tout le haut de son corps qui avance et recule au gré de son agitation. Son discours est ponctué de rires et de sourires et la pointe d'humour qui clôt sa proposition de *check-list* montre un relâchement de la tension, mais aussi, une impatience à achever l'entretien. Enfin, notons qu'Éliisa est profondément tournée vers le patient et plus encore, vers son épouse. Ce nouveau contexte de vie lui est insupportable. C'est l'une des rares étudiantes qui introduit la dimension éthique dans la prise en soins en interrogeant l'approbation et la place de l'entourage dans les soins à domicile.

❖ Meriem : colère et frustration

Infirmière

Âge : plus de 30 ans, aide-soignante en reprise d'études

Rôle : infirmière en HAD-R avec Maxime

Durée du film : 32 minutes

Le discours de Meriem est parcouru de 25 occurrences dont 22 sont négatives et 3 positives. Deux compétences se partagent 20 occurrences : la « communication interprofessionnelle » et la « clarification des rôles et des responsabilités ».

L'une des préoccupations de Meriem est de s'exprimer :

« **Ouais comme je vous disais au début / ouais / il y a des moments où / entre guillemets / j'aurais bien aimé en placer une quoi ! mais heu / du coup / c'était juste enfin / c'était pas possible ↓** » (L.88-90).

Meriem a recours au langage familier pour exprimer sa frustration de n'avoir pas pu intervenir dans les échanges. Dès la ligne 23, elle tente de trouver des explications au fait qu'elle ne « **parle pas beaucoup** » (rires), qu'elle aurait « **aimé avoir quelques infos** » qu'elle a « **envie de prendre la parole** » ce qu'elle tente de banaliser dans un premier temps : « [...] **mais c'est pas grave puisque (2s)** / » (moue dubitative) ; « [...] **mais sinon ça va !** » (Haussement de sourcils, rotation de la tête de gauche à droite). Chercheuse : « ça va là ? [...] il vous a un peu coupé la parole », « **ça va ouais** » (éclat de rire). Meriem minimise son discours et son inconfort mais elle est trahie par son langage non-verbal. Animée de conflits internes, elle imprègne son discours d'une forte dissonance cognitive. Son langage est associé à une grande participation kinésique qui se manifeste par des mimiques faciales, une organisation gestuelle très « motorisée » et des rires nerveux. Les expressifs ont ici un rôle métacommunicatif décisif dans l'interprétation des paroles énoncées par l'IDE. Meriem tente en réalité de gérer l'expression de ses sentiments réels qu'elle va peu à peu découvrir en donnant sens à ses empêchements. Elle va faire de nombreuses hypothèses avant de découvrir la raison réelle de sa frustration. Le début de l'échange souligne la clarification des objectifs discutés avec le MK de l'HAD-R (Maxime) pendant la phase de préparation. Les deux professionnels ont compris l'objectif de l'exercice, qu'ils partagent. Le fait de l'avoir discuté en concertation justifie la difficulté de Meriem à s'imposer dans la discussion :

« **Oui alors avant d'entamer cette réunion-là / du coup / on avait discuté des objectifs / des éléments qu'on n'avait pas en notre possession / en fait / qui pouvaient nous servir à mettre en place / du coup / la suite des soins pour le patient sur le retour à domicile / donc / c'est vrai que du coup / je parle pas beaucoup (rires) / mais c'est pas grave puisque (2s)** / » (moue dubitative)

Chercheuse : comment vous expliquez que vous ne parlez pas beaucoup ?

« **Ben du coup / comme mon collègue il a pris l'initiative / était lancé dans / enfin dans le raisonnement qu'on avait mis en place avant / comme on s'était concertés en commun / du coup / ben (2s)** / » (L.23-31).

Meriem emploie les pronoms personnels « **on** » (4 fois), « **nous** » et l'adjectif possessif « **notre** », pour référer à Maxime et à elle. Les objectifs semblent ainsi partagés dans l'équipe HAD-R, aussi, Maxime prend l'initiative de s'exprimer au regard du « **raisonnement qu'on avait mis en place avant** », ce qui justifie l'apparente indifférence de Meriem à l'égard de son propre silence. Cependant, Meriem avoue rapidement sa frustration qu'elle met en lien avec une certaine désorganisation des échanges par rapport à son propre raisonnement, ce qui l'oblige à demander des informations « **à la fin donc en fait ça m'a fait revenir sur un moment donné [...]** » et « **[...] je voulais questionner en fait / donc j'ai pas insisté et après / j'en reviens à poser la question / surtout pour éviter de couper la parole surtout** » (L.46-47). Un autre argument apparaît ici : Meriem se refuse à couper la parole à ses collaborateurs. Par ailleurs, elle ne trouve pas ses mots « **Ben je trouvais pas mes mots** (éclat de rires) **donc du coup / c'est vrai que j'ai eu du mal / après** (souffle) / **ouais / j'ai (2s) /** » (L.66-67) ou confond deux termes médicaux : « **j'ai confondu en fait / heu (2s) la dysphagie avec la dysphonie** (sourire / se tord la bouche) **ce qui n'a rien à voir mais (2s)** » (L.80-82). Meriem explique s'être plus exprimée sur ce qu'elle considère relever de la prise en charge IDE et AS.

Au cours de l'échange avec la chercheuse, Meriem a des difficultés à affirmer fermement son discours. Les questions de la chercheuse l'irritent, aussi, elle semble sur la réserve et reste prudente. Elle coupe souvent la chercheuse pour confirmer des propositions puis l'enthousiasme s'essouffle. Cette difficulté à soutenir une hypothèse se révèle dans l'expression « **je sais pas / chais pas** » utilisée treize fois par Meriem. L'ESI dit sa difficulté à sortir du schéma binaire IDE/IDE et MK/MK. D'une certaine manière, elle s'est sentie autorisée à s'exprimer à certains moments car « **c'est moins spécifique [...]** **aux kinés** », mais aussi, « **[...] à un moment donné je discutais avec l'infirmière des notions qui sont plus spécifiques infirmiers et après / et après voilà quoi** (rires) **chais pas heu /** » (L.97-99) et enfin : « **mais rien / là du coup ils disent rien / c'est plus spécifique infirmiers / donc on voit que du coup / heu (2s) ils nous laissent communiquer entre nous** ». Malgré la difficulté à s'imposer dans la discussion collective, Meriem dit avoir été entendue en précisant bien sa faible participation au débat. L'ESI fait une autre hypothèse aux échanges binaires : la disposition des tables qui a favorisé les échanges IDE/IDE, MK/MK. Mais elle la laisse en suspens. Ses doutes l'obligent à recourir à la particule énonciative « **vous voyez ce que je veux dire ?** » (L.138 ; L.180 ; L.185 ; L.212). Outre que Meriem est dans le flou, elle crée ici un espace communicationnel à partager avec la chercheuse. Son attention, sa

compréhension, son interprétation sont sollicitées. Cette expression n'est donc pas exclusivement énonciative mais elle est aussi sémantique. Elle vise à évoquer une image, à rendre présent les propos de Meriem à l'esprit de la chercheuse. La distribution de ces particules dans le discours a un sens. La position médiane de « **vous voyez ce que je veux dire ?** » dans le discours de Meriem marque plutôt ses difficultés communicationnelles. Meriem appelle ainsi de ses vœux la compréhension et l'intelligibilité du locuteur. L'utilisation de la locution en fin de discours (deux fois) signe plutôt la volonté de Meriem de passer son tour de parole à la chercheuse (L.180 ; L.184). La chercheuse (cadre pédagogique de l'IDE) devient une figure rassurante que l'IDE cherche à mobiliser dans ses propos. Les procédés verbaux et non-verbaux permettent d'assurer les tours de parole, aussi, le « gagnant du tour » est celui qui sait les imposer. Meriem sait très bien y recourir avec la chercheuse or, et c'est un paradoxe saisissant, jamais elle ne les utilise avec les autres interlocuteurs (sauf avec l'IDE du service de SSR, qu'elle connaît bien). Elle regrette de n'avoir pas pu s'exprimer alors que le système de maintenance des tours n'est pas géré avec ses collaborateurs. En effet, aucun système rétroactif ne vient servir la régulation des échanges entre Meriem et Maxime (MK HAD-R), entre Meriem et Candice (MK SSR). En revanche, de nombreux signaux phatiques intra-tours caractérisés par la combinaison gestualité-vocalité-verbalité parcourent l'échange IDE-chercheuse. Pour justifier sa faible implication dans les échanges, Meriem avance une hypothèse qui l'implique directement :

« **Parce que heu (2s) je pense que c'est heu / la prise de parole [...] enfin déjà moi / peut être que j'étais pas assez aussi autoritaire dans ma volonté de prendre la parole / autorité entre guillemets (fait le geste) / mais aussi je sais pas / par rapport au positionnement justement kiné / qui englobe toute la mobilisation / tout ce qui est environnement du patient / donc l'HAD c'est beaucoup de ça aussi et heu / je pense que moi du coup / derrière / je fais un peu profil bas / [...]** » (L.92-97).

Meriem semble dire qu'elle n'a pas imposé nettement sa personnalité, sa volonté à autrui dans la prise de parole. Elle dénonce une forme de passivité. Elle nuance le substantif « **autorité** » par le geste illustratif des guillemets, qu'elle associe à son discours. Elle passe très vite sur le sujet pour faire une autre proposition, ce dont témoigne la conjonction de coordination additive « **mais aussi** ». Elle fait alors référence au « **positionnement kiné** », expression qui semble signifier la place, le rang des professionnels MK par rapport aux IDE, reléguées « **derrière** ». Au-delà du jeu de rôle, le discours de Meriem convoque ici sa représentation du métier de MK. La « **mobilisation** » est pour Meriem, le cœur du métier MK ainsi que « **l'environnement** » du patient. C'est ainsi qu'elle décide de faire « **profil**

bas ». L'utilisation au sens figuré de « **profil bas** » montre que la passivité de Meriem est aussi liée à la maîtrise approximative des domaines réservés aux MK. Elle se montre alors discrète et évite d'attirer l'attention par des propositions malvenues ou erronées sur la prise en soins du patient. La connaissance des limites du champ de compétences de l'autre profession est donc ici indirectement interrogée mais ouvre la voie à la véritable raison de la frustration de Meriem. En réalité, Meriem se sent dépossédée de ses compétences infirmières. La coprésence des MK, qui dissertent aisément sur tous les sujets – même sur ceux qui, pour Meriem, relèvent du domaine IDE – est une menace. Les frontières poreuses et mal définies des différents métiers mettent l'IDE en insécurité :

« **C'est pareil là par exemple / le psychologue / est-ce-que c'est au kiné ou est-ce-que c'est à l'IDE d'en parler ?!** ↑ (Elle hoche la tête dubitative) **c'est ça quoi !** ↑ » (L.104-105).

On ignore ici à quoi renvoie « **c'est pareil** » mais Meriem utilise trois fois l'expression. Elle semble se parler à elle-même et justifier sa frustration. Elle pose la question de la légitimité des soins vis à vis des collaborateurs (psychologue, médecin, diététicienne) et vis à vis des soins. Lorsque Meriem achève sa phrase par « **c'est ça quoi !** ↑ » (L.105), elle semble découvrir la vraie raison de sa consternation.

« **Est-ce-que c'est le kiné qui doit aller voir le médecin pour dire / ah ben il va y avoir besoin de ça / ça / ça / ou est-ce que c'est l'IDE qui va voir le médecin pour dire / ah ben j'ai besoin de ça / ça / ça ? / dans ce sens-là en fait / donc du coup le fait de ne pas avoir pu avoir la parole là-dessus / même pour la diététicienne c'est pareil parce que finalement / les régimes alimentaires / c'est nous qui les surveillons derrière quoi donc heu / du coup heu / non / non / vraiment j'ai vraiment eu l'impression d'être un peu mise de côté / ouais / enfin (2s) alors à certains moments non parce que quand on parlait de (2s) non / non allez-y !** » (L.110-117).

Mi question, mi affirmation, il apparaît que le discours véhément de Meriem montre son sentiment d'avoir été isolée par les MK qui d'après elle, se sont accaparés les soins dévolus aux IDE : « **les régimes alimentaires / c'est nous qui les surveillons derrière** » ; « **mais ça c'est notre partie à nous en fait** ». Les prescriptions et les hétérosondages sont aussi à l'origine de discours véhéments :

« **Je ne sais pas / je pense que les prescriptions / c'est plus côté infirmiers du coup / par rapport à la coordination avec les médecins / avec les kinés enfin je veux dire à ce moment-là concernant l'évaluation et le réajustement des traitements / on sert à quoi ? vous voyez ce que je veux dire ?** » (Sourire) (L.179-182).

Meriem ne supporte pas l'idée que les prescriptions (elle sous-entend les prescriptions médicamenteuses) et que la relation au prescripteur relèvent des MK. Elle fait référence au

rôle IDE qui comprend l'évaluation de l'efficacité des traitements et les réajustements potentiels. Certaine que les prescriptions « **c'est plus côté infirmiers** », elle pose la question de l'utilité des IDE si ce rôle était dévolu au MK. Elle achève la phrase par une question, appuyée par un sourire, qui appelle la connivence de la chercheuse. Cependant, Meriem avoue ne pas bien connaître les compétences des MK car elle n'a « **pas fait de formation kiné** » mais elle a la certitude que « **pour les prescriptions médicales et le réajustement des traitements / [...] c'est pas kiné** » (éclat de rires). Elle confirme alors très clairement sa frustration qu'elle appuie par un déictique : « **du coup / c'est des moments comme ça où je / voilà / c'est des parties de la prise en charge où c'était pas / heu (2s) / oui à un moment je suis frustrée** (rires) < elle montre la vidéo d'un geste de la main > **je suis frustrée ça se voit ! ↑** » (rires). Cette difficulté à saisir clairement la partie des soins dévolue aux MK est évoquée plus loin :

« **C'est dommage parce que à un moment donné une des kinés rebondissait sur le fait que / d'une façon un peu évidente que / nous ça ne nous semble pas forcément évident / on ne sait pas** »

Chercheuse : sur le fait de quoi ?

« **Sur le fait qu'il doit intervenir avant le petit déjeuner / sur la kiné respi / parce que ça peut entraîner / du coup / des nausées / des vomissements / mais nous on n'est pas kiné / on ne le sait pas / mais en fait / elle rebondit dessus / mais de façon évidente enfin (2s)** »

Chercheuse : ça vous a gêné ?

« **Oui / oui / non / parce que / oui un petit peu / parce que du coup / [...]** » (L.298-305).

Les limites des connaissances sont ici évoquées. Meriem commence par « **c'est dommage** » : elle émet le regret de « **l'évidence** ». En clarifiant la prise en charge MK, l'exercice aurait sans doute été plus simple. C'est en substance ce que l'IDE veut signifier. Meriem reconnaît difficilement la gêne occasionnée par l'incompréhension : elle oscille entre le « **oui** » et le « **non** » pour finir par « **un petit peu** ». Elle dit ici sa difficulté à avouer la méconnaissance des activités des autres professionnels.

Source de frustration, l'hétérosondage occupe aussi une partie conséquente du dialogue :

« **L'hétérosondage** (elle sourit et secoue la tête) **c'est à qui de gérer l'hétérosondage ? ↑ / en fait vous voyez ce que je veux dire / c'est pas (2s) / là / par exemple / c'est un point sur lequel j'aurais pu m'entretenir avec Mariya / par exemple / qui était l'infirmière / du coup / à ce moment-là / et dire / voilà comment ça se passe / est-ce qu'il y a eu une éducation sur le (2s) / voilà / enfin / par rapport à la femme / l'environnement / et puis / enfin / et puis même par rapport à la femme / ça me paraît compliqué quoi / c'est quand même un acte hein ! ↑ / un acte médical qui est quand même invasif / qui peut être source de (2s) / infectieux / traumatique donc heu (2s)** » (elle agite la tête / dépitée)

Chercheuse : ça vous a gênée ?

« **Ouais / à un moment donné / je l'ai relevé / enfin / parce que ça me (2s) / ouais / enfin / c'est pas possible quoi ! ↑** » (Elle secoue la tête et pince les lèvres) (L.213-220).

L'intervention des MK sur l'hétérosondage est insupportable à Meriem. Fortement soutenu par des supports expressifs qui manifestent sa charge émotionnelle, le discours de Meriem exprime le regret de n'avoir pas pu partager ce soin (manifestement IDE) avec l'autre IDE. Elle évoque l'éducation du patient puis sans enchaînement logique, cite la femme du patient, l'environnement puis revient à l'épouse du patient pour dire toute la difficulté de l'hétérosondage qui est « **un acte hein ! ↑ un acte médical qui est quand même invasif qui peut être source de (2s) infectieux / traumatique donc heu (2s)** ». Meriem aborde le sujet par les complications potentielles de l'hétérosondage pour justifier la nécessité de prendre au sérieux les actes infirmiers par opposition à la légèreté dont font preuve les MK. Elle précise bien la dimension médicale de ce soin et semble redouter de le déléguer à autrui. C'est son identité d'infirmière qui semble ici être ébranlée. Elle acquiesce à la proposition de la chercheuse : elle a été gênée par cette ingérence et l'a fait savoir. Meriem oscille entre la colère et le dépit mais ne s'autorise pas à en dire plus (pincement des lèvres). Plus loin, elle va cependant évoquer le même sujet avec plus de véhémence à l'encontre des MK et moins à l'encontre de l'épouse du patient :

« **Non mais là voilà / enfin / de voir avec le patient pour le sondage / c'est pas heu / c'est pas kiné !! ↑ / pour moi / c'est pas kiné / c'est une partie / heu / pour moi / après je me trompe peut-être / attention / mais voilà / et puis heu [...]** » (L.243-245).

« [...] **Je lui ai dit aussi à un moment donné que la femme elle ne se sentirait peut-être pas capable de sonder son mari quoi / à un moment donné / c'est pas quelque chose qui se fait comme ça / donc / heu / enfin / voilà / (rires) / je sais pas /** » (rires nerveux) (L.250-253).

Meriem affirme deux fois que l'éducation à l'hétérosondage ne relève pas des soins des MK mais contrebalance son discours par un doute. Elle réaffirme aussi la difficulté pour l'épouse à réaliser les sondages ce qui donne lieu à un discours plus posé. La légèreté avec laquelle les sujets sont abordés par les MK, affleure aussi dans l'expression « **juste une aspiration** ».

Chercheuse : ah donc ça vous a choquée le / juste une aspiration ? /

« **Ouais / ben ouais parce que c'est pas juste une aspiration / c'est juste un complément de soins quoi / qui va permettre à ton soin kiné / en fait / d'être efficace sur le long terme du coup** »

Chercheuse : du coup vous avez le sentiment là que vous êtes le complémentaire du kiné ?

< Meriem coupe la parole >

« **Ouais / ouais / complètement / alors je sais pas pourquoi / je sais pas / oui c'est un peu ça / sauf comme je vous disais / sur les parties un peu plus techniques / enfin liées aux**

soins infirmiers / mais sinon / oui / la plupart / c'est ça / enfin je sais pas / il y a des trucs (sourire) **non / mais c'est pas JUSTE ÇA / et vraiment / heu** (ne sourit plus / semble dépitée / long silence) / **parce que ça implique derrière / les soins soignants / aides-soignants aussi / »** (L.286-296).

Meriem évoque la coordination des soins et la complémentarité des compétences. Elle a un réel souci de permettre à chaque partie de compléter les soins des autres, ce qui est le propre des CCIP. Cependant, elle reproche ici aux MK la légèreté avec laquelle ils évoquent les aspirations trachéales réalisées par les IDE. Pour elle, l'acte est essentiel à la prise en charge globale du patient. Dans sa colère froide, elle oublie la chercheuse et s'adresse directement au MK qui a dit « **juste une aspiration** » : « [...] **c'est juste un complément de soins qui / qui va permettre à ton soin kiné en fait / d'être efficace sur le long terme du coup** ». Elle a des difficultés à expliquer son sentiment de venir en complément des MK « **enfin je sais pas / il y a des trucs** ». Les « **trucs** » restent indéfinissables et l'amusement du début laisse place à un profond silence dont la cassure réfère « **aux soins soignants et aux aides-soignants** ». Les « **soins soignants** » signifieraient-ils que les soins apportés par les MK ne sont pas soignants ?

Les régimes alimentaires, les prescriptions, les sondages sont discutés par les MK ce qui pour Meriem, évince les IDE des échanges et des prises de décisions.

« Et là / voilà / là c'est pareil ! (sourires) **le kiné dit / ben vous les infirmières il faut que vous passiez enfin / il faut passer sept fois par jour pour le sondage / oui mais ça c'est notre partie à nous en fait /** (sourire) **il faut juste / après / qu'on s'organise et qu'on coordonne les soins en fonction de eux / leurs demandes / enfin leurs demandes spécifiques / comme elle me l'a dit / après / la kiné d'en face en disant / oui avant le petit déjeuner c'est mieux pour les soins de kiné respi / tout ça OK / mais là heu (2s) / »** (moue sceptique / fait non de la tête) (L.226-232).

Pour Meriem, non seulement les MK discutent de ce qui ne les concernent pas mais en plus, ils imposent une organisation sans en discuter véritablement avec les IDE, ce qui nuit à la coordination des soins. Meriem n'achève pas sa phrase mais son langage non-verbal témoigne de son agacement, voire, de son renoncement. Elle précise cette mainmise des MK sur les prises de décisions et regrette l'incapacité à construire des objectifs communs :

« Voilà là / par exemple / c'est le kiné exclusivement qui parle par rapport à l'objectif des soins / c'est pas heu / par exemple heu / l'infirmière qui va parler par exemple des objectifs infirmiers qui peuvent être en commun avec du coup avec les objectifs kinés quoi ! ↑ » (L.160-163).

En réalité, le discours de Meriem évoque sa peur de perdre une partie de ses compétences, diluées dans celles des autres.

« **Ben / disons que j'ai eu l'impression qu'il y a eu beaucoup de débordements en fait** (elle mime avec ses mains les débordements) **enfin débordements / ouais / sur heu (2s) / les actes en fait / les / enfin les compétences / les actes / enfin / je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire / »** (L.183-187).

Meriem a des difficultés à qualifier ce « **débordement** » si bien qu'elle en appelle à la vision de la chercheuse. Dépassée dans son action au point d'être empêchée d'agir, elle évoque les actes et les compétences sans clarifier sa pensée. Elle fait ici l'aveu de la difficulté à identifier la part du travail de chacun et ce qui peut être partagé au cœur d'un projet de soins. Sans pouvoir le justifier clairement, cette difficulté entraîne chez Meriem un sentiment « **d'imposition** » des MK sur les IDE :

« **Mais voilà / c'est des petits moments comme ça / où on sent qu'il y a de l'imposition au niveau kinés vis-à-vis des infirmiers en fait / pourquoi / je sais pas / mais (2s) /** Chercheuse : c'était un peu directif ?
« **Oui / un peu directif / et un peu d'imposition quand même** » (L.234-237).

Meriem évoque ici la manière dont elle a vécu l'exercice : elle l'a subi péniblement sans jamais avoir pu développer sa pensée, dans la peur que ses compétences et sa profession lui échappent. Meriem n'évoque pas explicitement de nouveaux buts. Elle regrette cependant ses empêchements ce qui laisse supposer une autre manière d'aborder la situation. Les compétences « communication interprofessionnelle » et « clarification des rôles et des responsabilités » sont omniprésentes. Mal déployées, impossibles à mettre en œuvre, elles sont cependant conscientisées chez l'IDE. Meriem a le souci de la prise en soins globale, collective et coordonnées du patient mais manque de connaissances sur les compétences, les activités et les rôles dévolus aux MK. Arcboutée sur ses propres compétences, contradictrice, elle se refuse presque volontairement à participer aux débats et fait peu preuve d'ouverture. La planification et la coordination des soins est un vœu que fait Meriem mais elle n'y participe pas. Peu investie dans les processus d'interaction et d'échanges d'informations, elle ne cherche pas à faciliter le travail d'équipe et n'exerce aucun leadership collaboratif. Le discours est suivi de peu de faits. Meriem vit dans la peur de perdre une partie de son pouvoir ce qui empêche toute ouverture et limite fortement son pouvoir d'agir. La promotion de l'AS en IDE s'est faite au prix de sacrifices familiaux, financiers et de travail acharné, aussi, elle n'entend pas se voir déposséder d'une partie de ses compétences par des MK, dont elle ignore en réalité les compétences et les connaissances.

❖ Mariya : les 14 besoins de Virginia Henderson, sinon rien

Infirmière

Étudiante d'origine Ukrainienne. Accentuation de la langue française

Âge : plus de 30 ans, aide-soignante en reprise d'études.

Rôle : infirmière en SSR avec Élixa, masseur-kinésithérapeute

Durée du film : 18 minutes et 20 secondes

Le discours de Mariya compte 5 occurrences à connotations négatives qui recouvrent trois CCIP. Mariya semble avoir compris les objectifs de la séance de simulation mais argumente les difficultés par l'absence de répartition des tâches :

Chercheuse : là elle vous coupe un peu la parole la kiné / ça vous a gêné ou pas ?
« (Rires nerveux) / **Euh / ben / non / parce qu'en fait / on s'est pas / on s'est pas dit qui dit quoi du coup / je pense que / elle a vu qu'elle avait aussi la prescription / elle a pris / elle a continué / enfin voilà / ce que je disais /** » (L.44-46)
Chercheuse : alors pourquoi vous n'êtes pas arrivées à vous coordonner ?
« **Bah / euh / peut-être on s'était pas vraiment défini qui va faire quoi / les tâches vraiment bien définies / qui prend en charge quoi / le kiné / voilà / il va venir trois fois dans la journée pour les soins de kiné / nous on va passer à telle heure pour les traitements / les toilettes / les soins d'escarre / tout ce qui est de notre rôle infirmier ::: et :::** » (rires) (L.82-86).

Ces deux occurrences semblent traiter du même sujet mais en réalité, Mariya distingue exercice imposé et réalité professionnelle. La première occurrence montre le souci de répartir les tâches dans l'exercice imposé « **on s'est pas dit qui dit quoi** » ce qui permet à Mariya de minimiser la prise forcée du tour de parole par la MK. Cependant, le rire nerveux de Mariya semble trahir sa contrariété réelle. Le contrôle social de l'infirmière transparaît tout au long de l'entretien : elle maintient son buste en avant, les avant-bras sur la table, les mains croisées sur la table (les doigts jouant de temps en temps entre eux), le regard fixant l'écran. Lors des prises de paroles, Mariya scande son discours de gestes idéographiques à type de bâtons ou de listes pour lesquelles elle reprend la comptine numérique sur ses doigts (en référence aux 14 besoins de Virginia Henderson). La gestualité co-verbale et la musicalité de son discours restent sobres. Cette sobriété marque un affect dénué de contradictions internes, sauf lorsque Mariya se met à rire. La deuxième occurrence relève plutôt de la définition des tâches, des rôles et des responsabilités. Mariya justifie la difficulté à organiser le projet de soins par la méconnaissance de toutes ces dimensions, connaissances comprises.

« [...] **Les tâches vraiment bien définies / qui prend en charge quoi / le kiné voilà ... / les toilettes / les soins d'escarre / tout ce qui est de notre rôle infirmier ::: et :::** » (L.83) ; « [...] **après / je connais pas / je / je suis pas sûre si les kinés aussi ils apprennent tout ce qui est / tout ce qu'on a appris / par rapport aux 14 besoins de Virginia Henderson** » (L.15-16).

Mariya fait référence au modèle conceptuel de Virginia Henderson largement utilisé dans l'enseignement des IDE. Dans l'IFSI de l'étudiante, il s'agit du modèle dominant. Mariya revient sur ce modèle à trois reprises. Traduit sous forme de liste, les 14 besoins permettent d'envisager une prise en soin globale du patient en repérant ses besoins perturbés. L'enseignement kinésithérapique emploie d'autres modèles théoriques, aussi, dans la situation, les modèles ne parviennent pas à coexister pour aboutir à un consensus :

« [...] / **Et on savait pas comment / comment dire / ben l'étape suivante / comment mettre en place vraiment le projet / enfin y a personne qui comment / enfin / on passait pas à l'étape suivante on s'est échangé l'information / du / coup l'équipe HAD commençait vraiment à connaître le patient et tout ça / mais on savait pas quoi** (rires) / **quoi continuer et du coup / je pense qu'un p'tit peu après on s'est dit on va / on doit visiter la maison / on doit voir aussi avec son épouse / et tout ça / mettre des étapes / on n'a ::: pas :::** » (L.52-58).

Le pronom personnel « **on** » réfère à l'équipe. La responsabilité de la construction du projet de soins incombe à tous mais individuellement, personne ne trouve de solution pour passer d'une étape à l'autre (répétitions de « **comment** » à quatre reprises). En effet, la phrase nominale « **enfin y a personne qui comment** » tronqué du verbe, évoque l'acteur (l'indéfini « **personne** ») et l'action (adverbe « **comment** ») mais ne parvient pas à unir les deux. Cette difficulté se révèle dans le discours haché de Mariya. Les répétitions des adverbes « **comment** » et « **enfin** » sont des sortes de piétinements sur place. L'adverbe « **enfin** » n'a ni valeur temporelle ni valeur corrélatrice mais permet des pauses qui soulignent la nécessaire réflexion de Mariya. Notons l'emploi fautif de « **quoi** » dans la phrase « **mais on savait pas quoi** (rires) / **quoi continuer** ». Le rire de Mariya relève sans doute ici d'une certaine tension entre ce qui est dit et ce qu'elle voudrait dire, mais aussi, entre ce que le collectif visait et ce qu'il n'a pas su faire. « **Comment dire l'étape suivante** » et « **quoi continuer** » prendraient réellement sens si on inversait les adverbes : « **quoi dire** » et « **comment continuer** » seraient en effet plus acceptables. Notons cependant que cette analyse peut être nuancée par la maîtrise imparfaite de la langue française par l'étudiante.

« **Mais je pense qu'à la fin en fait / à la fin on a un peu / mais tous les quatre hein / on a tous un peu tourné / on savait pas trop vers où aller / du coup il y a eu oui / sur l'aménagement de la maison ::: mais ::: /** » (L.78-80).

La difficulté à construire le projet et à organiser un travail coordonné est telle que les acteurs se replient sur des informations pratiques concernant l'aménagement de la maison. Mariya emploie la conjonction de coordination « **mais** » à la fin de sa phrase. Elle tente de justifier ce choix mais les silences qui encadrent le marqueur d'opposition nous permet de conclure qu'elle n'a rien à opposer. Elle ne peut que faire le constat de l'impuissance des acteurs malgré les tentatives partagées. Le travail qui se construit ici est bien un travail d'équipe mais par manque de connaissances des champs respectifs et des méthodes d'analyse relatives à la prise en soins du patient, le projet de soins partagé avorte. Cette méconnaissance cloisonne la communication entre les acteurs :

« [...] **Par rapport aux soins infirmiers qui vont être effectués après / par la suite au domicile du patient / ben ::: du ::: / c'est elle [l'infirmière] qui est plus concernée par rapport à tout ce qui est élimination / l'alimentation / après là / c'est la surveillance cutanée / donc les kinés aussi ils doivent suivre / mais / c'est plus ben / l'infirmière qui va suivre l'évolution de / de tout ça » (L.20-24).**

Mariya considère l'autre infirmière comme une « **collègue** », à juste titre. La définition du substantif « celui ou celle qui, à l'intérieur d'une institution publique ou privée, est revêtu de la même fonction ou de la même charge que d'autres » (CNTRL) en atteste. Cependant l'extension du nom « collègue » à « celui ou celle qui, dans un ensemble donné, exerce le même genre d'activités que les autres » (CNTRL) peut laisser entendre que les MK sont aussi les collègues de Mariya. Au-delà de ces considérations, les occurrences retenues montrent combien la méconnaissance de la profession de kinésithérapeute impacte la communication. Mariya choisit de ne pas savoir et cède à la facilité. Elle s'adresse à l'IDE sans autre interaction. Son comportement est similaire lorsqu'elle évoque l'élimination et l'alimentation du patient qu'elle réserve aux IDE, malgré la nuance du discours apportée par l'utilisation du comparatif de supériorité « **plus que** ». Le comparatif est employé partiellement : « **que** » est tronqué comme le sont les kinés, normalement attendus par la tournure grammaticale. Mariya use aussi de nuance à l'évocation de la surveillance cutanée pour laquelle « **les kinés aussi / ils doivent suivre** » sous-entendu, l'évolution de l'état cutané. L'emploi de la conjonction de coordination « **mais** » appuie tout le discours sous-entendu de Mariya. La conjonction a sans doute ici valeur de restriction plus que d'explication. Mariya octroie en effet une possibilité aux MK de participer à la surveillance de l'élimination, de l'alimentation et des éventuelles escarres « **mais** » ces dimensions du soin restent le domaine des IDE, raison pour laquelle elle ne s'adresse qu'à l'infirmière. Ce

fonctionnement est sans doute plus le fruit d'une incertitude liée au manque de connaissances du rôle des MK que d'une réelle volonté de les exclure.

Sur la réserve, le style de Mariya est lié à son identité et à ses expériences professionnelles. Mariya a plus de trente ans mais en réalité, son expérience d'AS est faible. Elle a en effet intégré la formation d'IDE après une année d'exercice comme AS. Scolaire, elle s'attache encore à des réflexes d'apprentissage et se réfère à un modèle conceptuel travaillé en formation initiale. Mariya n'évoque pas de nouveaux buts. Elle ne reconsidère pas la simulation à la lumière de la réflexivité mais se range plutôt à l'avis de la majorité.

❖ Maxime : le leader collaboratif empêché

Masseur-kinésithérapeute

Âge : moins de trente ans, en formation initiale

Rôle : Masseur-kinésithérapeute en HAD-R avec l'infirmière Meriem

Durée du film : 32 minutes

Maxime est un leader collaboratif. C'est un facilitateur qui accepte la responsabilité d'aider à construire le projet de soins et à assurer le succès de l'équipe pluridisciplinaire. Il est à l'écoute de tous ses collaborateurs et favorise le dialogue. Son activité pendant la simulation est de « **ramener** » (quatre fois), « **recentrer** » (deux fois) le débat autour des objectifs communs à définir « **ensemble** » et de l'organisation des soins à planifier. Il se refuse à un débat binaire, IDE/IDE - MK/MK, « **unilatéral** », et tente en permanence de ramener le débat sur des objectifs communs à construire en collaboration :

« [...] À ce moment-là / j'ai l'impression qu'on fait pas le travail / parce que c'est pas un travail unilatéral / mais qu'on fait pas forcément (.) / ce qu'il faut faire dans cette réunion-là / c'est-à-dire qu'on parle de ce qu'il va falloir aménager / et cetera / alors que moi je le voyais plus comme / définir les objectifs / construire / euh / construire / comment dire / un planning entre guillemets [...] » (L.205-210).

Maxime explique ce qu'il percevait des consignes « **moi je voyais** » qu'il oppose à « **on ne fait pas** ». Il montre ici sa difficulté à imposer sa compréhension du but de l'exercice au collectif. Jusqu'à l'issue du débat, il tente de rallier ses collaborateurs à sa cause. Maxime a le souci d'impliquer au mieux tous les partenaires de soin - ergothérapeute (quatre fois), psychologue (trois fois), épouse du patient (trois fois), diététicien (une fois) -, dans l'intérêt du patient qu'il place toujours au centre de la prise en soins. Il a le souci de ses besoins spécifiques, veut lui venir en aide et souhaite impliquer sa femme dans les soins, après consultation du couple. La conception des soins de Maxime est caractérisée par une

personnalisation et une singularité de la prise en soins. Il valorise l'écoute et la compréhension de ce qui est essentiel aux yeux du patient et de sa famille. Pour Maxime, le projet de soins partagé vise la continuité des soins du patient en apportant suivi et soutien de l'équipe pluridisciplinaire. Maxime reconnaît cependant l'échec de l'exercice et a conscience que ses tentatives sont restées vaines :

« Ça me fait rire / je ramène toujours sur ça / sur la programmation / les objectifs / parce que là / je sens qu'on arrive à la fin et / j'ai pas l'impression qu'on ait construit quelque chose qui est (.) / où on peut dire demain / si jamais y avait vraiment un patient en face / et qu'on puisse dire / voilà / monsieur / le kiné va venir chez vous le matin / l'après-midi / le midi / et cetera / alors qu'on vient de passer une demi-heure ensemble et / du coup / ouais / j'essaie de ramener la programmation » (L.279-284).

« [...] j'essaie d'amener les objectifs / ça a pas pris / peut-être de ma faute / mais en tout cas dans mon discours ça a pas pris (.) [...] » (L.287-289) ; « [...] Après c'est pas du tout un problème mais c'est peut-être pour ça que ça a pas pris [...] on est toujours partis sur des choses plus petites et plus concrètes / enfin ouais / c'est pas forcément concret d'ailleurs / sur la pathologie en tant que telle / et pas trop (.) / » (L.317-320).

Maxime répète quatre fois que « **ça a pas pris** ». Ses efforts n'ont pas produit l'effet recherché. Il s'interroge sur sa responsabilité, mais aussi, sur les points abordés : « **des choses plus petites, plus concrètes** » puis se ravise sur le dernier adjectif pour qualifier « **la pathologie en tant que telle** ». Sa phrase reste suspendue après « **pas trop** ». Elle appelle une suite pour justifier sa pensée. Maxime illustre ses propos par les médicaments qui d'après lui, auraient dû être présentés au regard de l'organisation, pour ne pas se perdre en une liste obscure. Pour Maxime, les traitements n'ont de sens que par rapport à l'organisation des soins. L'accumulation de l'adverbe « **plein** » associé à ses propos amnésiques montrent sa difficulté à les appréhender « **on a été sur la liste des traitements / je m'en souviens même plus de tous / et plein / plein / plein de traitements** » (L.331).

« [...] j'ai vraiment l'impression qu'on est resté sur le côté médical / et qu'on n'est pas parti sur le côté organisationnel / et qu'est-ce qu'on construit ensemble / en fait / pour donner aux patients le maximum de chance de s'en sortir à domicile ? » (L.338-340)

Maxime s'interroge sur l'incapacité du collectif à « servir » la cause du patient. Pour lui, il n'est pas question ici de décliner son savoir à propos des médicaments ni même à propos de certains aspects de la pathologie :

« [...] Mais y a des moments où j'avais l'impression qu'on essayait de comprendre des choses petites / là / le pourquoi (.) / le pourquoi le patient il est comm- / enfin / il respire pas / et cetera / un moment Éliisa elle l'explique / donc / d'ailleurs c'est à ce moment-là / je crois / que je prends du recul et que je me dis ça / c'est pas forcément ce qu'on attend là / et c'est pas forcément très intéressant / enfin / c'est très intéressant / mais je veux dire / ça va pas participer à construire un programme de soins tous ensemble et / et voilà / après il y a aussi chaque professionnel qui est assez spécifique / qui connaît pourquoi ça le fait / et justement faut programmer quelque-chose pour que chaque professionnel puisse intervenir dans son domaine de compétences / sans qu'on se marchent tous les uns sur les autres et / et que chacun fasse le boulot de l'autre / enfin je veux dire / un kiné fait un métier de kiné / et l'infirmière fait un très beau métier d'infirmière (sourire) » (L.297-308).

Les propos de Maxime, « **le très beau métier d'infirmier** », ne sont pas à mettre au rang de la flagornerie. Maxime reconnaît sincèrement la singularité de chacun et les spécificités des différentes professions. Il en déclare l'intérêt mais dans l'exercice demandé, il souhaiterait exploiter autrement les données pour assurer une coordination efficace. Ce n'est pas la pathologie qui est au centre de la prise en soins mais bien le patient – et son épouse à qui il l'associe systématiquement – autour duquel doivent s'harmoniser les pratiques. Jusqu'à la fin de l'exercice simulé, Maxime œuvre à construire des objectifs communs et à organiser le plan de soins du patient tétraplégique. En effet, le substantif « **objectif(s)** » est employé vingt-quatre fois par Maxime, l'adverbe « **ensemble** » dix-sept fois, « **organiser, organisationnel, organisation** » dix fois, le verbe « **construire** » huit fois, le verbe « **imbriquer** » six fois et l'adjectif « **commun(s)** », cinq fois. Pour Maxime, définir des objectifs communs auraient permis d'organiser le retour à domicile au bénéfice du patient, mais aussi, de l'équipe pluridisciplinaire. Non seulement il évoque l'aéropage de collaborateurs potentiels mais en plus, il fait de chacun, une ressource pour l'Autre :

« [...] Et je redemande au niveau de quoi il est suivi / au niveau des professionnels / pour me dire / OK / donc / est-ce qu'il y a besoin de psychologues ? / est-ce qu'il y a besoin de diététiciens ? / est-ce qu'il y a besoin d'ergothérapeutes ? / et encore une fois / c'est vraiment dans le sens d'imbriquer / et quel professionnel peut intervenir pour aider un autre / soulager un autre / comment ça peut se faire / » (L.91-96).

Les verbes « aider » et « soulager » empêchent de croire à la seule volonté mécanique de planifier des intervenants. Maxime a conscience de la complémentarité des rôles et des interactions. Il ne s'y trompe pas : il nuance ses propos quand il évoque la planification :

« [...] Voir si c'était des soins qui étaient possiblement / administrables / entre guillemets / par d'autres professions ou quoi [...] » (L.12-13) ; « [...] Je me disais alors qu'est-ce qu'il y a d'autres / entre guillemets / à caler dans son planning ? » (L.102-103) ; « [...] Définir les objectifs / construire euh / construire / comment dire / un

planning entre guillemets / [...] » (L.209-210) ; « [...] Mais on aurait pu lui faire / je veux dire en une demi-heure / comme ça / le temps qu'on a parlé / un planning / après on dit qu'on va le voir à l'entretien et on aurait très bien pu faire un pré-planning / entre guillemets / [...] » (L.349-351).

Maxime a le souci des intervenants mais aussi, du patient et de son épouse. Initialement, il aborde cependant le patient par la maladie, ce dont il a conscience :

« Bah dès le début / elle nous dit qu'il est tétraplégique C4 / euh / qu'il a la flexion du coude et la rotation externe du bras / je crois / voilà on sait que le patient / en-dessous / il a rien / qu'il va avoir des troubles liés au décubitus / au niveau respiratoire / qu'il va falloir prévenir les escarres / enfin je veux dire / la prise en charge kiné / elle est assez établie [...] » (L.60-64).

« [...] C'est un patient tétraplégique donc euh [...] la prise en charge classique / c'est un patient tétraplégique quoi / on va dire ↓ » (L.18-19).

Pour lui, la prise en charge est « établie », « classique ». Il a parfaitement intégré les limitations du patient et se montre capable de penser les soins dans leur complexité et dans leurs complications potentielles. Maxime connaît très bien la tétraplégie mais ne limite pas son intérêt à la maladie. C'est d'ailleurs cet aspect-là, « les petites choses », qu'il considère comme un frein à l'exercice. Il a le souci de laisser à chacun le loisir de clarifier son rôle dans la prise en charge du patient. Il tient compte des informations transmises par les IDE. Une seule fois, en cherchant les mots les plus justes, il interroge leurs limites de connaissances :

« Juste j'interviens parce qu'on avait un / comment dire / j'ai eu l'impression que les infirmières elles visualisaient pas totalement l'état du patient / elles proposent une chaise pour le patient à la douche / alors que le patient / il a pas d'équilibre / et donc là / j'interviens juste pour dire / non / non / mais d'un point de vue kiné / c'est impossible que le patient prenne la douche assis / enfin sinon / il va falloir être à trois pour le tenir [...] » (L.196-201).

Mais pour lui, les données transmises par les IDE sont fondamentales pour appréhender le « contexte » (L.139) et ne plus envisager le patient par la tétraplégie :

« [...] Et (2s) / c'était enrichissant [le dialogue des IDE sur les soins] pour nous parce que / l'infirmière du côté SSR a beaucoup parlé / et ça nous a permis vraiment de cibler le patient dans la globalité / et / et du coup de vraiment le visualiser (2s) / parce que c'est vrai que / enfin moi jusqu'à ce moment-là / je voyais vraiment un tétraplégique comme on en a déjà vu / et voilà c'est un patient / mais le fait de parler des traitements / de parler de ce qu'il a déjà fait / et tout ça / ça nous a vraiment situé un contexte / et donc ça a vraiment permis de définir le patient / et c'est vrai qu'à partir de ce moment-là / le patient était beaucoup plus cadré / représenté / et là je me disais / ah OK / ce patient il est suivi pour ça / ça / ça / il a eu ces problèmes-là / maintenant / je vois vraiment qui c'est le patient quoi / là ça a / ça a vraiment apporté / ça m'aidait / donc /

on parlait des traitements / bon après / on avait pas forcément tout compris / ça / ça c'est un peu un langage infirmier sur certaines choses / mais ça a quand même permis de voir / OK le patient est traité pour ça / il faut prévenir ces troubles-là / il faut l'optimiser là-dedans / donc / là / ouais / elles ont eu une longue période où d'ailleurs on écoutait avec Élisabeth / qui est la kiné SSR / on a écouté ce qu'elle disait (.) / voilà on a vraiment cerné le patient [...] » (L.112-127).

Maxime avoue la limite de ses connaissances et de sa compréhension de la terminologie spécifiques aux IDE. Il associe Élisabeth (MK) à son écoute attentive et constructive. « **Cibler** », « **visualiser** », « **voir** » (3 fois), « **situer** » [le contexte], « **définir** », « **cadrer** », « **représenter** », « **cerner** » appartiennent au même champ lexical qui permet au patient d'être incarné, d'exister en qualité d'individu singulier. La prise en charge s'éclaire d'informations qui prennent sens dans la future prise en charge car Maxime comprend d'emblée les problèmes potentiels qu'il faudra « **prévenir** » et les problèmes réels susceptibles d'être « **optimisés** ». Il retranscrit ces éléments par la verbalisation de son discours intérieur. Maxime a très souvent recours à ce procédé. Cette forme de langage lui permet sans doute de se focaliser sur ses pensées, de les rendre visibles à sa propre conscience et d'avoir un meilleur contrôle de son comportement. Ce langage intérieur participe de la vie mentale qui semble être très riche chez Maxime. Il emploie dix-huit fois le verbe « **penser** », trois fois l'expression « **dans ma tête** » et cinq fois « **je me disais** ». Il utilise aussi à plusieurs reprises la forme libre indirecte pour rapporter son discours intérieur. Il n'explique qu'en partie l'impossibilité de définir des objectifs et de construire le projet du patient mais sa frustration est grande. Il avoue même avoir fait des tentatives hasardeuses. C'est à son initiative que cette partie du film est explorée. Il emploie un déictique (montre du doigt) et avance son buste pour se concentrer sur les images. La situation le fait sourire. Il fait l'aveu de sa tentative, mais aussi, de son échec :

« Et / c'est vrai que là j'étais embêté / parce que / je / j'introduis les objectifs communs sans en avoir forcément en tête / et donc du coup / je leur donne deux objectifs bateaux / continuité des soins et / et je sais plus ce que je dis (.) / maintien de la mobilité (2s) / et j'espérais qu'on rediscute de ça ensemble / qu'on échange des trucs dessus / et c'est parti sur totalement autre chose (2s) / d'ailleurs / je pense que je / on remet le sujet sur la table à la fin / mais du coup / je me disais / ah c'est bizz- / c'est pas fini / on arrive pas à définir un objectif ensemble / et tout / et là / là je pense que ça m'a embêté dans le sens où / on n'avait pas du tout parlé de ce sujet-là ensemble en fait / et juste / elles avaient acquiescé avec un oui / alors que moi / mes objectifs / c'était vraiment bateau / c'était juste pour introduire / introduire le / le fait d'en parler quoi ↑ » (L.154-164).

Maxime emploie deux fois le terme « **bateau** » pour justifier ses propositions d'objectifs banals et passe-partout. Il a d'ailleurs des difficultés à se souvenir du second. Il parie sur la

réaction de ses collaboratrices qui cependant acquiescent sans plus de débat, ce qui « **embête** » Maxime. Il ne sait que faire de ce manque de réaction. Le mot « **bizarre** » est effleuré et signe chez Maxime le sentiment d'étrangeté de la situation. Pourquoi ne parviennent-ils pas à définir ensemble des objectifs ?

« [...] Et on déviait / on déviait / et j'avais l'impression qu'on nageait dans / oui il va falloir une barre de douche / et cetera / c'est super intéressant / mais j'avais pas l'impression que c'était fait pour ça / et justement y avait infirmier-kiné / pour discuter vraiment / je pense / voilà de travailler ensemble / et là j'avais l'impression qu'on était / qu'on enquêtait un peu sur d'autres corps de métiers / qu'on faisait pas les choses au bon moment / dans le sens où on était là / on avait pas la maison en face de nous / enfin je veux dire / ça se fait à la visite / ça se discute après / tout ça / et donc là je pense que j'avais une petite frustration de / de ça / de s'égarer un peu du sujet / et d'ailleurs on l'entend / je pense que mon ton / il a un peu changé quand je répons à / à l'infirmière sur le fait qu'il tienne pas / qu'il tienne pas en équilibre / pas / pas énervé / mais / je me disais on n'est pas / on n'est pas dans le corps du sujet quoi ! » (L.211-221).

Les tentatives avortées de Maxime finissent par générer chez lui un sentiment de frustration. « **Dévier** », « **s'égarer** » montre combien la discussion s'éloigne du sujet. Il ne comprend pas pourquoi, alors que l'opportunité est donnée de « **discuter vraiment** », « **de travailler ensemble** » [avec les infirmiers], la discussion s'égaré. Il considère la nature des échanges comme des enquêtes « **sur d'autres corps de métiers** », à la recherche d'indices inexploitable. Il ne nie pas la nécessité d'interroger ces éléments mais juge le moment inopportun. Cet échec génère des émotions qui se manifestent par la tonalité avec laquelle il répond à l'IDE. Il ne sait comment qualifier son ton « / **pas / pas énervé / mais /** ». La conjonction de coordination « **mais** » oppose cependant son discours à la réalité de ses émotions qu'il détourne en changeant de sujet « **je me disais on n'est pas / on n'est pas dans le cœur du sujet quoi !** ». Il justifie son agacement par le hors sujet en train de se jouer, ce dont il semble être le seul conscient. La suite du film revient à cette frustration. Maxime tente une explication hésitante :

« Ouais (2s) je / je sais pas / peut-être qu'elles pensaient pas avoir fini de faire le bilan / ou peut-être qu'elles avaient pas d'objectif en tête / qu'on n'a pas réussi à discuter (.) / par exemple le kiné qui renchérit sur ce / sur ce que moi je dis d'un point de vue kiné / qui va faire *tilt* à / à une infirmière / et cetera / et c'est vrai que comme il n'y a pas eu de relance / ben / c'est pas parti à partir de cette question-là ::: mais :::
Chercheuse : ça vous a frustré ?
« Ouais je pense que j'étais un peu frustré parce que (.) je voulais vraiment parler / j'avais même je pense / j'écris d'ailleurs à ce moment-là / j'avais écrit objectifs communs sur ma petite feuille / je l'avais souligné / et (.) / elles sont parties sur autre chose du coup / j'ai retourné ma feuille / je crois / juste après / je me suis dit / ah ben

on en a pas parlé / ben c'est pas grave / j'étais un peu frustré ouais / mais après on est parti sur autre chose :: et :: ↓ » (L.174-185).

Cet extrait est parcouru de suppositions, « **peut-être** », et de regrets. Maxime évoque ses partenaires, « **elles** », mais ne se dédouane pas de l'échec commun « **on n'a pas réussi à discuter** ». Il aurait aimé qu'Élisa complète ses propos de MK et que ça déclenche chez les IDE des mécanismes de compréhension, d'inspiration. Maxime dit sa frustration de n'avoir pas pu s'exprimer alors qu'il le voulait « **vraiment** ». Pour lui, les objectifs communs sont le point d'orgue de la rencontre. Empêché dans la réalisation de son but, il renonce à enchérir en retournant sa « **petite feuille** » sur laquelle il avait écrit et souligné « **objectifs communs** ». Il émet cependant un petit doute. Ce signe de frustration est significatif de son impuissance. En adoptant un style indirect libre, il fait partager son constat et sa pensée du moment « **je me suis dit / ah ben on en a pas parlé / ben c'est pas grave** ». Il veut se persuader, autant que la chercheuse, que « **c'est pas grave** » mais réaffirme sa frustration appuyée par un « **ouais** » de certitude et d'abdication. La conjonction de coordination montre l'impossibilité de poursuivre son dessein, comme si le nouveau sujet balayait le reste. Les silences et la fin du discours à la tonalité ascendante sont aussi la preuve de l'empêchement de Maxime. Le film a sans doute trop réactivé de frustrations et de regrets. Cependant, cette impossibilité de poursuivre son but le rattrape ensuite. Alors que Maxime évoque les incompréhensions motrices des infirmières à l'égard du patient, subitement, il change de sujet. Probablement animé d'un fort conflit intrapsychique, il se sent obligé d'y revenir :

« Mais j crois que je suis encore resté sur la frustration des objectifs de tout à l'heure / parce que je fais que chercher / chercher dans les feuilles et tout / je me vois faire / je fais que chercher dans les feuilles / ce que je peux ramener aux objectifs / et je pense que j'étais encore dans cet / dans cet esprit-là / [...] » (L.202-205).

Non seulement Maxime se « **voit faire** » mais probablement qu'il revit la scène stressante. Sa frustration l'oblige à s'animer « **je fais que chercher / chercher dans les feuilles et tout / je me vois faire / je fais que chercher dans les feuilles /** » pour canaliser ses émotions. L'action concrète est ici un mécanisme de défense auquel il recourt avec agitation. Maxime est pris dans l'urgence de trouver l'élément qui ramènera le collectif aux objectifs communs. Le sujet est tout autre mais la rumination de Maxime l'empêche de poursuivre sereinement le débat. Et même lorsque Maxime évoque un sujet qui, pour lui, rassemble le collectif autour du patient, il « **leur en veut** » encore :

« [...] On reparle d'un sujet qui pour moi est au centre de nos deux métiers / c'est l'éducation qu'on peut avoir sur le patient et sa femme / et après / dès qu'on a fini ça / enfin là / en tout cas / moi / je le ressens comme ça / je leur en veux encore de ramener le fait de l'organisation / de dire / est-ce qu'elle est suivie par ce professionnel ? / on n'a pas fait le tour du tout / on n'a pas défini d'objectifs / on n'avait pas fait le tour des professionnels / et là je pense que par contre / on développe plus et on en discute / et on dit vraiment / ça il lui faut ça / pas besoin de tel professionnel / et cetera / [...] » (L.232-239).

Le débat trouve une félicité autour de l'éducation du patient et de sa femme en lien avec les sondages urinaires qui « **par contre** » permet un véritable échange construit et développé entre professionnels. Le discours de Maxime prend une tournure inattendue puisqu'il commence par l'éducation thérapeutique, y revient, en passant par « **je leur en veux encore** ». Son esprit est parasité par l'incapacité de ses collaborateurs à orienter le sujet vers les objectifs communs. L'expression « en vouloir à » signifie les reproches de Maxime à leur encontre et la difficulté à passer à un autre sujet.

Malgré la frustration générée par l'exercice, Maxime parvient à se décentrer et à élaborer de nouveaux buts. Il utilise dix fois le substantif « **recul** ». Maxime possède la double capacité de prendre du recul pendant l'exercice simulé, mais aussi, pendant l'ACC :

Chercheuse : vous avez fini là / vous fermez le stylo /
« **C'est vrai que là / y a un petit blanc et / je crois que dans ma tête / je m'étais dit / OK c'est peut-être le moment où il faut faire un petit bilan de ce qu'on a dit / et voir s'il y a des choses à compléter / et je sais plus si je l'amène après / mais en tout cas / là / en me revoyant faire / je me dis / c'est ce que je pense / ce que je voulais faire / ou en tout cas / ce que je ferais maintenant en regardant la vidéo / de me dire / donc ok / là / on a plus rien à se dire / on va faire un bilan de ce qu'on vient de se dire / ça / on en a parlé pendant / je sais pas / une demi-heure / on a dit des choses un peu dans tous les sens / pas forcément très structurées / moi j'ai essayé de noter / et en tout cas / maintenant / avec du recul / je me dis que j'aurais dû faire ça** » (L.254-262).

Le visionnage du film réactive la mémoire de Maxime. Il dit ce qu'il aurait aimé faire et ce qu'il ferait désormais. Il explique le manque de structure des données recueillies et le désir de réaliser un bilan, ce qu'il n'a pas pu faire. Il émet de la frustration : il aurait « **pu** » le faire, mais Élisabeth a pris la parole à sa « **place** », subitement. Non seulement il « **aurait pu** » mais il « **aurait voulu** » mettre de l'ordre dans les informations dispersées qu'il évoque par l'accumulation du pronom démonstratif « **ça** » :

« **Et pourtant / avec du recul / je me dis que (pause vidéo) / avec du recul / je me dis que j'aurais pu / et c'était peut-être le moment de le faire / bon après c'est elle qui a relancé du coup / à ma place / mais là / avec du recul / je me dis / c'est le moment où j'aurais voulu le faire maintenant / en tout cas de me dire OK / il y a eu plein d'informations** »

qui sont venues partout / où est-ce qu'on en est vraiment / textuellement / y a ça / ça / ça / on a vu ça / et ce qu'on a (2s) / je l'ai pas fait ↓ » (L.256-261)

Chercheuse : pourquoi ?

Maxime : (fait non de la tête avec une moue interrogative)

Maxime regrette encore ne n'avoir pas fait le bilan. Il envisage alors « **volontairement** » de se mettre à distance pour « **écouter** » Éliisa faire ce qu'il n'a pas pu faire et apprécier les similitudes du recueil des données. Il trouve l'exercice « **intéressant** ». Il l'aborde par le « **recul** » qu'il propose. D'ailleurs, il prend du recul dans l'exercice de simulation, mais aussi, dans l'ACS. Cette mise en abyme témoigne de la capacité réflexive de Maxime, rarement dépassé par ses émotions. Il fait le constat que le groupe n'a pas su mettre de la distance avec la situation pour faire vivre le projet et repérer les éléments essentiels pour « **aider comme ça / et de cette façon-là** ». Malgré le recul, il ne parvient pas à analyser sa difficulté à réaliser le bilan à ce moment-là. Il en fait juste un constat dépité :

« Bah là / j'écoute parce que Éliisa / j'ai l'impression qu'elle se lance comme pour faire un bilan / je me dis que j'aurais dû le faire tout à l'heure / et du coup je me mets à écouter ce qu'elle va dire en essayant d'avoir un petit peu de recul / volontairement / je pense / sur la situation / de dire / OK elle fait le bilan / moi je vais écouter / et je vais essayer de voir un petit peu si j'ai compris pareil / si on a noté les mêmes choses / et cetera / mais c'est vrai que c'est intéressant avec du recul » (L.269-274).

« Un moment Éliisa elle l'explique / donc / d'ailleurs c'est à ce moment-là / je crois / que je prends du recul et que je me dis ça / c'est pas forcément ce qu'on attend là [...] » (L.299-301). « [...] On n'a pas pris de recul / et dit / OK / au programme / on a ça / ça / ça / et le patient on va l'aider comme ça / et de cette façon-là » (L.320-322).

« On finit sur l'organisationnel (sourire) / et c'est très bien (rires) / non / non / mais c'est vrai qu'à la fin / là / même encore avec du recul / je me dis que la réunion aurait pu être toute tournée autour de ça / et de se dire de quoi le patient a besoin / et comment on lui met en place / » (L.345-348).

À la fin de l'entretien, Maxime émet, avec une satisfaction amusée, que le débat s'achève sur l'objectif qu'il poursuivait : organiser le retour du patient en collaboration et au regard de ses besoins singuliers. Il n'a pas changé d'avis : « **même encore avec du recul** » ses objectifs sont les mêmes. Maxime est un leader collaboratif tourné vers l'équipe. Il a le souci de ses collaborateurs et des compétences de chacun. Il se refuse à un travail binaire orienté par les seules connaissances théoriques. Pour lui, les compétences sont déployées au service du patient, de sa famille et de tous les intervenants qui se « supportent » les uns les autres. Il fait le constat amer qu'il n'a pas pu imposer ses buts ce qui génère de la frustration. Cependant, les CCIP les plus développées chez Maxime sont le « leadership collaboratif », la « planification et la coordination des soins » et le « travail d'équipe ». Maxime est un

jeune professionnel qui met la réflexivité au service de son analyse et de ses soins. Capable de prendre du recul dans et sur la situation, il sait canaliser ses émotions et projette des buts nouveaux. Il fait de l'ETP une compétence collaborative interprofessionnelle centrale, capable de rallier les IDE et les MK autour du patient et de sa famille.

3.3. Les autoconfrontations collectives et les retours au collectif d'étudiants

- Autoconfrontation collective 1 : Nathalie, Candice, Jérôme et Thibaut
Durée du film : 52 minutes
- Autoconfrontation collective 2 : Éliisa, Meriem, Mariya et Maxime
Durée du film : 50 minutes
- Retours au collectif des deux confrontations collectives
Durée du montage du film projeté : 10 minutes par ACC
Durée du retour au collectif 1 : 65 minutes
Durée du retour au collectif 2 : 61 minutes
Participants : 15 étudiants IDE et 15 étudiants MK

Qu'il s'agisse des ACC ou des retours au collectif, les éléments des discours se font écho. Nous en avons réalisé une analyse globale et synthétique. Une analyse détaillée de ces dispositifs est consultable en annexe n°23.

3.3.1. Les freins à l'élaboration du projet de soins partagé

3.3.1.1. Des objectifs individuels aux objectifs communs

« [...] Le fait de prendre un patient / c'est déjà trop complexe (.) peut-être [...] qu'il faudrait présenter par exemple une journée type et je sais pas et par exemple / il y aurait je sais pas / le petit déj' / la marche / aller au fauteuil [...] » (Retour au collectif 1 : L.295-298).

[Il faudrait travailler] « Sur des objectifs qui peuvent être plus simples que la prise en charge du patient (.) peut-être que c'est ce contexte / de parler du patient dans toute son entièreté » (Retour au collectif 2 : L.301-303).

L'interdisciplinarité est un processus qui fait place à une situation complexe. La complexité, pourtant caractéristique de l'interprofessionnalité, semble être un frein pour certains étudiants. Dans cette occurrence, une EMK exprime une nouvelle manière de faire par des éléments de prises en soins concrets – « le petit déj' / la marche / aller au fauteuil » – organisés autour d'une « journée type ». C'est en partant des activités de soins qu'elle propose, sans certitude, de définir les objectifs des soignants. Pour elle, il faudrait travailler sur des objectifs « plus simples que la prise en charge du patient (.) ». Elle finit par dire

que la difficulté des acteurs est liée à la nécessité « **de parler du patient dans toute son entièreté** ». Sa proposition vient en contradiction totale avec l'objet du débat élaboré par les participants. Pour l'EMK, le concept de complexité semble ne pas prendre sens dans l'exercice. Elle voudrait accumuler des actions pour justifier la prise en soins du patient. Pourtant, l'interprofessionnalité n'est ni l'addition, ni la juxtaposition d'actes de soins des disciplines en jeu. Elle permet au collectif d'individus d'aboutir à une composition intégratrice et résulte de la construction du réel autour d'objectifs communs. L'existence d'un but commun à l'ensemble des sujets engagés dans l'activité collective est un déterminant clé. C'est le fondement à partir duquel la communication, la coordination, l'ajustement des représentations pourront se réaliser. Dans l'exercice simulé, le temps de préparation pré-simulation n'a visiblement pas laissé l'opportunité aux étudiants-acteurs de définir les axes et les modalités d'intervention. De D'Amour (1999) à Careau (2013) en passant par Zarifian (1996), la collaboration interdisciplinaire réunit les individus autour d'un but commun, nécessite des objectifs clairs et réclame « des accords solides sur [les] objectifs et donc le processus commun de définition des objectifs » (Zarifian, 1996, p. 15). Cette vision commune n'a pas pu se réaliser au cours du « jeu ». C'est dans les ACC que la question a véritablement fait débat, ce que n'ont pas perçu spontanément les participants des retours au collectif. Le montage vidéo présenté aux participants est interrogeable cependant, c'est bien la répétition de la dispute interprofessionnelle qui a permis d'identifier la nature de l'objectif commun. Car individuellement, les étudiants-acteurs ne poursuivent pas le même but. Certains poursuivent des buts de résultats d'autres, des buts de procédure. Pour Nathalie, la continuité des soins est une évidence que lui révèle Jérôme, mais qui ne fait pas de doute ; Candice partage cet objectif tandis que Thibault veut « **remplir des cases** » et que Jérôme veut « **obtenir le plus d'informations fiables possible** ». Il apparaît aussi que chacun vise des objectifs différents selon les niveaux de complexité qu'impose le concept. Certains étudiants-acteurs sont plus centrés sur le patient, d'autres, sur l'organisation. Certains envisagent la vision globale et holistique de la prise en soins, d'autres, une vision centrée sur la tâche. Certains cherchent le dépassement des mobiles initiaux pour viser le développement du sens tandis que d'autres étudiants poursuivent la création d'instruments nouveaux pour atteindre leurs buts ; ils visent plutôt l'efficacité. C'est ainsi que ces niveaux coexistent parallèlement et que le projet reste stérile. Le travail collaboratif s'apparente ici aux niveaux deux et trois de la collaboration interprofessionnelle tels qu'ils sont définis par

le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (2014). Ce type de pratique, par concertation, entraîne un travail multiprofessionnel.

La première ACC fait naître une « dispute » autour des objectifs communs dont les visions restent longtemps distinctes pendant les échanges. « **La poursuite des soins** » des professionnels du SSR s'oppose à « **nous / c'était le but d'aménager** » des professionnels de l'HAD-R. Il ne s'agit pas ici d'une dispute de « genre » mais plutôt de visions construites dans les échanges binaires :

« Je pense juste que l'histoire des objectifs / c'est vraiment ce qui nous a séparés dans notre discussion [...] / si dès le début on avait dit / notre objectif / [...] pour avoir un rendez-vous structuré quoi » (ACC 1 : L.632-636, Thibault).

La seconde ACC rencontre les mêmes écueils mais va plus loin :

« [...] À refaire / moi je commencerais par dire ce que tu as dit tout à l'heure < en s'adressant à Élixa > / OK / [...] nous on est d'accord / il est apte / donc qu'est-ce qu'on met comme objectifs (L.633-634) « [...] en partant des objectifs puis des professionnels qui étaient nécessaires » (ACC 2 : L.639-640, Maxime).

Les discussions vont ainsi révéler aux deux collectifs d'acteurs (ACC) la nécessité de définir, non seulement des objectifs communs, mais aussi, un « projet commun ». S'ils perçoivent peu cet aboutissement, les membres des retours au collectif soulignent la difficulté des étudiants-acteurs :

« [...] Au centre c'est le patient et je trouve que finalement [...] on ne reparle pas de ses objectifs / on ne parle pas de cette prise en charge en collaboration et on est plus du côté où chacun veut récupérer ses informations » (Retour au collectif 1 : L.618-621).

Ils proposent alors eux aussi un projet commun articulé autour des objectifs du patient :

« Je pense que ça aurait été plutôt bien de commencer par parler des objectifs du patient peut-être puisque l'objectif c'était le retour à domicile / de parler de ça à partir de ce que veut le patient à domicile / essayer de voir comment chacune des deux parties peut mettre leurs soins en place dans cette prise en charge » (Retour au collectif 1 : L.516-519).

En réalité, la dispute interprofessionnelle des retours au collectif révèle à tous, comme un aveu un peu honteux, l'oubli du patient dans ce projet. La démarche centrée sur le patient, caractérisée par « une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps » (HAS, 2015) est alors envisagée comme un nouveau but par le collectif. Les étudiants manifestent ensemble un réel souci de partir des besoins du patient, de sa famille et d'ancrer le projet de

soins dans leur projet de vie. Les débats laissent entendre que les étudiants voudraient échanger avec ce patient et son épouse afin de comprendre ce qu'ils savent, ce qu'ils veulent, ce qu'ils croient, ce qu'ils peuvent dans cette nouvelle situation de vie. Ils se font quêteurs de sens et porteurs d'éthique. Initialement, la question des tâches à accomplir est plutôt la priorité des étudiants et l'approche de la collaboration est assujettie « aux peurs et aux inhibitions réciproques sur fond de territoires, de pouvoirs et de savoirs » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 42). Dans cette perspective, le patient n'a pas pu prendre place au cœur du projet de soins ce qu'ont fait remarquer les participants du retour au collectif :

« [...] Je trouve ça triste parce qu'ils ont des objectifs de transmission d'informations / de recueil d'informations qu'ils mettent au premier plan / et du coup le patient / il est où ? » (Retour au collectif 1 : L.609-611).

❖ Qui peut faire quoi ? Qui doit faire quoi ?

Initialement, la dimension du « quoi » n'est pas centrée sur les besoins de ce patient « virtuel » que les étudiants-acteurs ont des difficultés à « incarner », au sens de « corps en souffrance à soigner ». Dans ce contexte, le patient n'a pas été rencontré, ni touché « pour de vrai ». Ce corps malade, « désincarné », ce patient absent, empêche sans doute certaines dimensions des soins d'apparaître dans les échanges alors qu'elles existeraient probablement dans la réalité et seraient étayantes. Ces éléments justifient que les étudiants se concentrent sur les normes, les grilles, les formulaires et les données « médicales » objectives utilisables. Ils essaient de répondre à la stricte prescription normative en communiquant autour d'un projet de soins « possible ». Mais en recentrant leur projet autour du patient, ils lui octroient le droit à l'autodétermination. Les étudiants ont en effet pu construire une définition de la CIP par la voie des échanges, et envisager, individuellement, collectivement et au sein des retours au collectif d'étudiants, un nouveau but qui consiste à partir des besoins du patient pour construire un projet de soins partagé, constitutif de son projet de vie et de celui de son épouse.

3.3.1.2. La clarté des objectifs

Nous pouvons interroger la clarté et la précision de la finalité de l'exercice. Les consignes écrites et celles du briefing n'ont peut-être pas été clairement exposées ce qui n'a pas permis aux étudiants de donner du sens à l'exercice et de formuler des objectifs partagés. Or, ces consignes avaient été conçues pour créer une ligne directrice claire afin d'orienter les étudiants vers un objectif commun et leur avaient été communiquées dans un esprit de

cohérence. Peut-être que leur transmission est à repenser. L'adaptation du concept d'interprofessionnalité est peut-être aussi un écueil. Nécessairement travaillé en cours dans les deux formations, la mise en œuvre pratique du concept n'a pas rencontré la théorie du projet de soins dont les objectifs partagés représentent le fondement. La capacité à construire des liens entre les différents enseignements en fin de formation initiale est sans doute encore fragile pour certains étudiants, d'autant que l'interprofessionnalité est rarement enseignée en dehors des silos professionnels. L'enjeu de l'EIP consiste ainsi à planifier et à mutualiser l'interprofessionnalité avec des formateurs de disciplines différentes en veillant à formuler des objectifs communs (CAIPE, 2017, p. 8). Une fois les objectifs formulés, la mise en abyme donnerait matière à la clarification des objectifs d'apprentissage à destination des étudiants, quel que soit le support pédagogique envisagé. Repenser les objectifs en interprofessionnalité nécessite de repenser la formation initiale pour permettre aux professionnels engagés dans le projet de soins de connaître les limites des champs de compétences de chacun. En effet, la définition de la compétence « clarification des rôles et des responsabilités » du CPIS (2010) établit clairement le lien entre les objectifs de l'individu et la connaissance des rôles dévolus aux partenaires de soins : « Les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres intervenants ; ils mettent ce savoir à profit pour définir et atteindre les objectifs de la personne, de ses proches ou de la communauté » (CPIS, 2010).

3.3.1.3. La clarification des rôles et du vocabulaire professionnel

Les compétences « clarification des rôles » et « communication interprofessionnelle » sont les moins développées et les plus difficiles à mobiliser pour les étudiants-acteurs, ce qui impacte la qualité de leur travail d'équipe. La communication interprofessionnelle vise « l'esprit de collaboration et d'ouverture » et la clarification de « tout vocabulaire professionnel ou technique pouvant nuire à la compréhension de l'information échangée » (CIO-UdeM, 2016). Les CCIP supposent que le collectif de travail dispose d'un langage commun qui lui permette non seulement de partager du vocabulaire, mais aussi, une représentation commune de la situation. Or, pour la majorité des étudiants-acteurs, la méconnaissance du vocabulaire et des limites du champ de compétences représente un frein à la construction du projet. Lors du retour au collectif, l'un des participants exprime la vision approximative du métier d'IDE : « [...] y a moyen que (.) aucun des quatre ne connaît le champ de compétences ou le réel métier des autres / on en a des images mais (2s) / » (Retour au collectif 1 : L.258-259). Au cours de ce même retour, et alors que certains

exemples sont avancés de part et d'autre pour illustrer les métiers d'IDE et de MK, une ESI s'exprime avec virulence à l'attention d'une EMK « [...] **on fait pas que des toilettes !!** » tandis qu'une EMK lui répond « **et nous, on fait pas que des massages !** ». Ces échanges, tendus, s'exercent autour des représentations des professions, aussi, la vision des métiers s'exprime par des stéréotypes, ce qui donne le ton aux échanges. Certains chercheurs avancent que la qualité de la représentation est déterminante dans la construction d'un projet (Mathieu et al., 2005). Si les membres du collectif interprofessionnel partagent des représentations biaisées, comment poursuivre un objectif commun ?

3.3.1.4. Les représentations sociales

Les représentations sociales représentent un système symbolique, organisé et structuré, qui permet de donner du sens et de diriger les conduites humaines. Pour Jodelet :

Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. (Jodelet, 1998, p. 361)

Pour Moscovici la représentation sociale « est construite pour et par la pratique ». Pour lui, le concept désigne les éléments mentaux qui se forment par nos actions et qui informent nos actes. Dans la visée interdisciplinaire qui nous intéresse, la connaissance et la compréhension réciproque sont des fondements nécessaires qui se construisent dans et par les interactions, ce que justifie notre dispositif pédagogique qui, cependant, pourrait être préparé par des travaux de groupes interdisciplinaires permettant de favoriser la mobilisation des trois constituants principaux de la représentation pendant les activités discursives : la communication, la reconstruction du réel et la maîtrise de l'environnement. Permettre aux étudiants d'aplanir, de clarifier leurs représentations par des méthodes pédagogiques adaptées les laisserait sans doute se concentrer sur la question du genre dans une visée interprofessionnelle. En effet, pour impacter réellement les représentations et la connaissance du métier d'autrui, la répétition des échanges est nécessaire. Dépasser les représentations et constituer une culture commune voire, une identité « intergenre » nécessite du temps et une imprégnation au métier et au genre d'autrui. Les échanges entre étudiants montrent une incapacité à connaître les limites des connaissances, des compétences et qu'ils nourrissent une représentation stéréotypée des professions. Pour définir le

stéréotype, les linguistes font référence à la notion de « schématisation » qui a « pour rôle de faire voir quelque chose à quelqu'un ; plus précisément, c'est une représentation discursive orientée vers un destinataire de ce que son auteur conçoit ou imagine d'une certaine réalité » (Grize, 1996, p. 50). Représentations et stéréotypes coexistent dans le sens où ils construisent la communication sociale quotidienne, de manière plus ou moins consciente, dans des discours qui circulent, se construisent, ou se figent. C'est ainsi que les représentations sociales assurent aux individus des fonctions cognitives, des fonctions de construction et d'interprétation de la réalité, des fonctions d'orientation des conduites et des comportements, des fonctions identitaires. Cette dernière fonction est déterminante dans les échanges produits entre les étudiants. Car les représentations ont aussi pour fonction « de situer les individus et les groupes dans le champ social, [elles permettent] l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés » (Mugny et Carugati, 1985, p. 183). Ce détour par la sociologie nous permet de comprendre l'importance des interactions dans la compréhension du genre d'autrui. Dans l'activité discursive engagée, les activités langagières ont permis de discuter différentes alternatives possibles en confrontant les représentations et les savoirs. Ces échanges laissent apparaître que la méconnaissance des rôles, des responsabilités, de la limite des compétences, de la nature des connaissances, du vocabulaire du métier d'autrui par les étudiants-acteurs, a constitué le principal frein à la construction du projet de soins partagé. Dans le premier groupe d'étudiants, tous les acteurs ont éprouvé cette difficulté. Même la plus expérimentée des étudiantes, Nathalie, s'est trouvée « empêchée » par l'incompréhension du score ASIA propre à la prise en charge des MK – elle avoue timidement avoir regardé sa signification « à la maison ». Personne n'a d'ailleurs tenté d'expliciter l'acronyme, le sens paraissant évident pour les EMK et la méconnaissance difficile à avouer pour les ESI. Dans les deux groupes, les nombreux obstacles liés à des incompréhensions et à des méconnaissances ont été discutés en ACC.

Les étudiants sont en difficulté vis-à-vis de l'autre discipline, et parfois de la leur ; ce que soulignent les participants du retour au collectif. Ils interrogent le parcours de stage individuel comme levier à la connaissance de certains domaines de leur propre métier et du métier d'autrui. Très balisé pour les IDE, ce parcours semble moins engager les MK dans la CIP. Pour exemple, la possibilité de réaliser leurs stages exclusivement en activité libérale limite les interactions et la connaissance des autres professions. La question de « l'expérience » et de la « proximité quotidienne » des professionnels est ainsi soulevée, ce

qui donne l'avantage à Nathalie. Les étudiants du retour au collectif interrogent aussi le « contexte » comme milieu soutenant :

« [...] Un kiné / ça fait une dizaine d'années qu'il travaille en centre ou à l'hôpital et qui est habitué du coup à faire les prises en charge avec l'infirmière / pour voir les prises en charge pour les toilettes / du coup / c'est différent d'un kiné qui va travailler en libéral depuis des années et en fait / qui n'a jamais côtoyé des infirmiers donc du coup / je pense que ça dépend aussi du contexte » (Retour au collectif 1 : L.319-323).

3.3.1.5. Mode de pensée, « fermeture » et travail binaire

Les éléments d'incompréhension limitent le déploiement de la compétence « travail d'équipe ». Ils régulent les tours de parole en mode binaire, limitent l'attention de part et d'autres des professions et créent une forme d'autocensure. Pour ne pas faire face aux difficultés générées par des limites floues, les étudiants sollicitent très vite l'aide des autres sujets et se replient dans un silence peu propice à la collaboration. La communication interindividuelle met en effet en présence des étudiants qui maîtrisent différemment le sujet. Pour comprendre les ressorts des échanges, nous réalisons à nouveau un détour par la sociologie. Haas et Jodelet (2007, p. 121), en référence à Moscovici, expliquent que les contenus de la pensée sont déterminés par des facteurs sociaux et que, malgré les connaissances ou les intérêts différents, les individus d'un groupe « n'en cherche pas moins à faire valoir leurs points de vue ou à concourir à la construction d'une interprétation commune » (Haas et Jodelet, 2007, p. 121). C'est ainsi que les étudiants adoptent un mode de pensée caractérisé par « la dispersion » ou le « décalage » des informations. Ce mode de communication se justifie par le fait que les interlocuteurs ne disposent pas des mêmes connaissances. « La focalisation de l'attention » est aussi un mode de pensée souvent adopté par les étudiants. Cette modalité est liée au fait que « chacun s'attache à des aspects différents de la réalité en fonction de son intérêt et de son implication personnelle » (Haas et Jodelet, p. 121). Elle justifie les moments d'attention « flottante » et le mode binaire IDE-IDE et MK-MK de la communication : « **Je pense qu'inconsciemment on s'est sentis plus concernés par certains sujets / les uns et les autres** » (ACS : L.104, Candice). Ces procédés reproduisent l'écueil des apprentissages en silos ou « l'entre-soi » reste la règle. Les étudiants, en ACS, ACC et lors des retours au collectif disent unanimement les problématiques qui surgissent alors : moins intéressés par les échanges, moins concentrés, déstabilisés par l'imperméabilité des propos, les interactions sont exclusivement binaires. « L'esprit d'ouverture » sollicité par la compétence « communication interprofessionnelle » est contrarié par les incompréhensions et aboutit à l'effet inverse : la fermeture. La difficulté

est culturelle : les cultures professionnelles propres à chaque filière de soins reposent sur des connaissances individualisées, centrées sur l'exercice de la profession concernée. L'interprofessionnalité n'invite pas à renoncer à l'accomplissement de tâches spécifiques mais nécessite la mise en commun et la complémentarité de certaines expertises en donnant aux professionnels la possibilité de prendre des décisions et des responsabilités partagées. Or, dans ce système cloisonné, les responsabilités sont liées à une spécialité paramédicale d'où découlent des rôles liés aux compétences statutaires et aux activités de soins. Le dispositif pédagogique révèle ainsi la nécessité de mettre en œuvre des processus de concertation communs et récurrents de répartition et de clarification des rôles interprofessionnels et du vocabulaire en lien, dès le début de la formation initiale.

Cependant, les confrontations et les retours au collectif d'étudiants ont initié des réflexions autour de ce qui fait lien entre les professions.

3.4. Ce qui rassemble

La connaissance partagée des rôles et du vocabulaire de certains domaines, de compétences ou non, permet aux étudiants de surmonter les difficultés imposées par l'exercice. La construction du raisonnement autour des CCIP se fait très nettement dans la répétition, autour de conflits sociaux-cognitifs qui favorisent le développement des opérations cognitives ; mais pas toujours sur le mode de conflits ouverts. Certains éléments de discussion portent en effet l'accord et la connivence des acteurs, ce que tous les participants identifient en ACC et lors des retours au collectif :

« [...] Mais là / ce qui les rassemble / c'est tout ce qui était concret avec le projet du patient / les aménagements et cetera / » (Retour au collectif 1 : L.692-693)

Dans la discussion engagée autour des actes de la vie quotidienne et de l'aménagement, la communication semble être efficace parce qu'elle est concentrée autour des besoins exprimés par le patient, mais aussi, parce qu'elle n'interroge pas les limites de compétences des uns et des autres. Elle ne met donc pas en jeu le pouvoir et les enjeux de la hiérarchie. C'est un terrain neutre qui est parfois le levier permettant de canaliser les conflits larvés : Maxime et Nathalie – ceux qui ont le mieux développés leurs compétences collaboratives – sont capables d'adopter la stratégie du détournement pour mener le collectif à discuter de la dimension fonctionnelle de la prise en soins pour canaliser les tensions. Parfois, cette dimension est une porte de secours au débat collectif qui n'avance pas :

« Mais je pense qu'à la fin en fait / à la fin on a un peu / mais tous les quatre hein / on a tous un peu tourné / on savait pas trop vers où aller / du coup il y a eu oui / sur l'aménagement de la maison ::: mais ::: / » (ACS : L.78-80, Mariya)

Cette dimension fonctionnelle ne demande pas d'expertise ni la maîtrise d'un vocabulaire professionnel spécifique et singulier. Ce qui est concret est *a priori* maîtrisé par tous, ce qui facilite les échanges et l'appropriation des données. Discuter de l'aménagement du domicile et du quotidien du patient ne relève que d'une forme de bon sens que tous partagent. Les débats initiés en ACC n'ont pas explicitement permis de conscientiser que les objectifs du patient étaient fédérateurs. Pourtant, cette idée a été exprimée clairement. En revanche, le retour au collectif permet à un MK d'avancer l'idée que le patient, qui ne possède pas d'expertise infirmière ni d'expertise kinésithérapique, ne peut que rassembler les acteurs autour de ses objectifs, de son vocabulaire, « universellement » compréhensibles.

« [...] Si tu te bases / si tu pars plutôt des objectifs du patient / le langage il est universel et après / chacun va apporter sa petite touche sur des points un petit peu plus spécifiques [...] et puis ils vont croiser / mais le socle / il est déjà commun / sur ce langage universel qui sont ceux / par exemple / définis à partir de ceux du patient » (Retour au collectif 1 : L.719-724).

C'est ainsi que ce qui a été exprimé intuitivement est ici clarifié et répond à l'approche attendue par les référentiels de formation : l'approche centrée sur le patient. Mais ce qui rassemble les étudiants concerne aussi plus clairement leurs compétences partagées. Maxime et Elisa avaient déjà évoqué ces points de convergences :

« [...] on reparle d'un sujet qui pour moi est au centre de nos deux métiers / c'est l'éducation qu'on peut avoir sur le patient et sa femme / » (ACS : L.232-233, Maxime)

« [...] je pense qu'on a tous un rôle psychologique / quel que soit le soignant et quel que soit notre compétence / quand on prend en charge / un patient / que ce soit infirmier / que ce soit kiné / que ce soit médecin / à un moment on est tous un peu psychologue / » (ACC 1 : L. 546-548, Elisa)

Lors des retours au collectif, les participants souscrivent à ces argumentations et avancent que ces compétences partagées permettent d'ouvrir la discussion et de fédérer les étudiants-acteurs et les professionnels :

« L'éducation ne concerne pas un seul professionnel en particulier / c'est une compétence de tous les professionnels donc / il n'y en a pas un qui est plus qualifié que l'autre pour en parler / quand ils abordent ce sujet-là / c'est un peu plus ouvert à tout le monde et ensemble / » (Retour au collectif : L.237-240).

Comme pour l'ETP, la prise en soin psychologique du patient n'est ni spécifique aux MK, ni aux IDE, ce qui permet de niveler le niveau de connaissances et de faciliter les prises de parole de tous les acteurs. Tous formés à l'ETP, donc légitimes sur le même terrain, les néoprofessionnels s'autorisent une liberté de ton et des échanges actifs. Le manque d'expertise en un domaine particulier – ce qui apparaît d'abord paradoxal – favorise aussi les interactions « égalitaires ». Parce que les étudiants-acteurs ne sont pas des experts de la psychologie, ils s'autorisent à prendre la parole « **sans peur de dire quelque-chose que l'autre il ne comprend pas** ». Les bases de la psychologie acquises en formation permettent aux étudiants d'avoir « **les mêmes acquis dessus** » et de ne pas se sentir jugés sur la non maîtrise de certaines dimensions du champ. Discuter autour d'une compétence strictement partagée comme la psychologie ne fait pas courir le risque de porter atteinte à la « dignité » du collaborateur en le mettant en « porte-à-faux » sur ses connaissances :

Chercheuse : ce que vous être en train de dire / c'est qu'on ne se sent pas jugé sur un terrain qu'on partage / sans avoir la compétence spécifique ?

MK : « On se sent pas jugé mais on n'a pas peur d'offenser aussi la personne en face (.) » (L.169-170).

Dans ce contexte de connaissances partagées, le collaborateur n'est pas censé tout connaître puisque ce domaine relève de l'expertise du psychologue. Ainsi, les néoprofessionnels exercent une autocensure sur les questions professionnelles très spécifiques tandis que les domaines partagés peuvent être, sans conséquence, l'objet de questions sans réponses. Les domaines partagés jouent ainsi le rôle de garde-fou, de « **tierce personne** ». Ni experts, ni tout à fait dénués de connaissances dans les domaines concernés, les professionnels peuvent s'exprimer librement sur un terrain neutre qui ne met en danger personne, les insuffisances n'étant pas stigmatisantes. Rappelons cependant que dans le débat intermétiers, ce qui n'est pas encore partagé est plus important que ce qui l'est déjà (Clot, 2014) et que les CCIP visent la complémentarité. Les étudiants cèdent ici à la facilité. Sur un terrain balisé par la connaissance et la maîtrise, ils ne rencontrent aucun déséquilibre ce qui limite l'ouverture à autrui et ne fait pas avancer l'appropriation des CCIP. Le terrain neutre lève les tensions et fait oublier les luttes de pouvoirs et les menaces qui pèsent sur le partage de certains savoirs, de certaines activités. L'une des menaces repose sur la honte de ne pas savoir...

3.5. La honte de ne pas savoir

La difficulté des étudiants à « exposer » leurs méconnaissances repose aussi sur la honte et le manque de confiance. Qu'elles concernent les connaissances liées à leur propre champ de compétences ou au champ d'autrui, l'aveu d'ignorance ou d'incompréhension est « **rabaissant** » (Retour au collectif 1 : L.626, 628). Certains nuancent : « **c'est pas vraiment rabaissant mais ce serait comme si on n'était pas compétent devant les autres** » (Retour au collectif 1 : L.630), cependant : « **je suis d'accord avec ce qu'elle dit en disant que c'est / enfin / un peu rabaissant** » (Retour au collectif 1 : L.632). La dispute interprofessionnelle autour de cette thématique ne trouve de débat que sur la terminologie mais le résultat aboutit, pour tous, à la honte de ne pas savoir ; donc, au silence. La honte est une émotion morale or, les émotions morales

Sont des médiateurs essentiels de la régulation du comportement dans un grand nombre de relations et de contexte communautaires. L'individu en développement fait l'expérience de la honte [...] comme forme de communication avec les autres. Les communautés sont organisées autour de règles partagées, et les transgressions par rapport à ce qui est attendu en pratique sont exprimées implicitement ou explicitement par le bais d'émotions morales. (Emde et al., 2002, p. 343)

La honte peut ainsi « inclure l'expérience de l'impuissance et le sentiment d'une perte de l'estime de soi, les deux intervenants comme une conséquence de l'échec » (Emde et al., 2002, p. 338). La perte de l'estime de soi est liée au sentiment de ne pas être à la hauteur de son idéal. Fondée sur les interactions, « sur l'histoire des expériences avec les individus particuliers dans des contextes particuliers » (Emde et al., 2002, p. 335) la honte, comme toutes les émotions morales, est « basée sur un certain sens de la lutte, du conflit, de l'affrontement » car elle organise « l'accès à la conscience » (Emde et al., 2002, p. 337). Or, « l'accès à la conscience » peut impliquer une douleur morale. Les échanges interprofessionnels mettent ainsi peu à peu au jour les limites des uns et des autres. Et pour ne pas s'exposer et se laisser déborder par leurs affects douloureux, les étudiants adoptent la stratégie du silence. En fin de formation, maîtriser les savoirs est pour eux une évidence qu'il conviendrait d'avancer, alors qu'en réalité, l'expérience poursuivra le processus d'apprentissage. Assumer ne pas connaître tous les éléments constitutifs de son propre domaine de compétences est sans doute plus difficile que d'avouer ne pas connaître celui d'autrui. Cependant, dans l'exercice de simulation, personne n'a révélé ses manques ou clarifié des données pour les autres. Les ACC nous apprennent que les clarifications se sont

réalisées parfois pendant le temps de préparation. Au cours d'une ACC, un étudiant propose un temps de pause pendant l'exercice simulé pour clarifier le vocabulaire ou les activités **« on arrête tout / on s'le (.) / donne euh / en définition rapidement en quelques secondes pour repartir »** (ACC 1 : L.200-201). Ces éléments laissent entendre que cette activité de clarification ne peut se réaliser que hors caméra, pour ne pas donner à voir les insuffisances. Le rôle de la chercheuse peut être interrogé. Cadre pédagogique, elle demande à ses propres étudiants de participer à un exercice capable de mettre en lumière leur niveau d'acquisition. Pour les autres participants, la chercheuse peut représenter le « sachant ». Dans l'activité dialogique des ACS, la neutralité du chercheur est illusoire. Nécessairement présent dans l'échange dialogique où s'exercent les stigmates de sa propre culture disciplinaire (Faïta et Vieira, 2003), de son statut et de son rôle, le chercheur est un acteur « omniscient-omniprécipitant » qui caractérise un « point de fixation du sens » (Bakhtine, 1929-1984). Dans les ACC, « c'est le pair, l'alter ego qui fournit ce point de fixation, à partir duquel le sujet peut alors se saisir de son propre vécu » (Faïta et Vieira, 2003, p. 151). Dans notre dispositif de recherche, la cadre pédagogique n'est jamais loin ; involontairement elle a pu « museler » certains étudiants. Dans une perspective pédagogique interprofessionnelle, ce constat doit engager une réflexion sur la meilleure manière de limiter cet effet.

Le sentiment de honte, vis-à-vis des autres professionnels et de la chercheuse, est ainsi le corollaire des insuffisances avérées ou ressenties des étudiants, ce qui freine l'engagement et le déploiement de plusieurs compétences. Pendant le retour au collectif, les étudiants établissent un lien fort entre le sentiment de honte et de confiance. Ils avancent que la confiance dans les collaborateurs limiterait ce sentiment et favoriserait l'ouverture et la parole.

3.6. La confiance et la responsabilité

« [...] C'est compliqué de dire / je sais pas ce que ça veut dire / et cetera / mais ce sera à l'IDE de dire ce qu'il ne comprend pas et après / je pense qu'il faut aussi avoir une certaine confiance aussi dans le groupe / de reconnaître aussi qu'il y a des limites et que ben / y a certaines choses qu'on ne connaît pas (.) / je pense que ça va être compliqué / on se met dans une position un peu délicate de dire / moi voilà je ne comprends pas / on préfère parfois laisser passer [...] je pense qu'il y a un petit manque de confiance / voilà / après / ça vient de la situation / mais ça viendrait plus d'un manque de confiance / pas tant en soi / mais dans le groupe / »

Chercheuse : donc la communication repose sur la confiance ?

IDE : **« Oui / c'est ça / ensuite / y a pas de biais / et cetera / y aura aucune gêne / entre guillemets / ou aucun problème à dire qu'il y a des choses qu'on ne comprend pas / et on sait très bien que le pair / il pourra nous expliquer sans jugement / sans manque de**

respect / ce sera toujours dans l'intérêt du patient alors que là / ben on sait pas trop ou ça va [...] » (Retour au collectif 1 : L.653-668).

Pour les participants, les échanges interprofessionnels doivent se réaliser dans un climat de confiance partagée pour permettre une communication efficiente et limiter les tensions, les frustrations et la peur du jugement. Les lacunes inavouables sont constitutives de la confiance accordée aux membres du groupe plus que de la confiance intrinsèque des individus. Ce résultat corrobore la littérature qui fait de la confiance un déterminant clé de la collaboration (Henneman et al., 1995). La confiance repose sur certains facteurs de fiabilité perçus tels que la compétence, la bonté et l'intégrité ; la disposition à faire confiance dépendrait aussi des différentes expériences développementales et des types de personnalité (Mishra et Morrissey, 1990). C'est ainsi que la confiance se partage des fondements cognitifs et affectifs. Pour certains étudiants, le fait de ne pas se connaître en amont de l'exercice, comme dans les services, limite le développement de cette confiance. Le contexte de l'exercice est ainsi un argument relevé par les étudiants. Travailler ensemble au quotidien favoriserait les liens de confiance et la communication, tandis que les « *staffs* » et « **l'organisation des services** » sont considérés comme des leviers à la confiance partagée. Le temps, l'espace et la proximité sont ainsi des facteurs déterminants pour dépasser la seule transmission des informations. Les étudiants soulignent la nécessité d'allouer des temps de travail communs bien avant l'exercice simulé, pour créer le débat collectif, travailler la résolution de problèmes, renforcer la cohésion du groupe et générer la confiance entre les différents acteurs. La confiance est renforcée par le sentiment personnel d'être légitime et reconnu or, l'analyse des ACS et des ACC montre que les étudiants ne s'autorisent pas toujours à empiéter le domaine d'autrui car ils se sentent illégitimes. Pour D'Amour et ses collaborateurs, les professionnels sont tiraillés entre la professionnalisation et la collaboration : « ces logiques en compétition placent les professionnels dans des situations paradoxales et leur font vivre des conflits de valeur quant à leur rôle d'expert en regard des professionnels mais surtout en regard de la clientèle » (D'Amour et al., 1999, p. 70).

Le manque de confiance justifie ainsi les silences, le sentiment de honte et les modes de pensée des étudiants. En réalité, la confiance interroge ici la responsabilité des étudiants vis-à-vis de leurs interlocuteurs dans l'exercice de simulation et par conséquent, dans leur futur exercice interprofessionnel. Le retour au collectif permet à une ESI de dire très justement combien le manque de confiance et son corollaire, le silence, peuvent engendrer des malentendus délétères pour le patient. Conscients que la simulation est un travail fictif, les

étudiants ont choisi d'éviter la honte plutôt que de faire le choix de la responsabilité. Or, la responsabilité partagée est constitutive des CCIP et possède un lien avec le concept de confiance, qui génère des liens particuliers entre les acteurs parfois vécus comme des rapports de force. La question des responsabilités donc, de l'éthique clinique, émerge une seule fois dans les échanges. Le premier retour au collectif pousse en effet une étudiante infirmière à questionner la capacité à assumer collégialement la responsabilité de la prise en soins des patients, au regard de leurs besoins. Cependant, le débat que la responsabilité partagée fait naître se réalise sur le mode conflictuel, ce qui étouffe les échanges :

IDE : « Je veux dire oui / on en vient à ce qu'on disait au début / on ne connaît pas exactement les compétences de tout le monde / mais c'est chacun sa responsabilité / c'est chacun de son côté !!

MK : non mais pour les toilettes / c'est plus vis-à-vis des transferts / mais (2s)

IDE : oui mais ce n'est pas que SA responsabilité / l'IDE est autant responsable que le kiné / il n'y en a pas un plus responsable que l'autre / c'est juste que / on se croise et que ce soit SSIAD / IDE libérale / peu importe ! / on devrait se rejoindre pour coordonner nos interventions / c'est tout / » (Retour au collectif 1 : L.345-353).

Pourtant, la discussion sur la confiance suggérait de s'interroger sur les rapports de dépendance (le conflit et le pouvoir) et la volonté de collaborer. Pour Baier, chercheur en psychologie,

Faire confiance à une personne, c'est se placer dans un état de dépendance ou prolonger un état de dépendance à l'égard de la compétence et de la bonne volonté de cette personne. C'est accepter d'être vulnérable et admettre que le dépositaire de sa confiance exerce un pouvoir sur soi ou sur quelque chose d'important pour soi. (Baier, dans André et Canto-Sperber, 2004, p. 354)

Dans l'incertitude de la relation interpersonnelle, la confiance et le pouvoir s'entremêlent. Le pouvoir est en effet déterminé par la zone d'incertitude et la capacité des acteurs à la contrôler. Or, dans la simulation, les interlocuteurs, les attentes, la communication, les ressorts de la dynamique d'équipe, les connaissances et les compétences du métier d'autrui, sont autant de sources d'incertitudes vécues par les étudiants-acteurs, ce qui limite la confiance et restreint les échanges. Car faire confiance, c'est prendre des risques. Faire confiance à un collaborateur qu'on connaît peu et dont on ne maîtrise que partiellement le travail, c'est prendre des risques plus grands encore :

Le rapport subjectif au travail suppose [...] de faire l'expérience de sa propre vulnérabilité dans la lutte pour sa propre identité et des attentes concernant la reconnaissance loyale de sa propre contribution par les autres (pairs, chefs, subordonnées et clients). (Dejours et Gernet, 2012, paragr. 18)

Dans notre dispositif de recherche, les étudiants prennent le risque de dire leurs maladresses, leurs insuffisances, leurs échecs, mais aussi, leurs manières d'agir. Ils engagent leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes, vis-à-vis d'autrui et par voie de conséquence, leur confiance à autrui. Or, si la confiance existe, le risque est limité. C'est en substance ce que suggérait l'ESI : mener un débat éthique sur la confiance, conçue comme le bénéfice des interrelations que les sujets entretiennent entre eux, pour le patient. L'ESI invitait les participants du retour au collectif à se considérer comme solidairement responsables c'est-à-dire, à être individuellement et conjointement responsables du projet de soins du patient. Mais la question de la responsabilité partagée a exacerbé les tensions ce qui a poussé les étudiants à se détourner de la dispute interprofessionnelle. Car la responsabilité interroge aussi la compétence. La compétence peut se définir par la « prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté », et par la « faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité » (Zarifian, 1999, p. 77). Il est ainsi probable que les compétences, encore mal construites, fragiles et naissantes, ont donné la préférence à la sécurité. Les étudiants auraient pu choisir l'extension de leurs capacités en décidant que leurs limites étaient l'occasion de développer une connaissance, une activité nouvelle. Être engagé dans le collectif n'a en effet pas la même dimension que de s'engager. La première forme invite à une passivité tandis que la deuxième invite à une reprise d'initiative qui révèle au sujet une identité personnelle en situation, ce qui lui assure une forme de sécurité au travail. Clot dit ainsi, en référence à Canguilhem, « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes » (Clot, 2013, p. 25). Il est probable, là encore, qu'un travail interprofessionnel liminaire à la simulation, conçu dans un dispositif d'apprentissage étagé, permettrait de générer de la confiance entre les étudiants à la faveur du développement des compétences collaboratives interprofessionnelles.

3.7. La volonté d'agir

Le manque de confiance entre les collaborateurs est un frein à la CIP mais le manque d'effort rapporté par le retour au collectif s'invite dans le débat :

IDE : « [...] Je trouve que Thibault heu / je pense qu'il a même pas envie de prendre ces données-là / enfin les informations que Nathalie elle donne parce que / pour heu (.) je pense que ça le concerne pas / il va pas prendre les bonnes informations / finalement

/ vu qu'on a l'impression que ça concerne que Jérôme (.) ça pourrait concerner les deux » (L.196-200)

MK : « En fait / au bout d'un moment / ça devient compliqué parce que y a Candice qui dit que ces données la concernent pas ou qu'elle ne connaît pas et après / y a les IDE qui vont eux-mêmes cloisonner heu / leurs informations / en estimant soit que ça les concerne pas / soit que c'est pas leur domaine [...], soit ça vient des autres qui pensent pas que ça nous concerne / soit ça vient de nous-mêmes en disant / je n'ai pas de choses à dire là-dessus » (L.201-204).

MK : « [...] du coup / c'est un cercle vicieux parce que si nous / on considère que on n'a pas à avoir les informations du domaine médical et des soins infirmiers et cetera / du coup / les infirmiers / ils vont pas se sentir concernés par ce qu'on a à dire et du coup inversement et cetera (.) c'est un cercle vicieux quoi ! ↑ »

MK : « [...] là je vois bien une fermeture au final. Chacun parle infirmier / infirmier et kiné / kiné (.) on dirait presque que l'autre profession est désintéressée par ce qui se dit (.) quand Candice elle dit / le médical voilà / moi / je gère pas trop / on dirait qu'elle a pas essayé d'écouter pour au contraire après / être efficace » (L.208-217)

MK : « [...] D'ailleurs / quand Nathalie parle / Candice tourne les feuilles (.) parce que ça ne la concerne pas du tout et elle n'écoute pas » (L.223-224)

IDE : « [...] clairement / on sentait qu'il y avait un clivage entre les deux professions parce que ni l'un ni l'autre ne faisait l'effort d'aller voir les professionnels qui œuvraient pour le même patient dans la prise en charge globale (.) [...] c'est aussi un effort que chaque professionnel doit faire pour aller vers les autres [...] » (L.303-307)

IDE : « [...] Ils œuvrent pour un même patient dans la prise en charge et ben / ils ne font pas l'effort de s'appeler / de coordonner les interventions » (L.312-313).

MK : « Moi je pense que ça vient / de ce qu'on disait tout à l'heure heu / on sait pas les limites des connaissances des autres et du coup ça nous bloque / et on reste sur des connaissances qu'on saura / et puis voilà ↓ » (Retour au collectif 1 : L.252-254).

La collaboration interprofessionnelle est volontaire (D'Amour et al., 1999). C'est l'idée qui émerge de la « dispute » entre étudiants. Certains chercheurs affirment que le travail d'équipe imposé génère des échanges et la poursuite de buts personnels (Marcel et al., 2007) tandis que la collaboration volontaire engage plus les participants dans les projets, et favorise leurs constructions autour de buts communs (Hargreaves, 1994). Car le travail collaboratif n'est pas donné. Il nécessite des efforts. La littérature rapporte l'idée que les premières expériences de collaboration interprofessionnelles déterminent positivement ou négativement le style d'interactions des individus et leur engagement dans la pratique collaborative (O'Carroll et al., 2016). Le « **cercle vicieux** » pourrait ainsi devenir vertueux si les expériences éducatives envisageaient l'apprentissage collaboratif dès la première année d'études. La responsabilité des formateurs serait alors engagée : si les étudiants considèrent les rencontres, les activités pédagogiques interprofessionnelles comme une perte de temps, il est possible qu'ils ne s'engagent plus, à terme, dans la démarche collaborative. À l'inverse, des expériences positives leur permettraient de prolonger le travail collaboratif au-delà de leurs études.

Mais le désir de collaborer ne peut trouver ancrage que dans le sens donné à l'action collaborative.

3.8. Sens et réflexivité

La question du sens est constitutive de la volonté. C'est l'une des conclusions apportées par un membre du collectif. Il avance la nécessité de clarifier non pas l'exercice lui-même mais le sens de la collaboration interprofessionnelle pour favoriser l'engagement des acteurs. L'intérêt de la CIP indentifié et clarifié, les acteurs donneraient sens à la construction du projet :

MK : je pense que ça n'a pas été trop fait dans les vidéos / enfin / l'intérêt de l'interdisciplinarité et de travailler ensemble / mis à part / je pense / Maxime qui a bien compris l'intérêt pour le patient / on voyait pas trop comment est-ce que / en partageant l'intérêt que ça pouvait avoir pour la prise en charge / du coup / ils le faisaient pas parce qu'ils voyaient pas l'intérêt donc / peut-être ramener ça sur le devant de la scène / pourquoi on fait ça et du coup / ça serait plus fait parce que lui / Maxime / il a bien compris l'enjeu » (Retour au collectif 2 : L.317-324).

La volonté d'agir et le sens attribué à l'activité comptent donc dans l'engagement. Et pour reprendre Clot, il n'y a pas d'engagement possible « si on n'y met pas du sien ». Et si on n'y met pas du sien, on ne peut devenir « unique en son genre ». Mais de quel genre s'agit-il quand on est néoprofessionnel et que le travail nous engage dans le genre d'autrui ? Profondément social, intimement individuel, comment parlent les métiers (le sien et celui des autres) aux étudiants engagés dans la simulation puis, dans les débats ? Comment se reconnaître dans un métier qui n'est pas le sien ? Il est difficile d'y mettre du sien si le travail engagé n'a pas de sens. Les étudiants rapportent la difficulté de comprendre et de faire coexister plusieurs niveaux de sens : le sens des concepts sollicités, les sens de l'exercice de simulation et le sens des activités. Or,

Vidée de son sens, l'activité du sujet se voit amputée de son pouvoir d'agir quand les buts de l'action en train de se faire sont déliés de ce qui compte vraiment pour lui et que d'autres buts valables réduits au silence, sont laissés en jachère. (Clot, 2008, p. 13)

Clot parle alors de « dévitalisation de l'activité » (2008, p. 13). L'activité dialogique permet à l'étudiant d'évaluer si ce qu'il fait est en cohérence avec « ce qui compte réellement pour lui » et si les buts sont « valables ». La réflexion de Clot fait naître un conflit d'ordre éthique : l'individu n'est pas insensible à ce qu'il fait ; il hiérarchise les buts auxquels il attribue des valeurs différentes. C'est ainsi que les étudiants considèrent que certaines

activités comptent plus que d'autres et décident d'agir, ou de ne pas agir. Si les valeurs guident les raisonnements et les comportements, elles sont donc porteuses de sens. Or, le non engagement des étudiants a annihilé toute confrontation des valeurs individuelles et collectives. Cette paralysie de l'action a ainsi entraîné une « ignorance réciproque qui nourrit le déni et l'impossibilité de donner à voir et de mutualiser les compétences et les pratiques » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 44). Quelle que soit la dimension de sens engagée dans l'interprofessionnalité, le rôle des formations initiales est de convoquer des temps de travail communs pour susciter des réflexions autour des valeurs engagées dans l'action collaborative sur une base identitaire commune : le soin porté au patient. Créer collectivement du sens et une compréhension commune des situations visent à consolider un sentiment d'appartenance à un monde commun et à faire naître l'idée que chacun a sa place et un rôle à jouer dans le collectif interprofessionnel. Une telle démarche vise aussi à limiter les tensions inhérentes au travail interprofessionnel.

3.9. Tensions et conflits interpersonnels

Les échanges ont, de part et d'autres des simulations, des ACC et des retours au collectif d'étudiants, mis au jour des tensions, des rapports de force, voire, des conflits :

IDE : « Il y a quand même un rapport de force où on sent vraiment / enfin / voilà / qu'il n'y a pas d'échanges entre eux / de collaboration entre les deux / il y a quand même vraiment un rapport assez frontal » (Retour au collectif 1 : L.596-598).

La dispute professionnelle n'a pas pour but de générer des conflits mais plutôt le débat. Nous employons le terme « conflit » dans le sens d'impossibilité, le conflit ne se manifestant pas forcément par une lutte ouverte entre les protagonistes. Certains chercheurs justifient les conflits par l'interdépendance et la rareté des ressources (Hampton et al., 1978). Pour eux, le conflit s'amorce lorsque deux parties ou plus, sont dans une situation d'interdépendance et ont besoin de se partager des ressources rares. L'interdépendance est ici manifeste puisque chacun dépend de l'autre pour construire le projet de soins. Les ressources sont non seulement considérées comme des ressources matérielles, mais aussi, des ressources comme le statut, le prestige et le pouvoir (Hampton et al., 1978). La question de la hiérarchie est un élément isolé dans l'analyse. Seule Nathalie, la plus âgée des étudiantes infirmières, considère que l'initiative de la prise de parole par l'EMK se justifie « **parce que quand même, elle est kiné** ». Elle ne fait pas de ce statut une source de conflit mais une forme de sujétion évidente et acceptée. Une ESI regrette qu'il y ait eu « **un peu d'imposition** » de la

part des EMK mais il est difficile de savoir si ce regret est nourri par des conflits de statut. Inversement, une EMK déplore n'avoir pas assez développé la partie rééducative de la prise en soins alors qu'il a « **carrément** » été question de mettre une IDE à domicile, donc, d'envisager tous les soins possiblement réalisables par cette professionnelle. Ce rayonnement de l'IDE a sans doute mis à mal le prestige du métier MK. Ce que révèlent ces regrets, c'est aussi que les attentes non satisfaites, les hypothèses non prononcées peuvent donner naissance à des tensions liées à une frustration personnelle. Or, sur les huit étudiants engagés dans ce dispositif, six disent clairement et ouvertement leur frustration, leurs empêchements, leurs regrets. Ainsi, c'est bien dans la capacité d'agir qu'il faut chercher des antidotes à la frustration.

Rajoutons cependant que les causes subjectives des tensions et des frustrations sont difficiles à cerner car leur expression reste « subliminale ». L'analyse des *verbatim* met plus clairement au jour d'autres sources de tensions entre les différents néoprofessionnels. Nous avons largement développé le conflit de buts, la dichotomie entre sens et efficacité, liés au fait que les sujets établissent chacun leurs propres visions et leurs objectifs en lien avec la tâche. Le manque de clarté et de compréhension mutuelle des rôles a aussi conduit à des débats à propos de la répartition des tâches et de la possibilité, ou non, de les réaliser :

« Ce qui est intéressant dans l'échange c'est que tout le monde part du principe qu'on a / en tant que professionnelle / la connaissance des limites du champ de compétence des autres professionnels alors moi / je me disais qu'en tant qu'étudiante / je sais pas où se limitent les compétences des infirmiers et que potentiellement / les informations que je vais leur donner leur serviront / je ne sais pas comment mais / c'est eux que ça regarde quoi / et donc heu (rires collectifs) / c'est moi qui limite l'échange en fait / à la personne / parce que c'est rassurant de parler avec quelqu'un dont on connaît le champ de compétences / mais on sait pas ce qui va servir ou pas au kiné ou à l'infirmier » (Retour au collectif 1 : L.178-186).

Exprimée sous forme de boutade pendant un retour au collectif, cette occurrence est une photographie assez nette des échanges. Que deviennent les informations une fois transmises ? Ne connaissant pas les limites des métiers de leurs collaborateurs, les données deviennent le problème de l'Autre. C'est ainsi que les tensions s'invitent au débat : des étudiants ont en effet vécu de façon injuste le partage de certaines compétences, ce que le collectif a analysé comme une volonté personnelle de « **s'accaparer le patient** » :

« [...] Et c'est dommage de prendre petit bout par petits bout le patient / et essayer de se l'accaparer » (Retour au collectif 2 : L.71-72) ;

« On a l'impression dans son discours / enfin / en tout cas / elle [l'infirmière] a répété plusieurs fois cette place / c'est spécifique infirmier / comme si elle voulait s'accaparer le patient » (Retour au collectif 1 : L.74-75).

Il apparaît ici que certains étudiants poursuivent leur but de manière « compétitive » ou sous le joug de la menace de la perte, entraînant des luttes de pouvoir mortifères pour l'agir. On ne renonce pas si facilement à perdre du terrain sur son genre professionnel et sur les activités qui lui sont, *a priori*, inhérentes...

Le conflit questionne ici le sujet qui nous préoccupe : l'interdépendance des tâches entre les différents paramédicaux. Le manque de clarté et de clarification signe les désaccords (parfois latents) parmi les membres du collectif au sujet du contenu des tâches à exécuter. Ces limites approximatives et les différences de points de vue des acteurs génèrent des conflits de tâche. Mais l'analyse des *verbatim*s rapporte aussi des conflits relationnels qu'il faut mettre en lien avec le concept de personnalité.

3.9.1. Conflits relationnels et traits de personnalité

Les conflits relationnels sont constitutifs de la dynamique d'équipe, elle-même régulée par les CCIP plus ou moins acquises par ses membres. Or, l'approche de ces compétences est essentiellement cognitive. Elle postule que les connaissances et les habiletés nécessaires pour collaborer peuvent être acquises par l'apprentissage. C'est le cœur même de notre sujet. Pour expliquer les interrelations – conflictuelles ou non –, une autre approche semble nécessaire. Il s'agit de l'approche psychologique par les traits de personnalité. Nous avons conscience ici du dépassement de cadre cependant, cette dimension est largement relayée par le discours des étudiants, ce qui nécessite un détour.

Dans notre revue de littérature, nous avons évoqué le lien entre traits de personnalité et collaboration. Faucheux et Moscovici (1971) expliquent la cohésion des groupes par la théorie de l'attraction – dont les traits de personnalité sont constitutifs –, tandis que pour Rotter (1971, dans Karsenty, 2013), les prédispositions individuelles à faire confiance relève de ces mêmes traits. Bailly et Léné (2015) donnent à la compétence transversale, entre autres terminologies, le nom de « traits de personnalité ». Enfin, pour Dubar, la professionnalité fait écho à la personnalité. C'est « un modèle d'action mettant au cœur de la qualification, non seulement l'expérience professionnelle et les qualités personnelles [...] mais aussi une conception éthique de la profession vécue comme un engagement de toute la personnalité » (Dubar, 1887, p. 7). Pour ces auteurs, les traits de personnalités modulent les interactions et

signent l'engagement des acteurs, leurs choix, dans les interactions professionnelles. Cependant, pour Murphy, (1995, dans Ben Maaouira, 2017), les traits de personnalité influencent peu le fonctionnement de l'équipe. Pour le chercheur, seul le résultat compte. Notre analyse tend à montrer que, au contraire, les traits de personnalité sont pour beaucoup dans les interactions, la dynamique collaborative et la qualité des échanges interprofessionnels.

IDE : « **Elle [Nathalie] n'a pas réussi à prendre sa place / ben (2s) / elle aurait voulu présenter le patient / elle a pas pu le faire (.) / je sais pas pourquoi elle l'a pas fait :: mais ::** » (Retour au collectif 1 : L.10-11)

IDE : « **Elle [Nathalie] n'a pas osé demander si elle pouvait présenter le patient** » (Retour au collectif 1 : L.15-16)

MK : « **[...] Peut être que / elle galérait [Nathalie] (rires collectifs) (2s) / elle a pas voulu s'imposer / après je sais pas / c'est (.)** » (Retour au collectif 1 : L.26-27)

MK : « **C'est peut-être pour ça qu'elle a pas osé couper Candice / ou prendre la parole à un moment donné /** » (Retour au collectif 1 : L.58-59)

MK : « **[...] Y a quand même un positionnement de Nathalie qui est passif par rapport à ce que dit Candice / en tous les cas dans la situation /** (Retour au collectif 1 : L.97-98).
Chercheuse : vous la trouvez passive dans la situation ?

MK : **Ben quand Candice intervient / ouais /**

MK (autre) : **On sent que Candice / elle s'empare facilement du leadership et que ça soit à ce moment-là / ou après dans le film (2s) / elle coupe la parole / elle disait /**
Chercheuse : Comment vous pouvez l'expliquer ?

IDE : **C'est peut-être sa personnalité / parce que c'est souvent qu'on la voit prendre le dessus sur la discussion /**
Chercheuse : Sa personnalité ?

IDE (même) : **C'est peut-être ça**

MK : **Peut-être qu'elle se sent plus à l'aise que Nathalie / qu'elle a plus d'idées / plus de :: heu ::** » (Retour au collectif 1 : L.98-108)

IDE : « **Quand Nathalie / elle parle au début / enfin elle dit qu'elle n'a pas osé prendre la parole / alors si elle avait demandé / ben enfin / est-ce que là tu veux prendre le relai ? / elle aurait plus osé plus parler / que là** » ↑ (Retour au collectif 1 : L.140-142)

MK : « **[...] Et du coup / ben / dans son attitude / on voit que même / si / enfin / enfin qu'elle est pas heu / enfin / elle s'adresse elle aussi plus à son confrère / et / heu / d'une façon / beaucoup plus heu / douce / et enfin très / enfin / assez réservée /** » (Retour au collectif 1 : L.153-156)

MK : « **[...] Elle [Nathalie] passe au second plan / elle se positionne au second plan / donc / en fait / elle a l'intention de vouloir prendre la parole mais n'ose pas la prendre / peut-être / la parole heu / comme Candice prend tout de suite la parole / elle est pas à l'aise** » (Retour au collectif 1 : L.573-576).

Le débat des étudiants se concentre autour des tours de parole entre Nathalie (IDE) et Candice (MK), les deux professionnelles du SSR. Les personnalités des professionnelles sont interrogées. Nathalie fonctionne plutôt sur un mode introverti. Elle « **n'ose pas** » prendre la parole, « **couper** » son interlocutrice, elle se met au « **second plan** », elle n'est

pas « à l'aise », elle s'adresse à son collègue d'une « **manière douce et enfin très / enfin assez réservée** ». Tous ces éléments, récurrents dans cet échange, font des hypothèses sur le comportement jugé « passif » de Nathalie. Les participants au débat ne sont pas certains de ce qu'ils avancent et redoutent sans doute des jugements de valeur hâtifs. Certains professionnels partagent l'idée que Candice est un leader naturel – « **c'est sa personnalité** » – dont l'aisance « **empêche** » Nathalie, tandis que pour d'autres, « **elle a plus d'idées** ». Une IDE suggère que la MK aurait pu signifier verbalement son tour de parole à Nathalie pour l'engager à parler, tandis qu'un MK remet en question ses connaissances, qui pourraient justifier sa difficulté. L'échange montre l'hétérogénéité des profils de collaborateurs. Extravertie, Candice sait imposer son point de vue tandis que Nathalie, respectueuse des tours de parole jusqu'au retrait, ne parvient pas à trouver sa place dans l'équipe. Le débat sur les personnalités s'impose aussi autour du comportement de Maxime :

« [...] **C'est des individualités aussi qui peuvent réussir à le faire et justement / on voit peut-être Maxime qui avait déjà sûrement cette faculté-là de recevoir le discours / de produire un discours compréhensible pour tout le monde / ouais / il a sûrement des compétences en leadership / ou en communication qui doivent lui permettre de / déjà se faire comprendre (...) / sinon / il faut réussir à l'appréhender (.) / et on l'appréhende pas en cours / ou en discuter / :: ou :: » (Retour au collectif 2 : L.285-291).
 Chercheuse : vous voulez dire que Maxime a des qualités intrinsèques ?
MK : ouais / sûrement
MK : « Je pense que tu as raison / il a des qualités intrinsèques / mais chacun y va avec son leadership ben (...) / c'est un petit peu en fonction de son caractère [...] » (Retour au collectif 2 : L.292-295).**

Le leadership « naturel » de Maxime est avancé comme justification à son comportement. Les étudiants emploient indifféremment « **individualités** », « **faculté** », « **compétence** », « **qualités intrinsèques** » et « **caractère** » pour évoquer les traits de personnalité des étudiants-acteurs. L'un des étudiants met en relief, dans le même temps, l'approche cognitive et l'approche psychologique de la dynamique collaborative. Il affirme que si les individus ne possèdent pas intrinsèquement certaines compétences collaboratives, elles ne sont cependant pas « appréhendées » en cours. Il voudrait faire des propositions mais se trouve sans doute « bloqué » entre les deux approches. Il devine le décalage entre les qualités intrinsèques (dont il soupçonne le caractère stable) et les enseignements possibles. Il ne parvient pas à achever son argumentation. Ainsi, la clarification de la dimension psychologique des interrelations fait l'objet de la partie suivante. Elle se réalise par l'étude des traits de personnalité.

3.9.2. Les traits de personnalité comme compétences sociales du travail collaboratif

Définir la personnalité est complexe cependant, le concept n'est pas ici objet de débat. Hansenne (2006), acteur majeur de la psychologie de la personnalité dans les pays francophones, explique que les déterminants biologiques, génétiques, environnementaux interagissent de manière subtile et complexe, ce qui confère une stabilité – relative – de la personnalité au cours de la vie. Unique, l'individu se définit par des traits généraux qui signent un ensemble de prédispositions comportementales, d'implications affectives, cognitives et motivationnelles, aussi, l'expression d'un trait de personnalité ou d'un autre dépend – en partie – des caractéristiques du contexte. C'est ainsi qu'il existe actuellement un système taxinomique capable de mesurer ces traits. Nous renvoyons la définition des traits de personnalité au consensus actuel qui adopte le modèle du *Big Five Inventory* (BFI) développé par John et ses collaborateurs (1991). Traduit en français, le BFI-Fr (Plaisant et al., 2010) comporte 45 *items*. Les traducteurs ont tenté de respecter les propriétés psychométriques au plus près de l'original. Cet outil repose sur des adjectifs de traits connus pour être des marqueurs prototypiques de cinq grandes dimensions de la personnalité. Ces dimensions se traduisent par une lettre associée à une série de termes explicatifs qui synthétisent la dimension : E (Extraversion, Energie, Enthousiasme) ; A (Agréabilité, Altruisme, Affection) ; C (Conscience, Contrôle, Contrainte) ; N (Névrotisme/Neuroticisme, Emotions Négatives, Névrosisme, Nervosité) ; O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit). Chaque dimension comporte des *items* orientés vers deux pôles, l'un positif, l'autre négatif. Le pôle positif est dit « élevé » et le pôle positif « bas », ce qui les oppose ; (Annexe n°24).

L'Extraversion signe un dynamisme exacerbé au contact d'autrui. Les traits de personnalité orientés vers le pôle positif de cette dimension sont la sympathie, la communication, l'enthousiasme et la capacité à décrire les expériences positives vécues avec démonstration, émotions et force détails. L'Extraversion a la capacité de déclencher et de guider des formes de comportement adaptatif et expressif comme l'optimisme, l'entrain, le dynamisme, l'enthousiasme. Le pôle bas caractérise l'introversion, la réserve, le retrait social, le silence, la timidité, le repli sur soi, le faible enthousiasme et un contrôle important des impulsions. L'Agréabilité partage une forte composante interpersonnelle avec l'Extraversion. L'Agréabilité concerne les relations avec autrui et renvoie essentiellement à la tonalité des interrelations. Le pôle haut d'Agréabilité décrit la tendance à privilégier les besoins d'autrui au détriment des intérêts individuels. Les individus dotés de ces traits de personnalité

cherchent la concorde avec l'entourage, sont coopératifs, adaptables, altruistes et sont capables de déployer temps et énergie pour les autres. Accommodants, ils cherchent la conciliation et le consensus dans les conflits et dans les antagonismes interpersonnels, sont capables de renoncements pour éviter le conflit et éviter de blesser autrui. Le pôle bas de cette dimension signe des individus compétitifs, autocrates, belliqueux. L'entente avec les autres n'est pas une préoccupation personnelle, les individus visent plutôt leurs propres objectifs, sans compromis et sans se préoccuper des conséquences sur autrui, dont ils doutent parfois des intentions. La Conscience décrit la détermination d'un individu à atteindre son but. L'individu consciencieux possède une capacité à contrôler, à réguler et à diriger ses impulsions. Il est ordonné, organisé, fiable. Le pôle élevé de Conscience montre des individus responsables et travailleurs, capable de produire sur le long terme. La distraction n'est pas un obstacle aux buts poursuivis. Le versant bas de cette personnalité montre des individus enclins à réagir à court terme, à ne pas « tenir » les objectifs et à abandonner des projets par la seule distraction que peut leur offrir d'autres activités plus attractives. Peu organisés, ils passent plutôt d'une tâche à l'autre sans achever, ni l'une ni l'autre. Le Névrotisme, constitutif des émotions négatives, décrit la réponse de l'individu au stress. Le pôle haut de névrotisme signe le doute, l'insécurité, la capacité de l'individu à ressentir des émotions négatives en cas de stress ce qui l'empêche de dépasser certaines situations problématiques. Le pôle bas, à l'inverse, autorise les individus, plus confiants, à trouver des ressources personnelles, à parvenir à gérer leurs émotions et à résoudre des problèmes. Enfin, l'Ouverture admet des traits de personnalité qui permettent à l'individu de conceptualiser à partir de théories abstraites. L'individu est capable de débats, de créativité et de projection. Toute expérience est stimulante et enrichissante et permet à l'individu d'adopter un point de vue nouveau. Le versant bas de cette dimension entraîne au contraire inconfort et insécurité. Ancrés dans la réalité concrète, les individus concernés attendent des applications pratiques plutôt que des concepts. Peu créatifs, ils préfèrent rester dans leur zone de confort plutôt que de tenter des expériences nouvelles.

En 2007, une méta-analyse suggérait que la performance d'une équipe était reliée aux traits de personnalité de ses membres (Bell, 2007, dans Pigeon et al., 2012). Ainsi, les individus dotés d'un esprit consciencieux haut adoptent davantage des comportements reliés à l'achèvement de la tâche, à la résolution de problèmes, à la planification et à l'organisation (Marks et al., 2001, dans Pigeon et al., 2012). De plus, ils entendent les besoins de leurs coéquipiers qu'ils aident lorsque c'est nécessaire (Porter et al., 2003, dans Pigeon et al.,

2012.). L'esprit consciencieux dans l'équipe est ainsi relié au soutien interpersonnel, à la gestion du travail et à la performance de l'équipe. L'auteur rapporte aussi qu'un haut niveau d'amabilité favorise la confiance et que les individus « aimables » sont de bons facilitateurs sociaux, ce qui maintient l'harmonie sociale et réduit la compétition intra-groupe (Hurtz et Donovan, 2000, dans Pigeon et al., 2012). Au contraire, un « acteur » désagréable peut briser l'harmonie du groupe et entraîner des comportements contre-productifs qui nuisent à la performance de l'équipe (Bell, 2007, dans Pigeon et al., 2012). Enfin, l'ouverture joue un rôle clé lors de situations complexes. Ces situations demandent en effet la gestion simultanée des tâches et des relations interpersonnelles (Griffith et Hesketh 2004, dans Pigeon et al., 2012.). La flexibilité des individus ouverts à l'expérience favorise ainsi la performance d'équipe, le soutien interpersonnel et la gestion du travail.

Nathalie semble ne pas avoir développé la compétence « leadership collaboratif ». Inscrite dans le genre professionnel AS qu'elle prolonge dans son nouveau genre IDE, elle interagit sur le pôle « élevé » de la dimension Agréabilité. Coopérative, respectueuse, elle se prête au jeu de la répétition – et des reproches des professionnels HAD-R – pour s'assurer de la compréhension de tous. Dans sa quête de maintenir un climat acceptable, d'aplanir les tensions, elle reste en retrait et n'ose pas intervenir ou monopoliser la parole. Désintéressée, elle porte le projet de vie du patient et fait des efforts non payants pour valoriser ses CCIP. En réalité, ses tentatives de prises de parole sont réduites à néant par les traits de personnalité de Jérôme qui, malgré lui, musèle ses collaborateurs. Jérôme interagit sur le pôle « élevé » de la Conscience. Déterminé et organisé, il mobilise toute son énergie pour atteindre son but – même s'il se fourvoie. Sa force de conviction, ses capacités de persuasion affluent ici et sont telles qu'il est suivi de tous, parfois à contrecœur. Il impose sa méthode et ne se laisse pas détourner de son projet. Candice manifeste un niveau d'Extraversion élevé. Elle communique facilement et commence l'exercice avec beaucoup d'enthousiasme. Elle rend les échanges vivants et montre beaucoup d'engagement positif. Cependant, elle ne peut résister à la détermination de Jérôme et finit par céder à sa méthode, tout comme Thibault. Bon camarade, adaptable et distractible, il crée une véritable connivence avec Jérôme qu'il suit en toute circonstance. Son niveau bas de conscienciosité ne lui permet pas d'envisager de s'opposer à Jérôme, tout occupé qu'il est à répondre à la prescription et à poursuivre son but. Sans doute peu organisé, il profite du potentiel organisationnel de l'outil HAD-R pour faire l'économie de penser une autre alternative. Enfin, la vision sociologique de la communication interindividuelle, nous invite à penser que Thibault (comme Mariya) cède

au procédé de « pression à l'inférence, qui amène à prendre position rapidement face à ses interlocuteurs pour en obtenir la reconnaissance et l'adhésion » (Moscovici, dans Haas et Jodelet, 2007, p. 121). Dans le second groupe, les traits de personnalité ont aussi modulé les échanges. Maxime, semble cumuler plusieurs traits de personnalité dans leur pôle positif : l'Agréabilité, l'Ouverture et la Conscience. Coopératif, adaptable, ouvert, il est capable de conceptualiser, de prendre du recul et d'analyser dans et sur la situation. Il fait preuve d'une grande stabilité émotionnelle (pôle bas du Névrotisme) qui lui permet de recentrer les débats et de limiter les tensions entre Meriem et Éliisa. Il peut ainsi composer avec tous les interlocuteurs. Organisé, fiable, il se fait leader positif mais ses velléités sont freinées par les traits de personnalité de Meriem, qui semble interagir sur le versant bas de l'Agréabilité. Meriem revendique son territoire. Tout empiètement devient conflictuel. Elle doute des intentions des collaborateurs – en particulier d'Éliisa – avec qui elle échange, suspicieuse, sur un mode interrogatoire, ce qui cristallise les tensions. Ses traits de personnalités semblent se heurter à ceux d'Éliisa qui témoigne d'un haut niveau d'Ouverture et de Conscientisation. Capable de conceptualiser, de se projeter, cette étudiante pose souvent les questions pertinentes qui font avancer le débat, mais bute sur les contre-propositions systématiques de Meriem. La créativité d'Éliisa, souvent déployée dans les échanges, est mise à mal par l'esprit belliqueux de Meriem. Mariya, qui semble fonctionner sur le pôle bas de l'Extraversion prend ainsi très peu part aux débats. Plutôt introvertie, elle choisit le retrait et évite tout conflit. Elle se rallie plutôt à la vision de la majorité.

Le conflit relationnel est ainsi en lien avec l'identité de l'individu. Dans les échanges interpersonnels entre les étudiants, il se manifeste par des sentiments de frustration, de colère, de méfiance, d'animosité, d'hostilité, d'agressivité, de crainte et de rancune. Dans l'impossibilité de faire avancer le projet collaboratif un étudiant avoue, en se regardant agir : « **là, je leur en veux encore** » (ACS : L.235, Maxime). Comment composer avec les traits de personnalité dans la mise en œuvre de l'EIP ? « Une condition de base d'une formation interprofessionnelle réussie réside dans le respect, par les apprenants, de l'individualité, des différences et de la diversité au sein des groupes professionnels et entre ces groupes avec lesquels ils apprennent et collaborent » (Sottas et al, 2016, p. 17). Il semble ainsi nécessaire de penser la capacité des facilitateurs à gérer les débats inhérents aux traits de personnalité, sur lesquels l'enseignement ne peut pas agir. La dimension cognitive de la dynamique du groupe interprofessionnel peut en effet être déployée par l'apprentissage contrairement à la dimension psychologique liée aux traits de personnalité.

3.9.3. Les conflits de processus

Ce type de conflit est lié à la coordination des soins, donc au processus engagé dans la mise en œuvre du projet de soins partagé. Qui doit faire quoi ? À quel moment doit-il le faire ? La répartition des tâches engage surtout le débat lorsqu'une EMK propose une organisation au regard des soins IDE et MK, ce qui est inconcevable pour une ESI, dépossédée de son pouvoir d'agir et de ce qu'elle pense être son domaine exclusif de compétences.

« **Et là voilà / là c'est pareil !** (sourires) **le kiné dit / ben vous les infirmières / il faut que vous passiez enfin / il faut passer sept fois par jour pour le sondage / oui mais ça c'est notre partie à nous en fait !** » (sourire) (ACS : L.226-228, Meriem).

« **Là / par exemple / c'est un moment où la kiné parle des prescriptions médicales /** (grimace interrogative marquée)
Chercheuse : et ça vous pose problème ?
Meriem : ben c'est pas que ça me pose / enfin / [...] / mais je sais pas / je pense que les prescriptions / c'est plus côté infirmiers du coup / par rapport à la coordination avec les médecins / avec les kinés enfin je veux dire à ce moment-là concernant l'évaluation et le réajustement des traitements / on sert à quoi ? » (ACS : L. 175-182, Meriem)

En réalité, ce conflit de processus est encore lié aux méconnaissances des ESI et des EMK engagés dans l'action. Notre analyse montre aussi que les outils (le recueil de données HAD-R), pensés comme des facilitateurs par la chercheuse, deviennent des freins pour ceux dont les CCIP sont les moins développées. Incapables de se détacher de la prescription, les étudiants n'ont pas pu, n'ont pas su exercer leur créativité. Ce conflit de processus ouvre la dispute interprofessionnelle sur la préparation de l'exercice de simulation et en particulier sur l'appropriation des outils en amont de l'exercice. Les participants disent la nécessité d'apprivoiser les règles et les procédures, les outils et les grilles ensemble, bien avant la simulation. Ils disent aussi la difficulté de considérer autrement l'exercice que comme un exercice scolaire. Malgré la fin de formation, ces néoprofessionnels vivent encore à la frontière entre la formation et l'activité professionnelle.

3.9.4. Composer avec les conflits

La compétence « résolution de conflits interpersonnels », qui n'a pas été explorée dans la partie quantitative de notre travail, émerge de la simulation et des débats interprofessionnels. L'énoncé de compétence définit la « résolution de conflits interpersonnels » en ces termes : « Les apprenants et les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant de leur part que de celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir » (CPIS, 2010, p. 19). Le référentiel rajoute

la nécessité, pour toutes les personnes engagées dans les soins, de savoir régler leurs différends. Il signale également que le terme « conflit positif » peut signifier des divergences d'opinions, jugées saines. Ces divergences sont encouragées en tant qu'interactions constructives. Elles doivent faire l'objet d'un enseignement et prendre en compte la dimension psychologique des interrelations.

Les étudiants ont tenté de gérer leurs affects pendant l'exercice de simulation mais certains ont avoué leurs difficultés au cours des ACS et des ACC. Il est probable que les valeurs des uns soient rentrées en collision avec celles des autres mais c'est plus sûrement les styles interpersonnels qui ont généré ces sentiments. Comment les responsables pédagogiques¹⁴ peuvent-ils alors composer avec ces dimensions ? Si le conflit peut se définir comme « un processus dynamique qui se produit entre des parties interdépendantes lorsqu'elles éprouvent des réactions émotionnelles négatives à la perception de désaccords et d'interférences dans l'atteinte de leurs buts » (Hartwick et Barki, 2004, p. 8), l'enjeu est de profiter des avantages des conflits car les éliminer est illusoire. Encadré par des formateurs, le conflit engendré par la dispute interprofessionnelle ne peut devenir bénéfique que si ces professionnels de la pédagogie possèdent la capacité à bien les gérer, donc, y sont formés. Ces mêmes formateurs doivent assurer le respect des pluralités et limiter toute source de hiérarchisation ; il leur faut posséder la capacité à reconnaître la nature potentiellement positive des conflits et à identifier les situations susceptibles de mener à des différends relatifs aux rôles, aux responsabilités, aux contraintes hiérarchiques, aux méconnaissances et aux objectifs divergents des apprenants. Il faut aussi que les pédagogues, appuyés parfois par des psychologues et des sociologues, connaissent et maîtrisent des stratégies de gestion de conflits et établissent des procédures pour les résoudre. La question de la formation des facilitateurs doit ainsi être posée, tout comme celle de la participation de professionnels qualifiés, pour participer à la co-régulation de ce genre de dispositif d'apprentissage. Les facilitateurs doivent aussi créer des environnements propices à l'expression d'opinions différentes en permettant à tous les membres de l'équipe de sentir que leur opinion a été entendue, quel que soit le dénouement (CPIS, 2010). Étouffer les conflits pourrait bloquer toute opportunité de développer le pouvoir d'agir des individus. C'est en effet dans le conflit, quelle que soit sa nature, que la rupture avec une certaine réalité s'opère. Cette rupture met les collaborateurs en présence de l'enjeu réel du projet et le conflit est alors vécu comme une

¹⁴ Lire partout : formateurs, cadres pédagogiques, enseignants, facilitateurs

opportunité de développer leur pouvoir d’agir. Il peut devenir une source de renouvellement et se muer en élément déclencheur de progrès cognitifs et d’apprentissage. Gérer les disputes interprofessionnelles est ainsi, pour les formateurs, un enjeu que l’interprofessionnalité elle-même pourrait aider à soutenir. Envisager des enseignements interprofessionnels dès les premières années d’études en santé impliquerait nécessairement la participation de formateurs et de professionnels d’horizons différents. Les compétences de certains pourraient ainsi soutenir celles des autres.

CHAPITRE 4. CRÉATION DE NOUVEAUX BUTS ET PERSPECTIVES

4.1. Les nouveaux buts ou le développement des compétences

Le pouvoir d'agir est implicitement le pouvoir d'augmenter la capacité d'action. Notre dispositif tente de favoriser les conditions de son développement individuel, au service du collectif. Mais il ne suffit pas que les étudiants-acteurs s'engagent dans le processus d'analyse de leur activité pour que leur pouvoir d'agir soit augmenté. L'analyse des *verbatim* montre cependant la volonté des sujets de faire ou de refaire autrement :

« [...] **mais en tout cas / là / en me revoyant faire / je me dis / c'est ce que je pense / ce que je voulais faire / ou en tout cas / ce que je ferais maintenant en regardant la vidéo / [...]** » (ACS : L. 257-258, Maxime) ;

« **Là / finalement / j'ai l'impression qu'elle se rend compte et que si c'était à refaire / ils le referaient différemment** » (Retour au collectif 1 : L.707-708)

Aussi, le procédé génère recul et réflexivité :

IDE : un moment / quand il parle seul devant la caméra / ça permettait de voir enfin / qu'en revenant là-dessus ça permet d'avoir un regard extérieur

Chercheuse : vous êtes en train de dire que c'est parce qu'il a vu le film qu'il a pu recentrer ?

IDE : oui / c'est ce que j'ai compris en tout cas » (Retour au collectif 2 : L : 131-134).

L'extension du pouvoir d'agir des étudiants est manifeste. L'étudiant dont les compétences collaboratives sont les moins développées, Thibault, entraîne le collectif sur la voie du changement. Nul doute que l'exercice a éclairé son action et l'a dirigé vers d'autres possibles :

Thibault « Là je dirais / en interdisciplinarité / ça peut être une habitude mais là / on n'a jamais fait ce genre d'exercice / ce genre d'entraînement / c'est la première fois qu'on le fait / et du coup / quand on arrive à la fin / on voit comment on aurait pu faire et comment on pourrait faire si jamais ça doit nous arriver avec des professionnels /

Chercheuse : vous pensez que ça peut changer des choses d'ores et déjà ?

Nathalie IDE : oui / oui /

Thibault MK : oui / oui / (en hochant de la tête)

Jérôme MK : oui / complètement / ».

< Candice hoche positivement de la tête > (ACC 1 : L.648-656).

Lors des ACS, certains étudiants explicitent ouvertement d'autres solutions pour reconstruire ce projet tandis que d'autres néoprofessionnels les expriment par le regret ou le conditionnel. Frustrés, animés de colère, parfois belliqueux, c'est surtout les ACC et les retours au collectif qui font naître de nouveaux buts, ce qui canalise les tensions. Orientés d'abord sur la méthode – « **réaliser une chronologie** », « **commencer par le plus général** », « **commencer par le plus particulier** », « **ne plus utiliser le formulaire de**

recueil de données HAD-R », « **oser s'imposer** », « **parler de rééducation** », « **poser les règles du jeu** » – les étudiants envisagent de réaliser un projet commun centré sur les objectifs du patient pour assurer la continuité des soins. En toute fin d'exercice, les participants du retour au collectif évoquent le fondement même de la collaboration interprofessionnelle : travailler ensemble pour construire le projet de vie du patient. Le fond, la forme, le « comment » et le « pourquoi » sont ainsi convoqués à l'élaboration de nouveaux buts ce qui signe la nécessité d'en tenir compte dans les enseignements. Le « pourquoi » est sans doute le plus interrogé dans les débats. Il signe le dépassement des mobiles initiaux par les étudiants, le développement de nouveaux buts d'actions – des CCIP – donc, du sens. Le « comment » est un questionnement qui trouve une partie de sa réponse dans les réflexions des étudiants en particulier, dans leur manière de recueillir les données du patient. Les infirmiers se réfèrent plus volontiers au modèle conceptuel de Virginia Henderson parce que : « [...] / **nous on est habitué comme ça / depuis le début de l'école / on présente un patient / [...] tout ce qui est les besoins perturbés /** » (ACS : L.151-153, Mariya) tandis que les EMK font « **une anamnèse sur / comment il est / qui il est / d'où il vient / et ensuite [ils] cite[ent] les déficits** » (ACC : L.157-158, Candice). Les étudiants convoquent ainsi la création d'instruments nouveaux pour atteindre des buts, collectivement définis. En ce sens, ils s'inscrivent dans le développement de l'efficacité.

Faudrait-il envisager un modèle commun de recueil des données qui faciliterait la communication interprofessionnelle et qui favoriserait le travail d'équipe ? Faudrait-il au contraire laisser s'exprimer la créativité des étudiants en l'encadrant dans un travail préparatoire ? Un long travail d'ingénierie pourrait sans doute répondre à ce questionnement. L'objectif de l'EIP n'est pas d'annihiler les identités des professionnels mais bien de trouver des solutions facilitatrices au bénéfice du patient. Certaines de ces solutions sont ainsi approchées à titre individuel, collectivement et par les membres du retour au collectif.

4.2. Les propositions des étudiants ou l'axe épistémique de la recherche

L'objectif second de cette partie s'inscrit dans une visée transformative de l'activité. En effet, l'intervention en clinique de l'activité cherche à redonner aux professionnels le pouvoir d'agir sur leur milieu par la réélaboration de l'activité, c'est-à-dire, dans notre recherche, par la reconfiguration de modalités d'activités pédagogiques collaboratives. Elle est envisagée sous un angle épistémique. Ainsi, il convient d'intégrer nos résultats à la transformation des organisations et des référentiels de formation actuellement en cours, en

particulier pour les IDE. Les résultats de cette étude qualitative nous permettent d'exposer des perspectives curriculaires à partir des discours construits par les étudiants. Ceux-ci avancent des propositions pour favoriser l'implémentation de l'EIP en formation initiale :

MK : « Peut-être que c'est un problème / il serait important de revoir la formation initiale / enfin je sais pas comment ça se passe pour les infirmières / mais je sais que potentiellement / nous / enfin pas potentiellement / nous / on est évalué sur des techniques et pas forcément sur des situations / et peut-être que justement / si on pouvait nous mettre des simulations plus régulièrement en approche transversale / peut-être qu'on aurait plus d'expérience / et (.) / je pense que ça serait plus facile » (Retour au collectif 1 : L.306-311).

Nathalie IDE : « [...] de faire en formation des pratiques comme ça / ça peut aider pour la prise en charge des patients pour justement faciliter la continuité des soins dans des changements de cas / de passer du SSR à la maison ou même des changements d'établissements / » (ACS : L.657-660 : Nathalie).

Thibault : « On en / on le voit pas tellement / on le voit pas tellement en cours euh / la façon dont il faudrait s'y prendre et tout ça / et j pense que c'est un / faut être un peu formé / je pense qu'il faudrait qu'on se forme un peu pour être capables de faire un retour à domicile HAD comme ça / euh / correct / » (ACS : L.243-247 : Thibault).

D'autres, pour les lieux de stage :

« Peut-être que sur les lieux de stage / partager ses compétences et inviter à travailler avec un kiné sur un patient et croiser des données / (Retour au collectif 1 : L.314-315).
« [...] Si y a un truc comme ça [les « *staffs* »] d'organisé dans la structure / ça peut favoriser ben (.) / la connaissance de l'autre profession et puis les échanges / et puis tout ça / » (Retour au collectif 1 : L.328-329).

En ACS, peu d'étudiants avancent de raisons à leurs difficultés à construire le projet collectivement tandis que les ACC et les retours au collectif concentrent ce débat. Les arguments avancés sont l'inexpérience professionnelle, le « **manque de proximité quotidienne** » aux autres paramédicaux, la « **première fois** », le fait qu'ils ne se « **connaissent pas avant** » l'exercice, le « **manque de confiance** » entre les sujets, le « **parcours de stage** », le « **manque d'habitude** », le « **manque de formation** » à l'interdisciplinarité, les traits de personnalité (les « **qualités intrinsèques** »), « **l'individualisme** » (favorisé par la formation en silos qui ne permet pas l'appropriation de « **termes conjoints** »), les « **modes d'évaluation** » (fondés sur « **les techniques** » pour les MK), « **l'organisation des services** » de soins (manque de « *staffs* »), la nature des stages

(« le libéral »), le manque de « temps ». Tous ces éléments engagent à discuter des perspectives pour l'implémentation de l'EIP en formation initiale des étudiants en santé.

4.3. Perspectives : l'éducation interprofessionnelle en formation initiale des études en santé

4.3.1. Synergie des ressources

Les défis rencontrés par l'EIP à l'université sont de différentes natures : politiques, institutionnelles et individuelles. Dans ce travail de recherche, c'est surtout aux dimensions liées au fonctionnement des enseignements universitaires, aux programmes de formations et aux individus que nous faisons référence. Ces éléments sont relayés par le discours des étudiants. Mais penser l'EIP à l'échelle de l'université, c'est envisager les moyens – conséquents – à mobiliser pour y parvenir. La dimension politique ne peut donc être totalement évincée.

Pour mettre en œuvre l'EIP, la logistique, l'organisation, la synchronisation des personnels, des étudiants, des locaux, des ressources, des finances, du temps, représentent une préparation considérable qui doit se réaliser bien en amont des actions pédagogiques. Mais pour rendre l'EIP possible, et pérenne, la volonté des responsables d'établissements d'enseignement est essentielle. Le projet d'EIP nécessite en effet de rassembler les forces vives des différentes filières, de concevoir et d'articuler ensemble l'EIP dans des programmes d'études conçus pour faciliter le processus. Les responsables des terrains de stages doivent aussi participer à cette conception. Dans les ACC, certains étudiants disent la nécessité d'engager l'interprofessionnalité dans la pratique donc, de responsabiliser les tuteurs sur les lieux de stages. Dans cette perspective, le Canada fait encore figure de leader. Le *Consortium National de Formation en Santé (CNFS)* propose des stratégies d'encadrement pour favoriser le développement des CCIP sur les terrains de stage. Pour exemple, la communication peut être développée grâce à l'utilisation de l'outil SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) par le stagiaire. L'objectif est de réduire la hiérarchie, d'améliorer le travail d'équipe et la sécurité du patient (Müller et al, 2018, dans CNFS, 2022, p. 3). D'activités « brise-glace » à des « méthodes de communication non violente » en passant par le « Babillard » entre étudiants, le CNFS donne des clés pour chaque CCIP à développer en stage, en les associant aux objectifs visés (CNFS, 2022, pp. 3-5).

Pour concevoir le programme commun de formation interprofessionnelle et le référentiel de CCIP, le CIO-UdeM (2016) a su rassembler les responsables des programmes d'enseignement et les responsables des apprentissages en stage. Pour atteindre cet objectif, une étude comparée des différents *curricula* et une analyse approfondie de l'organisation ont été nécessaires. Ce travail a permis d'identifier les leviers de la CIP et de déterminer dans quels contextes il y avait lieu de la mettre en place. Mais pour que l'interprofessionnalité vive, elle doit s'inscrire dans des projets pédagogiques et des projets d'établissement : « L'interprofessionnalité doit aussi devenir un projet collectif, l'objet d'un apprentissage organisationnel » (Argyris et Schön, 2002, dans Aiguier et al., 2016, p. 95). Responsables d'établissements d'enseignement et responsables de « terrain » doivent ainsi travailler ensemble à une conception partagée de l'interprofessionnalité et à une articulation entre la théorie et la pratique, tout en incluant le patient-partenaire. Ancrer la formation dans des problématiques de terrain est une nécessité qui permet d'assurer la validité des contenus des métiers et de refléter la future pratique de soins :

La manière dont la formation est mise en œuvre requiert que le système d'enseignement et de formation pratique [...] s'inscrivent dans un ensemble de valeurs communes concernant les pratiques centrées sur les patients [...]. Dans le cas contraire, nous obtenons un système qui ne se soutient pas lui-même. (Oandasan et Reeves, 2005, dans Ulrich et al, 2020)

Les partenariats entre établissements de formation et terrains de stage permettraient aussi de supporter le coût financier des programmes d'EIP (Reeves et al., 2016). Encore faut-il que chaque partie puisse y trouver un intérêt spécifique pour engager la collaboration.

Ces orientations demandent une volonté politique et institutionnelle. La participation financière des acteurs politiques est en effet prédictive de l'implémentation de la CIP dans les universités. Les pays qui bénéficient d'allocations gouvernementales sont ceux qui intègrent le mieux l'EIP dans leurs programmes de formation (Khan et al., 2016). Pas les autres. La volonté politique affichée dans le rapport « Ma santé 2022 » souscrit à l'interprofessionnalité. La refonte actuelle du référentiel de formation infirmier doit ainsi tenir compte des expérimentations en cours qui permettent le rapprochement entre certains cursus. Pour exemple, la création de passerelles entre la licence de sciences sanitaires et sociales et les études en soins infirmiers à l'Université de Bretagne Occidentale, permet de délivrer aux étudiants un DEI et une licence (décret n° 2020-553 du 11 mai 2020). C'est donc la synergie entre les domaines de la formation, de la pratique, de la recherche et de la

politique qui peut permettre de soutenir le développement et la mise en œuvre de cours mutualisés et de formats d'EIP.

4.3.2. Les moyens humains

Les moyens humains constituent un enjeu considérable pour la réussite de l'EIP. Les facilitateurs en sont les acteurs clés (CAIPE, 2017) ; mais il faut que le contexte leur laisse la possibilité de développer les aptitudes nécessaires à la mise en œuvre des programmes d'EIP (Reeves et al., 2016 ; Oosterom, et al., 2018). Pour gérer les débats interprofessionnels, il apparaît nécessaire de permettre aux formateurs engagés dans la CIP de se former, à partir d'un *curriculum* global et partagé qui exposerait le contenu des enseignements. L'enseignement interprofessionnel est en effet une tâche exigeante qui nécessite du temps et des compétences. La compréhension du concept lui-même, la clarification des CCIP, le développement d'aspects éthiques et de valeurs partagées chez les apprenants, la gestion des stéréotypes entre les professions, la gestion des émotions individuelles et des processus de dynamique de groupes, la capacité à promouvoir la CIP, sont autant de dimensions qu'il faudrait d'abord déployer chez les facilitateurs pour pouvoir assurer des enseignements de qualité. Notre dispositif, pensé avec les cadres pédagogiques de l'IFMK, semble avoir rencontré des écueils, surtout en lien avec la clarification des objectifs et la conception des outils, censés être facilitateurs. La littérature rapporte d'ailleurs, à la lumière d'analyses de séquences pédagogiques interprofessionnelles, que les objectifs d'apprentissage interprofessionnels ne sont pas toujours clairs pour les formateurs, ce qui impacte la compréhension des objectifs des apprenants (Oosterom et al., 2018). D'aucuns recommandent ainsi des formations structurées et la familiarisation des facilitateurs aux objectifs pédagogiques interprofessionnels (Oosterom et al., 2018).

Le rôle du facilitateur doit aussi être clarifié. Le transfert de connaissances ne constitue pas le fondement de son travail. Il est un partenaire qui régule le climat socio-cognitif du groupe. Il s'agit pour lui de mobiliser la pratique réflexive, de favoriser un cadre motivant d'apprentissage – formel ou informel – et de permettre les interactions en suscitant estime et respect chez les participants à l'égard de toutes les professions impliquées (Reeves et al., 2016). Cette dimension est incontournable à la réussite des programmes d'enseignement : respectés, les étudiants croiront en l'interprofessionnalité et seront convaincus des bénéfices apportés par la collaboration. Ils pourront alors être impliqués dans la planification de l'enseignement interprofessionnel et devenir des « concepteurs actifs de leur propre

formation » (Ulrich, 2020, p. 32). En revanche, mal réalisés, les enseignements interprofessionnels peuvent générer des répercussions négatives sur le développement des compétences donc, de la pratique collaborative (Milot et al., 2017). L'apprentissage de la CIP nécessite ainsi des qualifications solides de la part des facilitateurs (Baker et al., 2018 ; Evans et al., 2017), en particulier lors de la mise en œuvre d'ateliers de travail collaboratifs (Baker et al., 2018 ; Evans et al., 2017). La qualité de la facilitation impacte donc directement l'engagement des étudiants dans les programmes d'EIP. Les facilitateurs exercent en effet une influence majeure sur les apprenants qu'ils doivent considérer comme des partenaires.

4.3.3. Étudiants et patients-partenaires

Enseigner l'interprofessionnalité demande des compétences larges et beaucoup d'humilité. Dans ce contexte, nul doute qu'un travail en réseau plus vaste, interinstitutionnel (établissements de recherche, de pratique et de formation), à l'image du modèle canadien, pourrait soutenir l'élaboration des enseignements. Mais les étudiants et les patients-partenaires sont aussi des collaborateurs privilégiés dans la conception, dans l'élaboration du processus d'apprentissage et dans l'animation des séances interprofessionnelles. Les étudiants sont parfois considérés comme des « catalyseurs » de l'EIP. Au Canada, une *Interprofessionnal Health Students Association* a favorisé l'implémentation de l'EIP tandis qu'en Suède, « les étudiants sont considérés comme des acteurs majeurs de la conception de configurations interprofessionnelle » (Ulrich et al., 2020, p. 32). Impliqués dans l'EIP, ils peuvent manifester leurs besoins et être force de proposition pour faire évoluer les modèles d'enseignement. Leur capacité à maîtriser les réseaux pourrait aussi être mise au service de l'EIP. Les étudiants qui ont participé au dispositif de recherche ont abouti à la vision du soin centrée sur le patient. Aller plus loin, en intégrant des patients-partenaires acteurs et formateurs aux apprentissages interprofessionnels aurait sans doute permis de pallier la difficulté des étudiants à « donner corps » au patient. Le projet de soins, comme opérateur de collaboration avec le patient et avec sa famille, se serait alors sans doute exprimé autrement.

L'engagement des patients à différents niveaux du système de santé est une voie prometteuse pour améliorer la qualité des soins. Certaines recherches ont d'ailleurs montré que l'intégration des patients au système de soins permet d'instiller plus d'humanité dans la pratique alors que sans patient, les équipes interprofessionnelles donnent la priorité à la vision biomédicale et aux dimensions techniques de la prise en soins (Boivin et al., 2014).

Notre étude corrobore cette idée : dans leur difficulté à appréhender le patient, les étudiants ont, dans un premier temps, privilégié la gestion de la pathologie et la technicité. C'est ainsi que le patient-partenaire pourrait véritablement engager un débat plus concret autour du projet de soins s'il venait à être intégré non seulement à la simulation, mais aussi, à la clarification des objectifs de l'exercice, à l'écriture des scénarii et à la dispute interprofessionnelle. Dans cette perspective, il faudrait former les facilitateurs et les étudiants au partenariat et poursuivre la formation des patients-partenaires engagés dans cet apprentissage. Actuellement, la France suit le mouvement international initié par le modèle « partenaire de soins » développé par l'université de Montréal (HAS, 2020a ; HAS, 2021). Le modèle « patient-partenaire » vise à atteindre un engagement réciproque du binôme patient/professionnel dans les soins. Aujourd'hui, plusieurs universités françaises développent des formations de patients-partenaires au regard de pathologies chroniques ou psychiatriques. Le développement de la science du partenariat requiert en effet la création d'enseignements et de réseaux interdisciplinaires. Considéré comme coproducteur de santé, le patient-partenaire intervient sur la reconnaissance de ses savoirs expérientiels par la communauté soignante. Cette pratique permet le développement d'une autonomie symétrique qu'il convient d'intégrer aux enseignements dans une approche conceptuelle et pratique. Pour les étudiants en santé, cette nouvelle figure du patient impacte un changement de culture puisque le patient devient « un partenaire de l'équipe de soin » (Pomey et al., 2015). L'objectif de notre propos n'est pas de discuter la professionnalisation des patients-partenaires mais plutôt, leur implication dans le changement de paradigme que pourrait représenter leur présence dans l'enseignement interprofessionnel. Rappelons juste que l'interprofessionnalité induit des rapports de forces, des principes de légitimité, des revendications d'expertise, des quêtes de puissance entre les différents individus qui la vivent et que le risque n'est pas nul de rencontrer les mêmes écueils en engageant le patient-partenaire dans les soins ou les enseignements. Un travail de clarification des rôles de chacun appelle, là encore, cette vision élargie de l'EIP.

4.3.4. Le temps comme facteur de processus

Implicitement ou explicitement, le temps est évoqué par les étudiants comme un levier au processus d'apprentissage et de réflexion. Les étudiants ont conscience que développer une compréhension commune des situations de soins, apprivoiser « l'inter » pour développer des liens de confiance, appréhender une approche commune de résolution de problème, comprendre les schémas professionnels, les compétences, le vocabulaire, les points de

divergences et de ressemblances avec les autres « métiers », nécessitent du temps. Cette nécessité est d'ailleurs soulevée par la littérature (Sottas et al., 2016). Pour les chercheurs, le temps permet d'assurer le développement des connaissances et des compétences en favorisant leur réflexivité. La dimension temporelle de l'apprentissage est donc un point fondamental de l'EIP. Les étudiants disent, en substance, que l'exercice de simulation est trop isolé pour en assurer la réussite mais que c'est un ensemble d'activités coordonnées qui pourrait réellement aboutir au développement des CCIP. Pour eux, il faut penser une planification qui intégrerait les activités interprofessionnelles dans le processus de formation. Les CCIP doivent ainsi s'acquérir progressivement et en adéquation avec les compétences professionnelles spécifiques aux différentes filières de formation. Ce constat fait écho à une étude qui met au jour la nécessité de multiplier les moments d'apprentissages collaboratifs pendant la formation initiale pour permettre aux étudiants de développer leurs habiletés de communication (Lawlis et al., 2014) et pour limiter les barrières interprofessionnelles liées au manque de vocabulaire (Goudreau et Dion, 2016). Les résultats de notre étude quantitative corroborent cette nécessité : le partage des activités de recherche et des apprentissages de soins techniques soutiennent le développement des CCIP.

Les étudiants ont relevé des points de convergences comme l'ETP et la psychologie, auxquelles nous pouvons rajouter l'ethnologie, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, les sciences de l'éducation, l'éthique clinique, la santé publique et la recherche scientifique. Mais seule une étude concertée, interprofessionnelle et approfondie des *curricula* de formation pourrait mettre au jour les apprentissages à mutualiser et permettre la création d'un modèle pédagogique d'activités d'apprentissage collaboratives et étagées. Cependant, ces apprentissages doivent s'inscrire dans un processus qu'il convient de respecter. Le modèle itératif est à privilégier, aussi, les étudiants doivent « être exposés à la formation interprofessionnelle assez tôt dans leur programme de formation » (D'Éon, dans Trubey, 2013, p. 16). Les étudiants doivent ainsi construire une identité professionnelle dans un contexte interprofessionnel pour développer une transculture. Plus les actions pédagogiques se réalisent tôt dans le cursus et plus elles sont répétées, plus la CIP a des chances de s'ancrer dans la pratique. Cette temporalité permet aussi de développer la capacité des étudiants à contrôler leurs émotions. Les facilitateurs doivent travailler autour des préjugés, des perceptions, de l'estime, des valeurs, en veillant à la qualité des dynamiques de groupe et en tenant compte de la dimension affective de la CIP. Travailler la compétence émotionnelle s'avère indispensable. Les programmes de formation et les activités doivent donc se

déployer de manière cohérente et s'inscrire dans une planification rigoureuse et pertinente de progressivité.

4.4. Des discours des étudiants aux modèles d'éducation interprofessionnelle

Pour D'Amour et ses collaborateurs (2008), la théorie de la collaboration interprofessionnelle n'est pas le sujet de l'EIP. Elle vise plutôt le développement et le renforcement des CCIP nécessaires à la CIP. Différents modèles d'enseignements d'EIP existent déjà. Ceux-ci répondent et surtout, complètent les propositions faites par des étudiants. Le premier modèle est celui de Sottas et al., (2016). Il repose sur trois phases d'apprentissage (tableau 11).

Tableau 11. « Phases du processus d'apprentissage, typologie, méthodes et didactique d'apprentissage interprofessionnel » reproduit d'après Sottas, 2018

L'interpro, quels arrangements d'apprentissage ?		
Phase initiale : <i>exposure</i>	Apprentissage théorique	Introduction sur les concepts et sur les preuves (« evidences ») de l'interprofessionnalité ; normes, forme, sensibilisation
	Apprentissage fondé sur les échanges	Débats, jeux, discussions, études de cas, résolution de problèmes autour de scénarios, jeux de rôle
Phase intermédiaire : <i>Immersion</i>	Apprentissage fondé sur l'observation	Observation de la pratique, observation des protocoles
	Apprentissage fondé sur la simulation	Jeux de rôles (longue durée, complexes), entraînement/compétences ; simulation/mannequin/acteurs
Troisième phase : <i>Compétence</i>	Apprentissage recherche-action	Projets communs, apprentissage par problèmes, apprentissage études de cas, recherches communes
	Apprentissage fondé sur la pratique	Exercices interprofessionnels pratiques dans un environnement de travail ultérieur fidèle à la réalité

Les auteurs appliquent, pour chacune des phases, des méthodes d'apprentissage. La première, la phase initiale, concerne plutôt la théorie et les échanges. Elle repose sur des activités qui relèvent de l'apprentissage théorique et sur les interactions interprofessionnelles. Les méthodes possibles relèvent de débats, de discussions de cas, de jeux de rôles improvisés, de classes inversées, mais aussi, de séminaires ou de colloques. La phase intermédiaire est immersive et repose sur l'observation et les simulations. La dernière est fondée sur la pratique. Les méthodes pédagogiques, en lien avec cette dernière phase, correspondent à la mise en œuvre de projets communs, à l'apprentissage par problèmes, à l'apprentissage basé sur des recherches communes (Sottas et al., 2016). Les chercheurs avancent la nécessité de réaliser des exercices interprofessionnels pratiques dans un environnement de travail fidèle à la réalité. Ces trois phases, étagées et progressives,

appuient l'idée avancée par les étudiants au cours des confrontations : notre dispositif aurait dû être préparé et étayé par des moments d'enseignements communs pour soutenir la confiance et la cohésion du groupe, mais aussi, l'appropriation, voire, la conception des outils de communication. Ces moments auraient sans doute permis de trouver des consensus sur la terminologie des concepts et de convenir d'objectifs clairs et partagés. La nécessité de clarifier les tâches et les rôles professionnels des membres de l'équipe, d'identifier les facteurs d'influence et les critères de qualité d'une communication et d'une collaboration efficaces sont incontournables. Mais avant même d'engager ce travail, les formateurs doivent s'assurer que les étudiants connaissent bien les limites de leur propre profession : les résultats montrent des manques et des incertitudes chez les étudiants-acteurs. Les facilitateurs doivent ainsi penser des formats pédagogiques qui engagent la connaissance précise du métier concerné. Dans cette perspective, la méthode « d'instruction au sosie » pourrait permettre de cibler les tâches, les leviers, les freins, les buts, les ressources, les empêchements d'agir, les interrelations soit, toutes les questions du « genre métier » engagées dans l'exercice. Cette élaboration de l'expérience professionnelle permet d'en percevoir le cadre, les plus-values, les limites, et d'éclairer son propre métier pour mieux le vivre avec autrui.

Plusieurs méthodes d'apprentissage semblent favoriser le développement des compétences des étudiants. La simulation en santé est la plus usitée dans les programmes de d'EIP (Fox et al., 2018). C'est d'ailleurs une recommandation du CAIPE (2017) que de s'employer à utiliser les nouvelles technologies. Orienté vers la formation, le modèle de Lausanne (Gachoud et al., 2017) préconise aussi des méthodes pédagogiques similaires. Il recommande le travail de groupe, les études de cas, la pratique simulée et le soutien apporté par les stages pour favoriser le développement de CCIP chez les étudiants. Aucune méthode n'a fait la preuve de son efficacité au regard d'une autre (Fox et al., 2018) cependant, la réflexivité est une priorité : les acteurs doivent s'engager dans une « réflexion collective » pour que l'expérience soit réellement collective (Loriot et Sijelmassi, 2018). Dans le cadre des méthodes d'EIP, le contexte d'apprentissage est aussi discuté. En effet, le rapport de Sottas et de ses collaborateurs (2016) fait l'hypothèse selon laquelle :

Une structuration forte des compétences, comme on la rencontre généralement pour les soins aigus et les soins d'urgence, compliquent les processus de développement dynamiques au sein des groupes. Par conséquent, les exercices plutôt adaptés à la formation interprofessionnelle sont ceux présentant un faible degré d'urgence en termes de soins (patients

atteints de maladies chroniques). Dès lors, il ne s'agit pas d'une intervention ponctuelle mais d'un processus requérant plusieurs prestataires et pour lesquelles la dimension affective entre en ligne de compte. (Ulrich et al., 2020, pp. 19-20)

Le contexte de la pratique est donc incontournable, ce que révèle notre étude quantitative. Elle montre que les soins de longue durée, dont la psychiatrie/santé mentale, soutiennent la CIP. Il semblerait ainsi que transposer ces contextes de pratique dans les formats d'apprentissage soit un levier au développement des CCIP. Pour soutenir l'EIP, d'autres méthodes pédagogiques, parfois similaires aux dispositifs développés par Sottas et ses collaborateurs, sont plébiscitées par la littérature. Parmi elles, l'apprentissage par observation, l'apprentissage par problème (Abu-Rish et al., 2012 ; Barr, 2013 ; Barr et Coyle, 2013 ; Olson et Bialocerkowski, 2014 ; Reeves, et al., 2012) et la classe inversée sont recommandés. La pratique par observation en milieu professionnel est issue du *Leicester Model* (Anderson et Lennox, 2011). Le modèle combine une compréhension pratique du travail en collaboration et une approche centrée sur le patient. Le modèle utilise un cycle d'apprentissage en quatre étapes fondé sur les travaux de Kolb. La première phase correspond à un apprentissage expérientiel dans lequel les étudiants travaillent et apprennent avec des patients et des soignants dans la pratique clinique quotidienne. Les étudiants sont immergés dans la complexité du travail d'équipe ; les perceptions des soins des patients et des soignants sont au cœur de l'apprentissage. La seconde étape est appelée observation réflexive. Les étudiants tentent d'appliquer la théorie à leurs expériences pour acquérir une compréhension plus riche et plus profonde des perspectives des patients et des professionnels sur les soins. La compréhension des rôles et des responsabilités professionnelles par les étudiants est visée. La troisième phase correspond à la conceptualisation abstraite. Soutenus par les facilitateurs et leurs pairs, les étudiants doivent réinterroger les problèmes cliniques complexes et envisager de nouvelles façons d'aborder et de gérer les soins. Ces nouvelles solutions sont générées par les étudiants qui peuvent mettre au jour des problèmes non identifiés par les professionnels. Enfin, l'expérimentation active ferme le processus. Les étudiants font des propositions aux équipes professionnelles pour aborder des changements de pratiques susceptibles d'être introduites dans les procédures quotidiennes. L'essence du modèle est que les étudiants se voient confier des responsabilités cliniques, devenant « des équipes fantômes » responsables devant l'équipe professionnelle. Ils analysent et explorent les plans de soins professionnels existants pour les patients et sont directement impliqués dans les réalités de la pratique quotidienne (Kinnair et al., 2014, p. 64). Au même titre que

les étudiants, le *Leicester Model* place les patients au centre du cycle d'apprentissage expérientiel. Cette caractéristique du modèle oblige à penser l'inclusion de personnels cliniques dans ces formats d'EIP afin d'identifier, de recruter et de soutenir les patients.

Une autre méthode collaborative d'EIP est plébiscitée par la littérature. Il s'agit des vignettes cliniques à partir desquelles un collectif interprofessionnel d'étudiants doit résoudre des problèmes complexes (Barr, 2013). L'appellation « vignette clinique » est utilisée pour désigner un cas clinique construit comme un scénario séquencé et accompagné d'une ou plusieurs questions qui explorent ce qu'un professionnel de santé ferait dans une situation semblable (HAS, 2007). L'objectif est d'améliorer les pratiques professionnelles et l'acquisition des compétences (Peabody, 2016, dans HAS, 2020), mais aussi, de permettre aux étudiants de chaque profession, d'explorer la meilleure manière d'exercer leur rôle respectif, tout en cherchant à être complémentaires avec leurs collègues. Pour la HAS, toute démarche fondée sur des vignettes cliniques comprend :

- Un intervenant expert de la méthode ;
- Une mise en situation du professionnel grâce à la vignette clinique. Le professionnel est appelé à résoudre le cas avec ses connaissances et son expérience dans un temps dédié ;
- Un questionnement du participant souvent organisé en séquences (en fonction du parcours décisionnel et/ou des étapes de la prise en charge) ;
- Un retour d'informations sur les réponses aux vignettes au regard des bonnes pratiques ;
- Un apport de connaissances ;
- Une évaluation des changements de pratiques à distance, soit par d'autres vignettes cliniques, soit par les mêmes vignettes cliniques, notamment lorsqu'elles sont complexes (HAS, 2020).

Cette méthode peut être mise en œuvre dans le cadre d'un programme intégré, être réalisée en présentiel, à distance, ou selon un format "mixte" [...]. Elles seront utilement associées à une discussion collégiale entre les participants et avec les intervenants. La démarche peut aussi être mise en œuvre au sein d'une équipe. (HAS, 2020)

Les éléments avancés par la HAS corroborent le prolongement de notre travail en évoquant le déploiement de l'EIP par le numérique, aussi, nous rajoutons la dimension

interprofessionnelle à la notion d'équipe évoquée par la HAS. Ces méthodes encouragent la co-création, par l'introduction de résolution de problème dans les formats d'EIP. La classe inversée permet aussi de favoriser l'apprentissage interactif et le développement des compétences dans l'espace groupal interprofessionnel. En amont des séances collectives réalisées en présentiel, les étudiants bénéficient de contenus de cours préenregistrés sur des capsules vidéos, des *podcasts* ou d'autres médias. Ils peuvent aussi réaliser des activités en ligne pour lesquelles ils reçoivent une rétroaction immédiate. Ils travaillent ainsi à leur rythme. Le retour en classe est l'occasion, pour le facilitateur, de clarifier les contenus d'apprentissage et surtout, d'encourager l'interaction sociale entre les étudiants pour soutenir le développement des CCIP. Ces modules interprofessionnels deviennent alors des espaces de création et de collaboration qui intègrent la théorie aux objectifs poursuivis. Cette méthode d'enseignement hybride est particulièrement adaptée à l'EIP car elle permet de rassembler des cohortes importantes d'étudiants, de les faire travailler en réseau et de limiter les temps magistraux chronophages et parfois contreproductifs. Des études montrent que cette méthode hybride a fait ses preuves. Elle a permis le développement des habiletés collaboratives, la connaissance des rôles des autres professions, l'augmentation des interactions formelles et informelles entre professionnels de soins, la diminution des attitudes négatives à l'égard des autres professions (Clark et al., 2017), mais aussi, la clarification et la connaissance des rôles entre professionnels et le développement de la compétence de collaboration (Evans et al., 2017).

Mais quel que soit le choix du modèle d'EIP, l'objectif est de tenir compte de la « zone proche de développement » des étudiants (Vygotski, 1997). Ce point de vigilance permet de « guider la préparation des cours et des activités », « d'ajuster les stratégies d'enseignement et d'apprentissage », de « favoriser les expériences de réussite » pour soutenir l'engagement, la motivation et l'autonomie des étudiants dans leurs apprentissages (Renaud et al., 2016).

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les réponses aux objectifs poursuivis

Cette recherche questionne la place des compétences collaboratives interprofessionnelles (CCIP) dans les programmes de formation des infirmières et des masseurs-kinésithérapeutes et, par extension, des autres formations en sciences de la santé. Elle interroge la possibilité de créer une culture commune de l'interprofessionnalité tout en ayant le souci de conserver une identité propre pour chaque filière de soins.

Nous avons tout d'abord tenté de montrer la difficulté de la formation infirmière à développer les CCIP chez tous les étudiants. Les résultats sont sans appel : seuls 20 % des sujets les développent à l'issue de la formation initiale. Il s'agit des aides-soignantes et des étudiants de plus de trente ans, en reprise d'études. Il apparaît donc nécessaire de prendre en compte l'hétérogénéité des apprenants dans la formation et leur place dans la pédagogie. Les savoirs expérientiels des plus âgés et leur capacité à soutenir le développement des compétences des étudiants les moins expérimentés semblent être des opportunités dont il faut se saisir.

Dans la perspective collaborative, les formations en sciences de la santé doivent interroger leurs modèles d'enseignement, leurs contenus et la formation de leurs formateurs. En ce qui concerne les contenus des formations, nous avons souligné la possibilité de mutualiser de nombreux enseignements pour les secteurs des soins infirmiers et de la masso-kinésithérapie. Ces propositions sont soutenues par les résultats de notre étude exploratoire quantitative. Ces apprentissages partagés pourraient favoriser l'acculturation des différentes disciplines, participer du processus de socialisation, construire des interactions favorables à la collaboration interprofessionnelle (CIP) et développer – au-delà de l'identité professionnelle, des attitudes, des habiletés, des motivations – une culture interprofessionnelle. Cependant, il ne faudrait pas se contenter de partager ces savoirs mais il faudrait permettre aux étudiants d'en saisir la nécessaire complémentarité et de la mettre en œuvre dans leur pratique professionnelle. La mutualisation de certaines UE ne constitue pas, en soi, un modèle d'éducation interprofessionnelle (EIP), cependant, elle pourrait engager les étudiants à éprouver le métier d'autrui et à se décentrer de leur propre vision du soin. Il faudrait donc envisager le partage des enseignements comme un prérequis incontournable et une opportunité pour réussir à développer une culture interprofessionnelle

par et pour tous les étudiants en sciences de la santé. Ces enjeux sont actuellement au coeur de nouvelles expérimentations (décret n°2020-553 du 13 mai 2020).

Dans notre étude, l'interrogation des modèles pédagogiques pour la CIP, s'est réalisée *via* la simulation réflexive, rétrospective, et la clinique de l'activité (Clot, 1999). À partir d'un contexte d'apprentissage collaboratif simulé entre étudiants en soins infirmiers (ESI) et étudiants masseurs-kinésithérapeutes (EMK), la clinique de l'activité a permis de constater la mobilisation partielle et hétérogène des CCIP pendant la simulation, mais aussi, la transformation de l'activité des étudiants. Malgré les différences de genres professionnels, les étudiants ont, dans leur grande majorité, énoncé des buts nouveaux et envisagé des moyens différents pour les atteindre. Ils ont ainsi pu développer leurs CCIP. Grâce à la répétition des « disputes » intermétiers, ils ont aussi réélaboré collectivement des règles professionnelles. En favorisant la rencontre des dissemblances entre ESI et EMK, en leur permettant d'interroger leurs cadres de référence, en les poussant à échapper aux méconnaissances, aux préjugés, aux stéréotypes des autres professions, en les invitant à exercer leur implication dans des échanges intersubjectifs, en intégrant les questionnements d'autrui à leurs propres questionnements, les étudiants ont éprouvé une forme d'apprentissage interculturel. Non sans difficultés. Il apparaît en effet que la méconnaissance du champ de compétences d'autrui, du vocabulaire, des connaissances, que les stéréotypes et les représentations, que le manque de confiance, de volonté, d'engagement, que les individualités, freinent le travail collaboratif. Les modèles pédagogiques doivent ainsi s'employer à limiter les clivages entre les professions pour laisser place à un véritable travail complémentaire fondé sur des synergies nouvelles. Le respect des compétences d'autrui doit s'exercer dans un cadre éthique prédéfini, aussi, la clarification des responsabilités de chacun doit être établie.

En abordant l'activité collaborative simulée individuellement, puis collectivement par la voie du dialogisme, les ESI et les EMK ont non seulement envisagé de nouvelles manières de travailler ensemble mais ils ont fait le lit de la réflexion à mener sur l'implémentation de l'EIP dans les universités françaises. L'autre finalité de notre travail était d'opérer le déplacement de la clinique de l'activité comme instrument de recherche, à un dispositif à vocation didactique. Les résultats des autoconfrontations et des retours au collectif d'étudiants IDE et MK permettent de penser l'EIP à la lumière des méconnaissances, des conflits, des tensions, des luttes de territoires et d'identités, mais aussi, des points de convergences identifiés par les étudiants eux-mêmes.

Les limites de l'étude

Notre étude comporte des limites qu'il importe de discuter. Notons d'abord les limites de recrutement des participants dans notre première partie de travail. D'aucuns peuvent interroger la passation du questionnaire aux seules infirmières. Nous avons fait ce choix au regard de leur rôle « pivot », du potentiel de retours possibles, et de notre propre statut. Il serait aujourd'hui pertinent de déployer notre questionnaire théorisé aux autres étudiants en sciences de la santé pour pouvoir généraliser nos résultats. Cependant, ce questionnaire montre sans doute quelques faiblesses. À la question qui invitait les répondants à s'exprimer librement, certains évoquent sa longueur et parfois, la difficulté à appréhender les questions. Reste sans doute à faire valider ce questionnaire en faisant progresser les réflexions autour de l'outil et en initiant des convergences entre chercheurs, professionnels, étudiants et patients-partenaires.

La question de la temporalité peut aussi être considérée comme un biais. En fin de formation mais en attente du diplôme, il est possible que l'immédiateté des réponses attendues post-formation n'ait pas permis aux étudiants de prendre du recul sur leur formation. La préparation de la diplomation par les IFSI a aussi probablement représenté un frein à la passation des questionnaires. Certains IFSI n'ont jamais répondu à nos sollicitations, ce qui nous a engagé à procéder à deux relances, en particulier au sein de notre réseau personnel. « L'effet centre » des retours nous a obligé à renoncer à la prise en compte de la variable « région ». De plus, nous aurions dû offrir aux étudiants la possibilité de « cocher » la région dans laquelle ils réalisaient leurs études, à partir d'une liste exhaustive, plutôt que de leur faire noter cette région. La difficulté pour certains de répondre à cette question n'a pas rendu possible l'identification de toutes les régions concernées par l'étude. Enfin, nous avons tenté de pallier certains biais d'interprétations liés à de faibles effectifs de répondants en rassemblant des « sous-classes » de réponses. Certains de nos résultats invitent ainsi à des interprétations prudentes.

L'hétérogénéité des dispositifs pédagogiques français peut aussi interroger les résultats. Bien que construits sur un référentiel commun, ils sont constitués de projets « institutionnels » propres à chaque IFSI. Cette nécessaire différenciation n'a pas encore été unifiée partout en France par le rattachement effectif au système universitaire. Les différences de statuts entre les IFSI publics, rattachés à des Centres Hospitaliers Universitaires, et les IFSI privés, peuvent ainsi engager des moyens humains, matériels et pédagogiques différents et des

parcours de stages hétérogènes. Ceci ajoute un biais supplémentaire à celui introduit par le manque de précisions opérationnelles concernant la construction des CCIP dans le référentiel infirmier.

Soulignons un dernier biais : le critère d'inclusion des étudiants infirmiers « acteurs » repose sur les résultats de notre étude exploratoire. Partant du présupposé vygotkien que les interactions des individus les plus compétents favorisent le développement des autres sujets, nous avons choisi de recruter des ESI de plus de trente ans, en reprise d'études pour participer aux deux simulations. Nous avons conscience que ceci constitue un biais de sélection dont il faudrait désormais démontrer l'incidence sur les résultats obtenus. Nous aurions dû pousser la comparaison en ne reproduisant pas le dispositif à l'identique, mais plutôt, en recrutant dans l'un des collectifs de travail, des ESI inexpérimentés de moins de trente ans, voire, un EMK de plus de trente ans en reprise d'études.

Pour finir nous exprimons ici une frustration, plus qu'une limite : nous aurions pu aller plus loin dans le procédé d'autoconfrontation et confronter les traces filmées de l'activité entre les deux groupes d'acteurs engagés dans les séances de simulation. Le collectif élargi, nous pouvons aisément imaginer le potentiel de développement des étudiants en adoptant ce dispositif. Cependant, l'organisation, déjà très contrainte, ne nous a pas permis de procéder ainsi. Il convenait aussi de penser au « coût » induit par le dépouillement.

Les forces de l'étude

Si certaines études attestent de l'efficacité de l'EIP sur l'amélioration des connaissances, des compétences et du travail collaboratif, (Guraya et Barr, 2017, Montano, 2020), leur niveau de preuves reste insuffisant (Paradis et Whitehead, 2018). Ainsi, les dispositifs pédagogiques d'évaluation du développement des CCIP sont actuellement discutés. La majorité des études internationales font appel aux échelles d'auto-évaluation « avant-après » centrées sur les perceptions et les attitudes des étudiants : (*Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) ; *Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS) ; Sondage sur l'acquisition des compétences de collaboration interprofessionnelle (SACCI) ; *Attitude Towards Healthcare teams Scale* (ATHTS), (Brandt et Schmithz, 2017 ; Iverson et al., 2018). Bien qu'il soit nécessaire d'évaluer les programmes d'EIP, l'utilisation de ces échelles est aujourd'hui remise en cause. Elle se réduirait à une simple comparaison « avant-après », limitant les conclusions sur l'efficacité des formats d'EIP. Pour pallier cette problématique, le Consortium National de Formation en Santé canadien (CNFS, 2020) a développé une

boîte à outils à destination des enseignants et des coordonnateurs de programmes en santé et service social. Les ressources mises à disposition sont à utiliser dans le cadre de formats d'EIP par simulation. Quatre scénarios de simulations interprofessionnelles sont proposés (nutrition et sciences infirmières ; nutrition, ergothérapie et sciences infirmières ; nutrition et orthophonie ; réunion interprofessionnelle) ainsi qu'une grille d'observation des indicateurs des CCIP. Ce dispositif partage des éléments avec notre recherche. Cependant, nous avons fait le choix d'appréhender les CCIP *via* l'analyse de l'activité par et pour les acteurs, au-delà de la simple observation. Nous avons privilégié le sens afin d'approcher « de manière indéterministe ce qui est fondamentalement indéterminé, c'est-à-dire la façon dont l'individu interprète ses missions et comment il y répond effectivement » (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 49). Cette façon de saisir le développement des CCIP est orientée vers les habiletés d'intercompréhension et d'interactions plutôt que sur des savoirs disciplinaires et des techniques. Actuellement, ce type de méthodologie d'analyse développementale fondé sur des expérimentations et des études pragmatiques (Hughes and al., 2016) est plébiscité par les grandes instances internationales de l'EIP (CAIPE, CIHC, NCIPE)¹⁵.

Les apports de l'étude

Notre étude a l'avantage d'élaborer un cadre conceptuel à partir de différents champs qui permettent d'adopter une vision circulaire et décentrée de la collaboration interprofessionnelle. Les différentes méthodologies adoptées (quantitative et qualitative), nous ont permis de construire des compétences personnelles mais pas seulement. La recherche qualitative a permis de croiser des méthodes d'analyses thématiques, lexicales, grammaticales, « affectives », « mimo-gestuelles » qui confèrent à nos résultats qualitatifs un degré de validité relativement fiable.

Du point de vue praxéologique, ce travail permet d'éclairer les enseignements de l'interprofessionnalité et de la pratique collaborative pour les IFSI et sans doute, pour toutes les formations en sciences de la santé. Il permet d'en expliciter les fondements, les objectifs et les méthodes pédagogiques possibles. En ce sens, ce travail s'adresse à tous les enseignants qui ont le souci de la collaboration interprofessionnelle et à tous les futurs facilitateurs. Notre recherche semble ainsi offrir un potentiel intéressant aux

¹⁵ Center for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), National Center for Interprofessional Practice and Education (NCIPE).

législateurs, aux administrateurs, aux responsables de filières, pour construire des enseignements mutualisés, un programme d'EIP et pour favoriser la création d'un référentiel de CCIP commun dans les universités françaises.

Enfin, cette étude apporte une contribution aux recherches françaises sur l'EIP. Notre revue de littérature nous a permis de constater l'origine anglophone de la majorité d'entre elles. Les revues systématiques *Cochrane* sur l'enseignement de l'interprofessionnalité (Malt, 2015 ; Reeves et al., 2013) ou sur les effets des pratiques collaboratives, concernent, pour une grande majorité, les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni et l'Australie. Notons cependant que ces dernières années, à la faveur d'initiatives universitaires (le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille est un exemple pour la gériatrie), de vignettes cliniques, de séminaires interprofessionnels, ou d'autres formats pédagogiques interprofessionnels initiés dans les universités françaises, le nombre de ces études s'accroît significativement. Cependant, ces recherches ne sont que très rarement adossées au référentiel de compétences collaboratives interprofessionnelles mais envisagent surtout la communication intermétiers comme sujet d'étude, en particulier dans des contextes d'urgences ou de réanimation.

L'enjeu curriculaire et les perspectives

Tous les étudiants ont souligné l'intérêt du dispositif sans en nier les écueils. Ils ont appuyé le manque de clarté des objectifs et leur difficulté à s'approprier les outils mis à disposition par la chercheuse. Ces éléments interrogent la nécessité de former les facilitateurs pour potentialiser les formats d'apprentissages interprofessionnels qui, mal conduits, peuvent les décourager dans leurs velléités collaboratives. La difficulté à « incarner » le patient est aussi très nettement soulignée par les étudiants lors des retours au collectif. Impliquer les patients-partenaires au profil acteur et au profil formateur est sans doute une solution à envisager.

Construire un *curriculum* de formation interprofessionnelle est une tâche qui ne peut se concevoir que dans un contexte interprofessionnel ; aussi, ce dessein doit nécessairement être adossé à un projet interinstitutionnel faisant de cet apprentissage une problématique commune requérant « une gouvernance réflexive » (Aiguier et al., 2016). Il faut en effet penser une organisation autre à partir de l'identification des buts poursuivis, mais aussi, du rôle des acteurs en jeu. Les missions et les responsabilités de chacun doivent être distribuées clairement. Pour favoriser les transformations des apprentissages, un leader susceptible d'initier des projets, nécessite sans doute d'être identifié car de solides compétences de

coordination et une vision prospective des formations sont attendues. Cependant, les formes de gouvernances actuelles entre instituts de formation paramédicaux et universités appellent à discuter les stratégies à adopter.

Dans les établissements d'enseignement, les expériences isolées sont légions ; cependant, elles restent invisibles et inexploitées. À cette invisibilité se rajoutent des partenariats territoriaux inégaux entre IFSI et universités (Tirand-Martin, 2017). Une réflexion sur le plan national pourrait soutenir les efforts engagés par les diverses structures d'enseignement afin de les mettre sur la voie d'un apprentissage explicite de l'interprofessionnalité et des compétences collaboratives attendues. Cette construction doit reposer sur une compréhension et une vision commune de l'interprofessionnalité. Car si les individus conservent leur propre lecture de la réalité – au regard de leurs intérêts, de leurs croyances et de leurs valeurs – il est inconcevable que l'ensemble des acteurs engagés dans l'EIP, puissent, à long terme, fonctionner sur un mode unitaire.

Les moyens d'apprentissage théoriques et pratiques sont aussi à mettre au cœur de la discussion, de même que la possibilité d'engager le numérique pour pallier les défis relatifs au nombre de participants engagés dans l'EIP. L'usage du numérique est d'ailleurs une compétence essentielle du XXI^{ème} siècle pour l'UNESCO (2015), ce à quoi les orientations de la Grande Conférence de la Santé (2016), de la Conférence ministérielle européenne de l'enseignement supérieure (2018) souscrivent. Cette compétence permettrait, entre autres bénéfices attendus, de pallier la pénurie des professionnels. Le rapport de l'OCDE (2017) sur le Programme International pour le Suivi des Acquis (PISA) des élèves rapportent un lien fort entre usage du numérique et collaboration, dès les classes primaires. Le numérique se caractérise par l'Internet, les médias sociaux et les technologies nouvelles (Vitali-Rosati, 2014). Ces outils possèdent des valeurs culturelles et sociales qui dépassent les seuls dispositifs techniques (Vitali-Rosati, 2014). Ils façonnent la vision de l'espace dans lequel nous vivons et la manière de le concevoir : le numérique « redéfinit les processus d'activités et de communication humaines, il reconfigure les relations sociales et l'exercice de la citoyenneté » (Vitali-Rosati, 2014, p. 69). En France, l'usage du numérique dans l'enseignement supérieur s'est fait par étapes successives. L'année 2016 marque la publication d'un « Référentiel de transformation numérique de l'Enseignement supérieur et de la Recherche » (Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2016). Ce référentiel a pour vocation d'aider les établissements à élaborer, à consolider, et à adapter leur stratégie numérique en s'appuyant sur un cadre commun (Berny et al., 2021).

Dans cette même perspective, en 2018, un plan d'action européen plébiscite l'amélioration de l'utilisation de la technologie numérique pour l'enseignement et l'apprentissage, et le développement des compétences et d'aptitudes numériques pertinentes pour la transformation numérique (Berny et al., 2021, p. 5). La crise sanitaire liée au Coronavirus a accéléré le processus. Cependant, l'universitarisation des instituts de formations sanitaires et sociales s'est déployée, en partie, à la faveur du numérique avant la crise sanitaire (Berny et al., 2021, p. 16). L'enseignement hybride permettait déjà aux établissements excentrés de profiter de certains enseignements *via* les espaces numériques de travail, mais aussi, des ressources pédagogiques des universités de rattachement. La tutelle universitaire devient ainsi peu à peu une réalité mais se heurte encore à la complexité des circuits d'investissements, de fonctionnement et des systèmes hospitalo-universitaires (Berny et al., 2021, p. 16). Cependant, la transformation engagée pourrait faciliter les formats hybrides d'EIP. Le 11 novembre 2022, paraît au JORF, un décret relatif à la « formation socle au numérique en santé des étudiants en santé » (Arrêté du 10 novembre 2022). Cet arrêté intègre un référentiel socle et transversal de compétences du numérique en santé dans la majorité des premiers cycles de formation des étudiants en santé. Conformément à l'article n°1 de l'arrêté, ce référentiel unique a pour objectifs de permettre aux étudiants :

- D'appréhender les enjeux liés à la santé numérique, d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour travailler dans un contexte de digitalisation de l'exercice professionnel et d'accompagner la transformation du système de soins par le numérique ;
- De favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité ;
- D'intégrer le numérique en santé dans l'exercice des professionnels de santé

La formation au numérique en santé est organisée en cinq domaines de connaissances et compétences (Article n°2). Il s'agit :

- Des données de santé
- De la cybersécurité en santé
- De la communication en santé
- Des outils numériques en santé
- De la télésanté

Ce référentiel comptabilise 28 heures d'enseignement. Il a été co-construit par l'ensemble des représentants des formations des professionnels de santé. Il vise la relation de soins au patient mais aussi, la coordination des soins entre professionnels, au bénéfice du patient. Dans notre perspective interprofessionnelle, la manière dont il a été conçu nous intéresse particulièrement. Il a nécessité l'analyse des référentiels dont, les référentiels européens sur les compétences digitales puis, il a été soumis à l'évaluation des professions concernées, qui ont alors pu apporter leur contribution (Staccini, 2022). Cette construction interprofessionnelle nous engage à penser la possibilité de co-construire un référentiel de compétences collaboratives interprofessionnelles comme socle unique et transversal aux sciences de la santé. Le déploiement du référentiel transversal de compétences du numérique en santé est une voie privilégiée pour favoriser les formats d'EIP. Nous avons largement expliqué les avantages du numérique pour ces modèles pédagogiques. Ce référentiel semble y souscrire puisque l'article n°1 de l'arrêté vise, entre autres, « l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité ».

Le décret relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des formations en santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche (décret n°2020-553 du 13 mai 2020) a déjà engagé le débat sur la mutualisation des enseignements et sur les passerelles interfilières. Notre contribution modeste pourrait le prolonger et supporter la mise en œuvre d'un référentiel de CCIP commun aux étudiants en santé. Il faudrait alors penser la transformation des contenus d'enseignement interprofessionnels, la répartition des ECTS, l'articulation des unités d'enseignement, les modèles didactiques, les modalités d'évaluation, les compétences visées, les profils de formation, les situations emblématiques, les objectifs d'apprentissage et la finalité de l'EIP à l'échelle des formations paramédicales et médicales. Mais cette ambition nécessite avant tout une clarification du projet, un affichage clair des intentions et des plus-values possibles pour chaque partie, sans quoi, les engagements individuels et collectifs risquent d'achopper :

La motivation envers l'interprofessionnalité n'est donc pas donnée, ni ne peut faire l'objet d'une simple injonction managériale, injonction qui apparaîtrait paradoxale. Elle est avant tout une construction intégrative à apprendre et tout d'abord une construction de sens en termes d'orientation ainsi que de signification et de sensibilité pour les acteurs. (Bonnet, dans Manière et al., 2005, p. 54)

À un autre niveau, il faudrait aussi penser la mise en œuvre d'une stratégie globale et collective de mutualisation des ressources humaines et financières, des équipements, des infrastructures et des compétences pédagogiques. Une harmonisation interinstitutionnelle entre directions d'établissements d'enseignement, pédagogues, laboratoires de recherche, établissements spécialisés dans certaines pratiques (simulation, numérique) est alors attendue pour rendre possible la construction de l'EIP sous un mode hybride. Cette construction peut être envisagée non seulement en formation initiale, mais aussi, au cœur du deuxième cycle universitaire et en formation professionnelle continue. Dans tous ces contextes, le travail en réseau pourrait être une solution pour favoriser la communication et le soutien réciproque des acteurs en jeu. Aussi, pourquoi ne pas engager les métiers du social et du psychosocial dans la réflexion ?

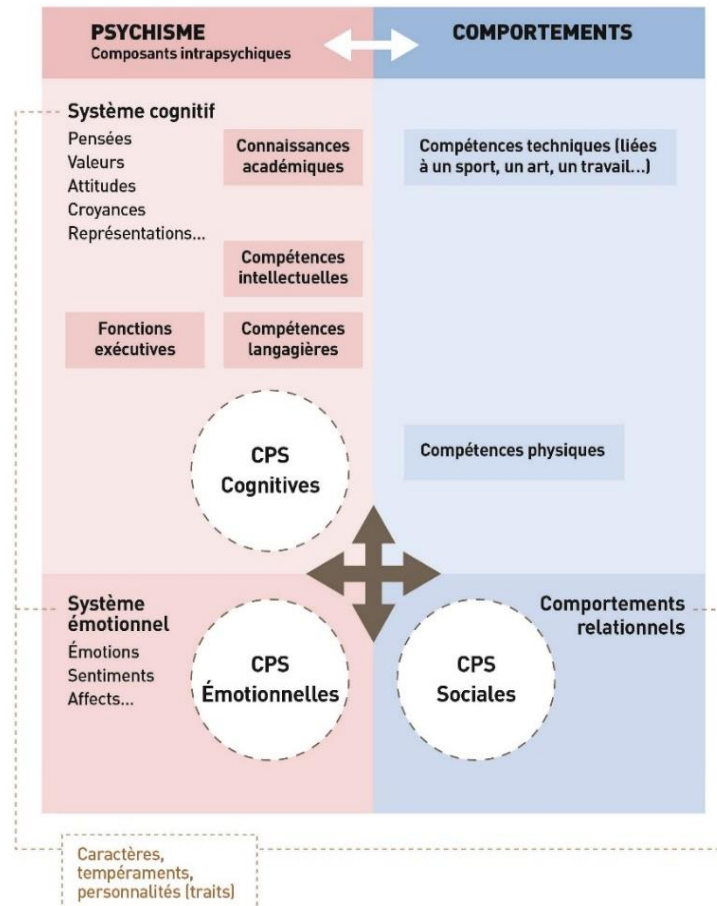
Le rapprochement actuel des formations initiales du travail social avec l'université a déjà commencé lors du processus de Bologne (1999) par l'attribution de 180 crédits européens (ECTS). En 2017, le transfert de la tutelle des Affaires Sociales de ces formations à l'Enseignement Supérieur marque leur entrée dans l'universitarisation. Ainsi, en 2018, les formations du travail social obtiennent le grade licence (Instruction de la Direction générale de la cohésion sociale, 2018) et en 2021, les assistantes sociales intègrent la catégorie A de la fonction publique. Cette entrée progressive des travailleurs sociaux à l'université pourrait aussi s'envisager par l'interprofessionnalité. Enfin, pour développer une véritable culture interprofessionnelle, pourquoi ne pas viser la création de centres de compétences interprofessionnelles, à l'instar d'écoles en santé dédiées spécifiquement à la collaboration interprofessionnelle ? Gageons que les expérimentations interprofessionnelles universitaires actuelles pourront en accélérer la mise en œuvre.

Cependant, la compréhension mutuelle considérée sous l'angle de l'interprofessionnalité, ne peut se penser sans la mise en action et le développement des Compétences Psychosociales (CPS). Notre étude a permis de montrer que les traits de personnalité influençaient les interrelations et la mobilisation des CCIP. Or, ces traits de personnalité sont relativement stables au cours de la vie (Hansenne, 2006). Le contexte d'apprentissage interprofessionnel les influence donc peu et le rôle du facilitateur se limite à réguler les interactions entre apprenants. En revanche, les CPS peuvent « être développées par des interventions éducatives [...] enseignées et renforcées tout au long de la vie » et se caractérisent par « la possibilité de changement et de développement » (Kankaras et Suarez-Alvarez, 2019, dans Santé publique France, 2022, p. 14). Elles se définissent comme

Un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives. (Instruction interministérielle n°2022/131, p. 87, 2022)

Les compétences décrites dans le référentiel de compétences collaboratives sont axées sur la pratique et nécessitent le développement et la démonstration du savoir, des habiletés, des attitudes, des valeurs et de l'esprit critique (CPIS, p. 8). Ces deux « familles » de compétences semblent ainsi partager les mêmes visées. Les CPS « se caractérisent par un haut niveau de transférabilité, et une mobilisation à large spectre transcendants les milieux, disciplines et secteurs d'intervention » (Santé publique France, 2022, p. 14) ce qui peut justifier leur usage dans la CIP. Les bénéfices des CPS sont documentés par la littérature. Entre autres bénéfices très spécifiques (programme CPS dans un but préventif), le développement des CPS accroît le « bien-être psychologique », améliore « le fonctionnement individuel et relationnel » permet « de construire des relations saines et positives », participe de « l'insertion et de la réussite professionnel » (Santé Publique France, p. 12) et « améliore le sentiment personnel d'efficacité chez les adultes » (Instruction interministérielle n°2022/131, p. 87, 2022). Dans cette perspective, les CPS peuvent être des leviers au développement des CCIP et aux changements de comportements à l'égard de la CIP. Peu identifiables dans les référentiels de formation IDE et MK et dans leur mise en œuvre, (en particulier dans leurs dimensions relationnelles et émotionnelles), les éléments relatifs à ces compétences sont pourtant incontournables dans les apprentissages, dans l'activité professionnelle et interprofessionnelle. Les trois dimensions des CPS imprègnent les compétences collaboratives interprofessionnelles. Le référentiel de compétences pour une pratique collaborative en partenariat avec le patient en santé et les services sociaux canadien décline les huit CCIP en capacités et en exemples de manifestations (CIO-UdeM, 2016, pp. 8-17). Ces capacités et leurs manifestations font directement écho aux CPS. Ne faudrait-il pas alors penser les CCIP sous l'angle des compétences psychosociales (CPS) ? Certaines études montrent que l'inscription de l'interprofessionnalité au sein des *curricula* de formation, dépend en partie des lieux et des cultures (Barrett et al., 2003, dans Aiguier et al., 2016, p. 92). Cette orientation est à interroger. La figure 6 permet de distinguer les grands domaines de compétences, les liens que les compétences entretiennent et leur impact sur les comportements des individus.

Figure 6. Représentation schématique des CSP et des concepts annexes présentés. Reproduit à partir de : Santé publique France. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes (2022, p. 15)



Les connaissances académiques, les fonctions exécutives, les compétences cognitives et techniques sont plutôt bien décrites dans les référentiels de formation IDE et MK. En revanche, le système émotionnel et les comportements relationnels sont moins prégnants (sauf avec les patients). Pourtant ces compétences semblent aujourd’hui être une voie privilégiée pour accroître non seulement la collaboration interprofessionnelle mais aussi les apprentissages et le bien être des étudiants (ce qui n’est pas sans intérêt au regard des résultats de la dernière « Enquête Bien-être » réalisée pour les ESI en 2022). Car les CPS ne visent pas exclusivement l’enfant et l’adolescent. La « stratégie nationale multisectorielle de développement des CPS chez les enfants et les jeunes 2022-2037 », vise aussi les jeunes adultes et l’enseignement supérieur. Actuellement, la direction générale de l’enseignement supérieur et de l’insertion professionnelle a pour objectif d’enseigner les CPS au sein des Instituts Nationaux Supérieurs du Professorat et de l’Éducation et dans les Masters liés aux métiers de l’enseignement, de l’éducation et de la formation. Le but poursuivi est de

développer les CPS pour tous les étudiants (Fréry, 2021, p. 2). Ainsi, le rôle de l'enseignement supérieur dans le développement des CPS est actuellement discuté : « La formation des professionnels dans le champ du travail social et des soins pourrait être renforcée également, sur la base d'un état des lieux de l'enseignement des contenus pédagogiques liés aux CPS à mener dans les structures de formation des travailleurs sociaux et des soignants » (Santé Publique France, 2022, p. 7). La question des CPS dans la formation des formateurs en sciences de la santé et dans l'approche pédagogique des étudiants doit alors être posée et faire l'objet d'une réflexion collective autour des référentiels de formation, des contenus pédagogiques associés et des critères de réussite. Individuelles et collectives, les CPS doivent non seulement s'envisager dans chaque filière, mais aussi, au regard de la mise en œuvre d'un référentiel de CCIP commun ; l'hypothèse étant que les CPS viennent en soutien à la collaboration interprofessionnelle. En effet, la pensée interprofessionnelle s'inscrit dans des allers et retours entre l'individuel et le collectif ; elle nécessite d'armer les futurs professionnels de la santé de compétences solides leur permettant de visiter et de revisiter leurs postures, leurs missions, leurs valeurs, leur culture, leur éthique, leurs responsabilités, à la lumière du genre d'autrui et d'autres référents culturels.

Prolonger notre étude pour établir un lien entre développement des CPS et développement des CCIP semble une voie intéressante. Les compétences psychosociales comptent-elles autant que l'expérience dans le développement et la mobilisation des compétences collaboratives interprofessionnelles ? Est-ce les traits de personnalité ou les compétences psychosociales qui, dans notre dispositif, ont véritablement fait la différence dans les interactions ? Maxime a moins de trente ans, il est en formation initiale de masseur-kinésithérapeute et il est, avec Nathalie, l'étudiant qui a le plus développé les compétences collaboratives interprofessionnelles. La question mérite d'être posée et d'engager d'autres recherches.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay of the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., Varpio, L., Malik, E., White, A., Zierler, B. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. (2012). *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 445-451. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.715604>
- Acker, F. (2009). Le travail de confort. Un travail au fondement des soins, mais un travail parfois empêché, peut-être en péril. *Revue Pratiques ou les Cahiers de la médecine utopique*, 45, 63-66.
- Adé, D., & Piot, T. (Dir.) (2018). *La formation entre universitarisation et professionnalisation : tensions et perspectives dans les métiers de l'interaction humaine*. Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- Agence Régionale de Santé, (ARS), (2018). Rapport Hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) en Ile-de-France : partage d'expérience. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/HAD-rapport-R-IDF-2018.pdf>
- Aiguier, G., & Loute, A. (2016). L'intervention éthique en santé : un apprentissage collectif. *Nouvelles pratiques sociales*, 28 (2), 158-172. <https://doi.org/10.7202/1041185ar>
- Aiguier, G. (2017). De la logique de compétence à la capacitation : vers un apprentissage social de l'éthique. *Éthique publique*, 19 (1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2907>
- Aiguier, G., Poirette, S., Péliissier, M. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 91-112. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0091>

- Al-Eisa, E., Alderaa, A., AlSayyad, A., Al Hosawi, F., AlAmoudi, S., AlTaib, S., Mahmoud, S., AlGhanim, T., Alghadir, A., Anwer, S. (2016). The perceptions and readiness toward interprofessional education among female undergraduate health-care students at King Saud University. *Journal of physical therapy science*, 28(4), 1142–1146. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.1142>
- Allport, G.-W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Annot, E. (2018). Introduction. Dans : D. Adé et T. Piot (Dir.) (2018), *La formation entre universitarisation et professionnalisation : tensions et perspectives dans les métiers de l'interaction humaine*. Mont-Saint-Aignan. Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 13 (3), 93-126.
- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Anthropos (Sociologiques).
- Arciniegas Cardoso, M.-I. (2015). *Parler d'expérience en situation de formation : significations, formes et fonctions : le cas des enseignants associés de l'enseignement supérieur*. [Thèse de doctorat en science de l'éducation et formation des adultes. Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01359629>
- Arénilla, L., Gossot, B., Roland, M.-C., Roussel, M.-P. (2004). *Dictionnaire de pédagogie*. Bordas.
- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in Practice Increasing Professional Effectiveness*. Jossey-Bass Publishers Publishers.
- Amalberti, R., De Montmollin, M., Theureau, J. (dirs) (1991). *Modèles en analyse du travail*, Liège, Pierre Mardaga Éditeur, (Psychologie et sciences humaines). Dans : *Formation Emploi*, 39, 77.

- American Association of Colleges of Nursing (AACN). News et Information, Research et Data Center Employment (2011). <https://www.aacnnursing.org/News-Information/Research-Data-Center/Employment/2011>
- Amigues, R. (2003). Pour une approche ergonomique de l'activité enseignante. *Skôlé*, hors-série, 1, 5-16.
- Anderson, E.-S., & Lennox, A. (2009). The Leicester Model of Interprofessional education: developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *Journal of interprofessional care*, 23(6), 557–573. <https://doi.org/10.3109/13561820903051451>
- André, J., & Canto-Sperber, M. (Dir.) (1996). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Presses Universitaires de France.
- Arrêté du 8 avril 2003 relatif au régime des études en vue du premier et deuxième cycle des études médicales. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027343762/>
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020961044>
- Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029527714>
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>
- Arrêté du 23 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041477464>
- Arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche. https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=zivDEC4kUcdPGYQLM_hUeQHzzERt1iX0PtobthCE6A0

Arrêté du 26 avril 2022 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, et modifiant l'arrêté du 9 septembre 2021. [JORF n°0106 du 7 mai 2022. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/4/26/ESRS2212231A/jo/texte](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/4/26/ESRS2212231A/jo/texte)

Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/11/10/SPRH2220195A/jo/texte>

Asmar, M. (2011). *La collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. (2011). [Thèse sciences de gestion. Liban : Beyrouth]. <http://www.theses.fr/2011PA090016>

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2017). Le leadership de la profession infirmière. *Énoncé de position*. https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf

Baier, A.-C. (2004). Confiance. Dans : J. André et M. Canto-Sperber (Dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, 1*, 353-59. Presses Universitaires de France.

Bailly, F., & Léné, A. (2017). Post-face : Retour sur le concept de compétences non académiques. *Formation emploi, 130*, 69-78. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.4419>

Baker, B., Drane, C., Chambers, J., Lindqvist, S. (2018). Training students as interprofessional learning facilitators: An exploratory study highlighting the need to build confidence. *Journal of Interprofessional Care, 32*(4), 473-480. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1442323>

Bakhtine, M. (1929). *Le marxisme et la philosophie du langage. Essai d'application de la méthode sociologique en linguistique*. Les Éditions de Minuit, collection : « Le sens commun » (trad. française de M. Yaguello, 1977).

Bakhtine, M. (1929). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard (trad. Française de A. Aucouturier, 1984).

- Bakhtine, M. (1975). *Esthétique et théorie du roman*. Gallimard (trad. française de D. Olivier, 1978).
- Balas, S. (2011). *Le référentiel, un outil de formation, un instrument de développement du métier. Le métier de masseur-kinésithérapeute en référence*. [Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. Entreprise travail emploi. <http://www.theses.fr/2011CNAM0806>
- Balas, S. (2016). Référentialisation et travail au carré : illustration avec des masseurs-kinésithérapeutes. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation*, 35, 143-156. <https://doi.org/10.4000/dse.1307>
- Balas-Chanel, A. (2014). La pratique réflexive dans un groupe, du type analyse de pratique ou retour de stage. *Revue de l'analyse des pratiques professionnelles*, 2, 28-49. <https://www.analysedepratique.org/wp-content/uploads/armelle-balas-chanel-revue-app-fevrier2014.pdf>
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Université.
- Barbier, J.-M. (2000). Chapitre III - Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions : Le cas de la formation. Dans : B. Maggi (Éd.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*, 89-104. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.maggi.2000.01.0089>
- Barbier, J.-M. (2013). Expérience, apprentissage, éducation. Dans : L. Albarello (Éd.), *Expérience, activité, apprentissage*, 65-92. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.albar.2013.01.0065>
- Barbier, J.-M., Bourgeois, E., Kaddouri, M., De Villers G. (Eds.), (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. L'Harmattan.
- Barbier, J.-M., & Demailly, L. (1994). Analyse des fonctions sociales et professionnelles de dispositifs utilisant la recherche comme outil de formation. Le cas des formations étudiées dans le réseau « Recherche et Professionnalisation ». Dans : *Recherche et Formation*, 17, 65-75. https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1994_num_17_11230

- Barbier, J.-M., Thievenaz, J. (2013). *Le travail de l'expérience*. L'Harmattan.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu* (2^{ème} édition). Presses universitaires de France.
- Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu* (8^{ème} édition). Presses universitaires de France.
- Barr, H. (2002). Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. *London, UK Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network*.
<https://doi.org/OccasionalPaperNo1>
- Barr, H. (2013). Toward a theoretical framework for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 27(1), 4-9. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.698328>
- Barr, H., & Coyle, J. (2013). Introducing interprofessional education. In : S. Loftus, T. Gerzina, J. Higgs, M. Smith et E. Duffy (Dir.), *Educating health professionals: Becoming a university teacher*.185-196. Sense Publishers. <https://www.sensepublishers.com/pagina.php?id=21899etvlag=en>
- Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., Machin, A., Reeves, S. (2017). *CAIPE : Interprofessional Education Guidelines*. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-educationguidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>
- Bedwell, W., Wildman, J., DiazGranados, D., Salazar, M.-R., Kramer, W.-S., Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2),128–145. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053482211000544>.
- Bellier, S. (2000). Compétence comportementale : appellation non contrôlée. Dans : S. Bellier (Dir.), *Compétences en action*, 125-135. Liaisons.
- Ben Maaouia, M. (2017). *Étude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim*. [Thèse de doctorat, Université du Maine]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-0181120>
- Benner, P. (2003). *De Novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Elsevier Masson.

- Berland, Y. (2003). Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. *Rapport transfert de compétences*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>
- Berland, Y., & Bourgueil Y. (2006). Rapport. Cinq expérimentations de coopération et de délégation des tâches entre professions de santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf
- Berthaud, J. (2017). Mesurer les compétences transversales des étudiants : apports et limites d'une grille d'autoévaluation. *Mesure et évaluation en éducation, Érudit*, 40(3), 1-35. <https://doi.org/10.7202/1048909ar>
- Bilodeau, K., Dubois, S., Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 43-50. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>
- Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers*. Collections Paramètres. Les Presses Universitaires de Montréal.
- Bobillier Chaumon, M.-E., Rouat, S., Laneyrie, E., Cuvillier, B. (2018). De l'activité DE simulation à l'activité EN simulation : Simuler pour stimuler. *Activités*, 15(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/activites.3136>
- Boët, S., Granry, J.-C., Savoldelli, G. (2013). *La simulation en santé : de la théorie à la pratique*. Springer-Verlag.
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J., Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial. *Implementation Science*, 9(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-24>
- Bonnefond, J.-Y. (2016). *L'intervention dans l'organisation en clinique de l'activité : le dispositif « DQT » RENAULT à l'usine de Flins*. [Thèse de doctorat. Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01546345/document>
- Bonnefond, J.-Y. (2010). *L'orientation scolaire et professionnelle*. Dans : Y. Clot, *Travail et pouvoir d'agir*, P.U.F. 39/4. <https://doi.org/10.4000/osp.2959>

- Bonnemain, A. (2015). Les paradoxes de l'intensité affective dans l'autoconfrontation : L'exemple de l'activité dialogique des chefs d'équipe de la propreté de Paris. Sociologie. Conservatoire national des arts et métiers. [\(NNT : 2015CNAM1021\)](#)
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., Mckey, C.-A., Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 71-84. <https://doi.org/10.1111/jan.13162>
- Borrill, C., Carletta, J., Carter, A., Dawson, J., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., Shapiro, D., West, M. (2001). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service Report*. https://www.researchgate.net/publication/238686262_The_Effectiveness_of_Health_Care_Teams_in_the_National_Health_Service_Report
- Borniche, D. (2017). Le code de déontologie est une "chance pour la profession". Entretien avec Didier Borniche, Président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers. *La revue de l'infirmière*, 228, 5-6.
- Boubée, N. (2010). La méthode de l'autoconfrontation : une méthode bien adaptée à l'investigation de l'activité de recherche d'information ? *Études de communication*, 35, 2-9. <https://edc.revues.org/2265>
- Bourdieu, P. (2000a). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Éditions du seuil
- Bourdieu, P. (2000). *Science de la science et réflexivité*. Collection Cours et Travaux. Raisons d'agir.
- Bourdoncle, R. (1991). Note de synthèse. La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines. *Revue française de pédagogie*, 94, 73-92. <https://doi.org/10.3406/rfp.1991.1368>
- Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs de la professionnalisation. *Recherche et Formation*, 35, 117-132. <https://doi.org/10.3406/refor.2000.1674>
- Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot : Universitarisation. *Recherche et formation*, 54, 135-149. <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR054-09.pdf>

- Boutinet, J.-P. (1998). *L'immaturation de la vie adulte* (1^{ère} édition.). Presses Universitaires de France.
- Boutinet, J.-P. (2009). *L'ABC de la VAE*. ERES.
- Boutinet, J.-P. (2013). *Psychologie de la vie d'adulte* (5^{ème} édition). Presses Universitaires de France.
- Boutinet, J.-P. (2014). Actualité des transitions dans les parcours de vie adulte. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 43(4). <https://doi.org/10.4000/osp.4463>
- Boutinet, J.-P. (2020). Chapitre IV. Étapes, crises, transitions. Approche dynamique de la vie adulte. Dans : J.-P. Boutinet (Éd.), *Psychologie de la vie adulte*, 50-65. Presses Universitaires de France.
- Boyer, S., Rix-Lièvre, G., Récopé, M. (2015). L'arbitrage de haut niveau, une affaire d'équipe. *Movement et Sport Sciences*, 87, 91-101. <https://doi.org/10.3917/sm.087.0091>
- Braithwaite, J., Westbrook, M., Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Runciman, W., Foxwell, A. R., Boyce, R. A., Deviney, T., Westbrook, J. (2012). A four-year, systems-wide intervention promoting interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 12 (99), 568-77. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-99>
- Brandt, B.-F., & Schmitz, C. (2017). The US national center for interprofessional practice and education measurement and assessment collection. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 277-281. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1286884>
- Bronckart, J.-P. (2004). Pourquoi et comment analyser l'agir verbal et non verbal en situation de travail. Dans : J.-P. Bronckart et Groupe LAF (Éds), *Agir et discours en situation de travail*. Genève, *Cahiers de la Section des sciences de l'Éducation*, 103, 11-144. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:109842>
- Brossard, M., & Fijalkow J. (2008). *Vygotski et les recherches en éducation et en didactiques*. Presses Universitaires de Bordeaux.

- Brossard, M. (2008). Concepts quotidiens/concepts scientifiques : réflexions sur une hypothèse de travail. *Carrefours de l'éducation*, 26, 67-82. <https://doi.org/10.3917/cdle.026.0067>
- Brun, G. (2017). Pouvoir d'agir, en analyse de l'activité. *Activités*, 14-1, 1-24. <https://journals.openedition.org/activites/2957>.
- Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2022/18 du 31 août 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf>
- Bulliard, C. (2015). *Approche clinique de l'insertion professionnelle des infirmières débutantes au sein d'une équipe de soins : analyse de la dynamique identitaire à partir d'événements rencontrés durant la première année de travail*. [Thèse de doctorat. Université de Genève]. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:80148>
- Burger, M. (2006). Compte-rendu de : Filliettaz Laurent et Jean-Paul Bronckart (éds), L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications. *Revue suisse des sciences de l'éducation*, 28 (2) 315-20. Peeters. https://serval.unil.ch/en/notice/serval:BIB_659BB88C1830
- Busari, J.-O., Moll, F.-M., Duits, A.-J. (2017). Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care : A case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 227-234. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S140042>
- Büyükgüzel, S. (2011). Modalité et subjectivité : regard et positionnement du locuteur. Dans : *Synergies Turquie*, 4, 139-51. <https://www.researchgate.net/publication/244817989>
- Cahour, B., Licoppe, C. (2010). Confrontations aux traces de son activité. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 243-253.
- Campbell, J.-C., Coben, J.-H., McLoughlin, E., Dearwater, S., Nah, G., Glass, N., Lee, D., Durborow, N. (2001). An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8(2), 131–138. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01277.x>

- Campo, M., Champely, S., Lane, A.M., Rosnet, E., Ferrand, C., Louvet, B. (2016). Emotions and performance in rugby. *Journal of Sport and Health Science*, 1(6), 1-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095254616300369?via%3Dihub>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (2007). *CIHC Statement on the Definition and Principles of Interprofessional Education*. Vancouver, British Columbia, Canada : Canadian Interprofessional Health Collaborative. <https://www.mcgill.ca/ipoffice/ipe-curriculum/cihc-framework>
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires*. [Thèse de Doctorat, Laval, Québec]. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/These_Emmauelle_Careau/These_Emmauelle_Careau.pdf
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - *Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CONTINUUM_v15_web_1_.pdf
- Careau, E., Vincent, C., Swaine, B.-R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *Journal of interprofessional care*, 25(4), 299–301. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566649>
- Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004). Chapitre 4 - Au-delà des médecins : les autres groupes professionnels du monde médical. Dans : D. Carricaburu et M. Ménoret (Dir.), *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*, 61-74. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01.0061>

- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi*, 88, 43-55. <https://doi.org/10.3406/forem.2004.1737>
- Carpenter, J., & Dickinson, H. (2008). *Interprofessional education and training*. Policy Press.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. Dunod.
- Carré, P., & Caspar, P. (1999). *Traité des sciences et méthodes de la formation*. Nathan.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Armand Colin.
- Cartron, E., Lefebvre, S., Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 76-86.
- Cau-Bareille, D. (2006). Collectifs et âges. Actes du séminaire Vieillesse et Travail. Rapport de recherche du Centre d'Etudes de l'Emploi, rapport de recherche, Âges, santé, travail : quelles évolutions ? *Quinze ans de travaux du Créapt*, 37, 99-133. https://pmb.cereq.fr/doc_num.php?explnum_id=1503
- Cazenave, M. (2009). L'exode vers l'exercice libéral est-il inexorable ? questionnement autour de la future orientation professionnelle des étudiants kinésithérapeutes. *Kinésithérapie, la revue*, 9, 23-28. <https://www.em-consulte.com/article/222366/lexode-vers-lexercice-liberal-est-il-inexorableq>
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education, (CAIPE), (2018). <https://www.caipe.org/>
- Centre For The Advancement Of Interprofessional Education (CAIPE), (2017). Principles of interprofessional education. <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>

- Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL), créé par le CNRS en 2005. <http://www.cnrtl.fr/>
- Cerisier, J-F. (1999). Environnements d'apprentissage collectifs en réseaux. Paris, Centre Régional de Documentation Pédagogique, Poitou-Charentes. <http://www.crdp-poitiers.cndp.fr/manifestations/PNF/pnf1999/aspects.htm>
- Chaboissier, M. (2009). Profession infirmière, un siècle de professionnalisation. *Soins*, 732, 12, 63-64. <https://www.em-consulte.com/article/206161/1s10-profession-infirmierec-un-siecle-de-profession>
- Champy, F. (2009). *La Sociologie des professions*. Presses Universitaires de France.
- Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., Russell, G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of clinical nursing*, 11(1), 12-21. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00553.x>
- Charette, M., Goudreau, J., Alderson, M. (2014). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers*, 116, 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0028>
- Charette, M., Goudreau, J., Bourbonnais, A. (2019). Un modèle de développement et de déploiement de compétences pour les enseignants et les formateurs cliniques en sciences infirmières. *Avancées en formation infirmière*, 5 (2), Article 6. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1188>
- Chaubet, P. (2012). La réflexion, processus déclenché et constructeur : cas d'enseignants de FLS en formation ou en exercice et d'aspirants coopérants internationaux. *Recherches qualitatives*, 31(2), 108-132. <https://doi.org/10.7202/1084731ar>
- Chauvigné, C., & Coulet, J-C. (2010). L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ? *Revue française de pédagogie*, 172, 15-28. <https://doi.org/10.4000/rfp.2169>
- Chauvigné, Ch., & Lenoir Y. (2010). Les référentiels en formation : enjeux, légitimité, contenu et usage. *Recherche et formation*, 64, 9-14. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.327>

- Chenu, F. (2016). Éclairer les performances par une analyse après coup pour évaluer des compétences professionnelles. *Mesure et évaluation en éducation*, 39 (1), 23–44. <https://doi.org/10.7202/1036704ar>
- Choplin, A. (2015). *L'imitation socioconstructiviste au service de l'efficacité palpatoire des étudiants masseurs-kinésithérapeutes : émergence d'une habileté massothérapeutique dans la prise en charge de la fibromyalgie*. [Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01205648>
- Chung, CH.-V., Chun Hong L., Griffiths S.-M. (2012). Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: *Systematic Review of Qualitative Studies*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050022>.
- Ciavaldini-Cartaut, S. (2009). *Histoire de l'activité conjointe dans la formation de terrain des enseignants du secondaire : vers une psychologie du développement de l'activité de l'adulte en formation*. [Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00472312>
- Clark, P.-G., Weeks, L.-E., Van Den Bergh, G., Doucet, S. (2017). Gerontology across the professions and the Atlantic: Development and evaluation of an interprofessional and international course on aging and health. *Gerontology et Geriatrics Education*, 38(2), 141-157. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1144599>
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme : pour une psychologie des milieux de travail*. La Découverte.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. 5^{ème} édition 2006. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2001). Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. *Éducation Permanente*, 146, 7-17.
- Clot, Y. (2001a). Clinique du travail et problème de la conscience. *Travailler*, 6 (2), 31-54. <https://www.cairn.info/revue-travailler-2001-2-page-31.htm>
- Clot, Y. (2002). Clinique l'activité et répétition. Ères. *Cliniques méditerranéennes*, 66, 31-53. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2002-2-page-31.htm>

- Clot, Y. (2003). Vygotski : la conscience comme liaison. Dans : L. Vygotski, *Conscience, inconscient, émotions*, 7-59. La Dispute.
- Clot, Y. (2004). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de psychologie*, Tome 57(1), 469, 5-12.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1(1), 83-93. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.106>
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2008a). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. *Éducation Permanente*, 177(4), 67-77. <https://core.ac.uk/download/pdf/231947727.pdf>
- Clot, Y. (2008b). Le statut de la clinique en psychologie du travail : une clinique de l'activité. *Psychologie français*, 53, 173-193.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Clot, Y. (2011). Le métier comme opérateur de santé. *Groupe d'études de psychologie, Bulletin de psychologie*, 511, 1-38. <https://doi.org/10.3917/bupsy.511.0031>
- Clot, Y. (2013). Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? *Activités*, 10(2), 39-53. <https://doi.org/10.4000/activites.716>
- Clot Y. (2014). Développer le métier, le collectif dans l'individu. Conférence pour l'Association pour la recherche sur l'intervention en sport (ARIS), colloque, mai 2012, Amiens. <http://www.epsetsociete.fr/Developper-le-metier-le-collectif>
- Clot, Y. (2015). Vygotski avec Spinoza, au-delà de Freud. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 140(2), 205-224. <https://www.cairn.info/revue-philosophique-2015-2-page-205.htm>
- Clot, Y. (2018). Travail et psychologie : Vygotski avec Spinoza. *Astérior*. <http://journals.openedition.org/asterion/3539>. <https://doi.org/10.4000/asterion.3539>

- Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7- 42. <http://masterprotc4.free.fr/IMG/pdf/texteclot4.pdf>
- Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. (2001). Entretiens en auto-confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Éducation Permanente*, 2-1, 17- 27. <https://journals.openedition.org/pistes/3833>
- Clot Y., & Fernandez G. (2005). Analyse psychologique du mouvement : apport à la compréhension des TMS. *@ctivités*, 2(2), 69-78. <https://journals.openedition.org/activites/1818>
- Clot, Y, & Leplat J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68(4), 289-316. <https://doi.org/10.3917/th.684.0289>
- Clot, Y., & Kostulski, K. (2007). *Dialogue, activité, développement*. L'Harmattan.
- Clot, Y., & Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable*. Armand Colin.
- Clot, Y, & Simonet P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 78, 31-52. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02298462>
- Clot, Y., Bonnefond, J-Y, Bonnemain, A., Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.
- Clouzot, O., & Bloch A., 1981. *Apprendre autrement : clés pour le développement personnel*. Les Éditions d'organisation.
- Consortium National de Formation en Santé, volet Université d'Ottawa. (2022). Apprendre à travailler en collaboration interprofessionnelle : une nécessité de 21^{ème} siècle. *Formation continue en santé*. <https://cnfs.ca/media/attachments/2022/03/11/fiche-pdf-inter2022-03-11.pdf>
- Consortium National de Formation en Santé, volet Université d'Ottawa. (2020). Outil d'évaluation des compétences en collaboration interprofessionnelle par la simulation. <https://www.cnfs.ca/professeurs-outils-interprofessionnelle>
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Inter Éditions.

- Collin, S., & Karsenti, T. (2011). Construction de la pratique réflexive dans l'interaction en ligne des enseignants-stagiaires. *Revue canadienne de l'éducation*, 34(4), 34-58. <https://edutice.archives-ouvertes.fr/edutice-00676174/document>
- Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UDEM), (2016). Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux. *Référentiel de compétences*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_2016.pdf
- Comon, J. (1997). La profession des masseurs kinésithérapeutes de la nuit des temps à nos jours. *Cahiers de kinésithérapie*, 186 (4), 37- 43. Masson.
- Conférence du processus de Bologne, 2018. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid37236/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid37236/le-processus-de-bologne-et-la-conference-ministerielle-de-paris-2018.html>
- Conn, L.G., Lingard, L., Reeves, S., Miller, K. L., Russell, A., Zwarenstein, M. (2009). Communication channels in general internal medicine: a description of baseline patterns for improved interprofessional collaboration. *Qualitative health research*, 19(7), 943–953. <https://doi.org/10.1177/1049732309338282>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010-
- Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (CCICP), (2011). Report of an Expert Panel. <https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>
- Correa Molina, E., Collin, S., Chaubet, P., Gervais, C. (2010). Concept de réflexion : un regard critique. *Éducation et francophonie*, 38(2), 135-154. <https://doi.org/10.7202/1002160ar>
- Cosnier, J. (1982). Communications et langages gestuels dans : J. Cosnier, A. Berrendonner, J. Coulon, C. Orecchioni, C. (Éds.), *Les voies du langage : communications verbales gestuelles et animales*. Bordas.

- Coster, S., Norman, I., Murrells, T., Kitchen, S., Meerabeau, E., Sooboodoo, E., d'Avray, L. (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(11), 1667–1681. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.008>
- Coudray, M.-A., & Gay, C. (2009). *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Masson
- Couturier, Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires : distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 23-33. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0023>
- Cros F., & Raisky C. (2010). Référentiel. *Recherche et formation*, 64, 105-116. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation>.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Le Seuil.
- Curran, V. (s. d.). Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice Framework : Santé Canada. *Research Synthesis Paper*. [https://research.library.mun.ca/154/1/Interprofessional Education for collaborative patient centred practice.pdf](https://research.library.mun.ca/154/1/Interprofessional_Education_for_collaborative_patient_centred_practice.pdf)
- D'amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. [Thèse de Doctorat, Université de Montréal]. <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD0003/NQ32608.pdf>
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(1), 136-145. https://www.academia.edu/32714471/Collaboration_entre_les_infirmi%C3%A8res_et_les_m%C3%A9decins_de_famille_Pourquoi_et_dans_les_conditions
- D'Amour, D., Lévy, R., Sicotte, C. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 67-94.

- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.-F., Remondin, M. (2004). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Centre Ferasi. <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/r03-07.pdf>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (dir.). (2004), Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice, Ottawa, Santé Canada. http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194662491284/Interdiscipline.PDF
- D'Amour, D., Oandasan I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessionnal Care*, 19, 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L.-S., Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Dabaghzadeh, F., Zihayat, B., Sarafzadeh, F. (2017). Influence of pharmacy students on the attitudes of medical students following an interprofessional course. *Education for health*, 30(2), 103–107. https://doi.org/10.4103/efh.EfH185_16
- Danvers, F. (2009). *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ?* Presses Universitaires du Septentrion.
- Darbellay, F. (2011). Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 7 (1), 65–87. <https://doi.org/10.7202/1007082ar>
- Debeauvais, J., Essid, A., Allal, P., Elshoud S., Thomas, F. (2016). Rapport. Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre

des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de santé. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>

Deaudelin, C., Nault T., Laferrière, T. (préface de) (2003). *Collaborer pour apprendre et faire apprendre. La place des outils technologiques*. Presses de l'Université de Québec

Debarge, A. (2013). *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes*. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux Segalen]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955507>

De Berny, C., Rousseau, A., Deschatre, M. (2021). Les usages du numérique dans l'enseignement supérieur. *L'Institut Paris région*. https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/000pack2/Etude_2690/Rapport_usage_du_numerique_enseig_sup_oct_2021.pdf

Déclaration de Bologne, (1999). http://www.amue.fr/fileadmin/amue/veille-reglementaire/d_bologne.pdf

Décret n°2006-270 du 7 mars 2006 relatif à la composition et aux modalités d'élection des conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils de l'ordre des pédicures-podologues et de leurs chambres disciplinaires et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000454354/>

Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decret-n-2008-1135-du-3-novembre-2008-portant-code-de-deontologie-des-masseurs-kinesitherapeutes/>

Décret n°2008-517 du 2 juin 2008 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000018891376>

Décret n°2016-1605 du 25 Novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479578/>

Décret n°2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre et modifiant le décret n° 2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037181774/>

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT>

Décret n°2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n°87-31 du 20 janvier 1987 relatif au conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039296788>

Décret n°2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041870142>

Dejours, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. Dans : A. Caillé (Dir.), *La quête de reconnaissance. Nouveau phénomène social total*, 58-70. La Découverte.

Dejours, C., & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13, 75-91. <https://doi.org/10.3917/nrp.013.0075>

Del Rey, A. (2009). *À l'école des compétences : De l'éducation à la fabrique de l'élève performant*. La Découverte.

Del Rey, A. (2012). Le succès mondial des compétences dans l'éducation : histoire d'un détournement. *Rue Descartes*, 73, 7-21. <https://doi.org/10.3917/rdes.073.0007>

Demailly, L. (2001). La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle. Dans *Revue des sciences de l'éducation*, XXVII/3, 523-543.

Démographie des infirmiers (2021). Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2021. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Démographie des kinésithérapeutes (2020). Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>

Denis, J.-L., Gibeau E, Langley A, Pomey M.-P. (2012). Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances. Association québécoise d'établissement de santé et de service-sociaux. https://www.researchgate.net/publication/303820211Modeles_et_enjeux_du_partenariat_medico-administratifEtat_des_connaissances

Denjean, M. (2002). Compagnonnage et compétences, fiche technique du CEDIP n°22, la lettre du CEDIP. http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/22-compagnonnage_et_compences_-_pourquoi_-_comment_cle72794c.pdf

Derobertmasure, A. (2012). *La formation initiale des enseignants et le développement de la réflexivité ? Objectivation du concept et analyse des productions orales et écrites des futurs enseignants* [Thèse de doctorat, Université de Mons-Hainaut]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00726944>

De Singly, F. (1992). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Nathan.

Dewey, J. (1934). *L'art comme expérience*. Gallimard.

Dewey, J. (1997). *Democracy and Education. An introduction to the philosophy of education*. Armand Colin.

Diaz Granados, D., Dow, A.-W., Appelbaum, N., Mazmanian, P.-E., Retchin, S.-M. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings : A qualitative exploration. *Journal of interprofessional care*, 32(2), 151–159. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1383886>

Direction Collaboration et Partenariat Patient et Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal. (DCPP et CIO-UdeM, 2016). Référentiel de compétences

de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-2016.pdf

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. (2017). Études et Résultats, n°1062. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/53-d-infirmiers-en-plus-entre-2014-et-2040-une-forte-hausse-qui-repond-a-la-11837>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluations et des Statistiques, (2017a). L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf. Consulté le 10/04/2018

Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, (2016). Profil des infirmiers en 2014. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er982.pdf>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, (2014). Profil des infirmiers en formation en 2014. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/profil-des-infirmiers-en-formation-en-2014>.

Dorlin, E. (2006). *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. La Découverte.

Dubar, C., & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Armand Colin.

Dubar, C. (1987). *L'autre jeunesse : des jeunes sans diplôme dans un dispositif de socialisation*. Presses Universitaires de Lille.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*. Presses Universitaires de France.

Duboscq, J. & Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4,2, 255-286. <https://doi.org/10.3917/rac.010.0255>

- Dumesnil, R., & Bonnet-Roy, F. (1947). *Les médecins célèbres*. Éditions d'art Lucien Mazenod.
- Emde, R., Oppenheim, D., Guédeney, A. (2002). La honte, la culpabilité et le drame œdipien : considérations développementales à propos de la moralité et de la référence aux autres. *Devenir*, 14, 335-362. <https://doi.org/10.3917/dev.024.0335>
- Enquête « bien être ». Dossier de Presse. (2022). Fédération Nationale des Étudiant·e·s en Sciences Infirmières. https://www.fnesi.org/api-website-feature/files/download/18703/ddp-enquete-bien-etre-2022-de-la-fnesi-version-presse-2_1.pdf
- Ettayebi, M., Opertti, R., Joannert, P. (2008). Logique de compétences et développement curriculaire. Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 803–804. <https://doi.org/10.7202/1006270ar>
- European Healthcare Students' Associations Summit, 2016. Joint Policy Paper on Interprofessional education. https://epsa-online.org/images/EHSAS_Joint_Policy_Paper_on_Interprofessional_Education.pdf
- Évaluation du Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017 (PNSP). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677>
- Evans, S. M., Ward, C., Reeves, S. (2017). An exploration of teaching presence in online interprofessional education facilitation. *Medical Teacher*, 39(7), 773-779. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1297531>
- Ewashen, C., McInnis-Perry, G., Murphy, N. (2013). Interprofessional collaboration-in-practice: the contested place of ethics. *Nursing ethics*, 20(3), 325–335. <https://doi.org/10.1177/0969733012462048>
- Faïta, D., & Vieira, M. (2003) Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *D.E.L.T.A*, 19, 123-154.
- Faucheux, C., & Moscovici, S. (1971). *Psychologie sociale théorique et expérimentale : Recueil de textes choisis et présenté*. Mouton Editeur. Paris. La Haye. [https://psyaanalysecom/pdf/PSYCHOLOGIE%20SOCIALE%20THEORIQUE%](https://psyaanalysecom/pdf/PSYCHOLOGIE%20SOCIALE%20THEORIQUE%20)

[20ET%20EXPERIMENTALE%20-%20BIBLIO%20\(507%20Pages%20%205,4%20Mo\).pdf](#)

Faye, H., & Falzon, P. (2009). Strategies of performance self-monitoring in automotive production. *Applied Ergonomics*, 40(5), 915-921.

Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers. FNESI, (2020). La jeunesse construit le système de santé français de demain. <http://www.fnesi.org/>

Fernandez, G. (2004). *Développement d'un geste technique. Histoire du freinage en Gare du Nord*, [Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <http://www.theses.fr/2004CNAM0450>

Ferrary, M. (2001). Pour une théorie de l'échange dans les réseaux sociaux : Un essai sur le don dans les réseaux industriels de la Silicon Valley. *Cahiers internationaux de sociologie*, 111, 261-290. <https://doi.org/10.3917/cis.111.0261>

Fréry, N. (2021). Dans : Séminaire « Développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national », État actuel de la situation française Les compétences psychosociales dans les politiques publiques. <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/evenements/seminaire-developpement-des-competences-psychosociales-des-enfants-et-des-jeunes-un-referentiel-pour-favoriser-un-deploiement-national-14-et-1>

Feroni, I. (1994). *Les infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel*. [Thèse de Doctorat, Université de Nice]. <http://www.theses.fr/1994NICE2009>

Fiches pédagogiques Hôpital-Patients-Santé-Territoire. Ministère de la santé et des sports. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf

Fixmer, P. (2009). *L'inter-médiation artefactuelle au cœur du processus cognitif collaboratif*. [Thèse de doctorat, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752977/document>

Flandin, S. (2015). Trois approches contrastées de la vidéoformation dans le paysage francophone. Tensions épistémologiques et effets en formation. Dans : L. Ria,

- Former les enseignants au XXI^e siècle : Établissement formateur et vidéoformation*, 151-159. De Boeck supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ria.2015.02.0151>"
- Fondation Nationale de Gérontologie. (2011). Vieillesse et migrations. *Gérontologie et société*, 34, 139, 208-209.
- Fortier, L. (2004). Des alliances au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle. *AQIISM*, 1-17 : Hôpital Louis-H Fontaine. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs59738>
- Fortin, B. (2000). L'interdisciplinarité : rêves et réalité. *Psychologie Québec*, 17(3), 39-40. <http://www.psychologue.levillage.org/interdisciplinaire.html>
- Fortin, B., & Méthot L. (2004). S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire : pistes de réflexion. *Revue québécoise de psychologie*, 25(1), 99-118. http://www.psychologue.levillage.org/04_Fortin_Methot.pdf
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Presses universitaires de France.
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of interprofessional care*, 29(2), 113–118. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T.-N., Myran, L., Linn, B., Hornecker, J. (2018). Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *Journal of interprofessional care*, 32(2), 127–135. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1399868>
- France Stratégie, (2017). Compétences transférables et compétences transversales. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/competences-transferables-transversales>
- Frank, J.-R., Snell, L., Sherbino, J., Boucher, A. (2015). Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa, ON : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS_2015_Framework_FR_Reduced.pdf

- Freeth, D., & Reeves, S. (2004). Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of interprofessional care*, 18(1), 43–56. <https://doi.org/10.1080/13561820310001608221>
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Le Seuil.
- Fung, L.-Y., Downey, K., Watts, N., Carvalho, J. (2017). Barriers to collaborative anesthetic care between anesthesiologists and nurses on the labour and delivery unit: a study using a modified Delphi technique. *Canadian journal of anaesthesia*, 64(8), 836–844. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0895-z>
- Fustier, P. (1999). *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial. Professionnalité niveau un et métaprofessionnalité*. Dunod.
- Gachoud, D., Gallant, S., Lucarellin, L., Oberhauser, N. (2017). Éducation interprofessionnelle et pratique collaborative : Le modèle de Lausanne (Français). Médecine et Hygiène.
- Gagnon, M. (2008). La question des compétences transversales en éducation : de la métaphore du transfert à celle de la mobilisation. *Revue Education-Formation*, e-288, 25-36. <http://revueeducationformation.be/>
- Gangloff-Ziegler, C. Les freins au travail collaboratif. Le travail collaboratif, une innovation générique. *Cahiers d'Economie et de Gestion de la Côte d'Opale*, 95-112. Marché et Organisations. L'Harmattan. https://www.researchgate.net/publication/49135282_Les_freins_au_travail_collaboratif
- Garnier, C., & Marchand, C. (2012). Portfolio en Institut de formation en soins infirmiers : Mythe ou réalité. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 98-112.
- Gatto, F., Vincent, S., Michel, S. (2016). Pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? *Kinésithérapie, la revue*, 16, 180, 24-31.

<https://www.em-consulte.com/article/1093497/pourquoi-la-nouvelle-formation-initiale-des-kinesi>

- Gaudin, C. (2015). Vidéoformation au plan international : état de l'art, zones d'ombre et perspectives. Dans : L. Ria (Éd.), *Former les enseignants au XXI^e siècle : 1. Établissement formateur et vidéoformation*, 13, 1-150. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ria.2015.02.0131>
- Geadah, R. (2012). Regards sur l'évolution des soins : Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 16-32.
- Geay, A. (2007). L'alternance comme processus de professionnalisation : implications didactiques. *Education permanente*, 172, 27-38.
- Gendron, B. (2007). Des compétences émotionnelles au capital émotionnelles : une approche théorique relatives aux émotions. *Cahiers du Cerfée*, 9, 9-55. https://www.academia.edu/6219767/GENDRON_BENEDICTE_Des_comp%C3%A9tences_%C3%A9motionnelles_au_capital_%C3%A9motionnel_une_approche_th%C3%A9orique_relative_aux_%C3%A9motions
- Genevois, G. (1992). Etho-psychologie des communications et pédagogie. Notes de synthèse, *Revue française de pédagogie*, 100. <file://localhost/81-103>. <https://doi.org/10.3406:rfp.1992.1321>. www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1992_num_100_1_1321
- Gérard, F.-M. (2007). La complexité d'une évaluation des compétences à travers des situations complexes : nécessités théoriques et exigences du terrain. Dans : M. Ettayebi, R. Operti, P. Jonnaert (Éd.), *Logiques de compétences et développement curriculaire : débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs*, 167-183. L'Harmattan.
- Gleyse, J. (2005). Quelques croyances en éducation physique au XX^e siècle, en France. Dans : J. Gleyse (Dir.) *Éducation physique XX^e siècle. Approches historique et culturelle*. Vigot.
- Goetschy, J. (1981). Les théories du pouvoir. *Sociologie du travail*, 4, 447-467. <https://doi.org/10.3406/sotra.1981.1699>

- González-Martínez, E., & Bulliard, C. (2018). Collaboration interprofessionnelle jeune infirmière diplômée-assistante sociale : appels téléphoniques de préparation de la sortie de l'hôpital. *Recherche en soins infirmier*, 133, 15-36. <https://doi.org/10.3917/rsi.133.0015>
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International journal of nursing education scholarship*, 6, Article 15. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1685>
- Grace, S., Innes, E., Joffe, B., East, L., Coutts, R., Nancarrow, S. (2017). Identifying common values among seven health professions: An interprofessional analysis. *Journal of interprofessional care*, 31(3), 325-334. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1288091>
- Grande Conférence de la santé (2016). Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels. Conseil économique, social et environnemental, Paris, 11 février 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf
- Grany, J.-C., & Moll, M.-C. (2012). Haute Autorité de Santé, Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
- Grasser, B., & Rose, J. (2000). L'expérience professionnelle : sa définition, son acquisition et son utilisation. *Les Cahiers du Grée*, 13.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: finding common ground for multiparty problems*. Jossey-Bass Inc. et Jossey-Bass Limited.
- Gray, B., & Wood, D.J. (1991). Collaborative alliances: Moving from practice to theory. *Journal of Applied behavioral science*, 27(2), 3-22.
- Gresle, F., Panoff, M., Perrin, M., Tripier, P. (1994). Dictionnaire des Sciences Humaines, Sociologie et anthropologie. Nathan.

- Grille d'autoévaluation des compétences collaboratives interprofessionnelles (RCPI), (2010). <https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Grille>
- Grize, J-B. (1996). *Logique naturelle et communication*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.grize.1996.01>
- Grosjean, M., Lacoste M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Presses Universitaires de France.
- Guével, M.-R., Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24, 23-38. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>
- Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research : Discussion on Paper (2019). A joint publication by interprofessionnal Research.global and Interprofessionnal.Global. https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/10/Guidance-on-Global-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice-Research_Discussion-Paper_FINAL-WEB.pdf
- Guide compétences scolaires, (2014). https://guidecompetencescles.scola.ac-paris.fr/Doc/A2_Ressources_internes.pdf
- Guraya, S.-Y., & Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 34(3), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
- Hamel, J. (1995). Réflexions Sur L'interdisciplinarité à partir de Foucault, Serres et Granger. *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, 33(100), 191–205. <http://www.jstor.org/stable/40370951>
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no. 9. *Medical teacher*, 29(8), 735–751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Hampton, D.-R., Summer, C.-E., Webber, R.-A. (1978). *Organizational behavior and the practice of management*. United States of America. Scott, Foresman and company.

- Haas, V., & Jodelet, D. (2007). Pensée et mémoire sociales, chapitre 3, 118-161. Dans : J.-P. Pétard. *Psychologie sociale*. (2nde édition). Bréal.
- Hansenne, M. (2006). *Psychologie de la personnalité*. De Boeck.
- Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? *Forum*, 148, 8-16. http://doc.iut2.upmf-grenoble.fr/Forum/Forum_148.pdf
- Hargreaves, A. (1994). *Changing teacher, changing times: teacher's work and culture in the postmodern age*. Teachers College Press.
- Haute Autorité de Santé, (2007). Guide affection de longue durée. Paraplégie (lésions médullaires). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ald_20_guide_paraplegie_20_septembre_2007.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2008). Délégation, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2012). Évaluation et amélioration des pratiques Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2012). Grany, J-C, Moll, M-C. Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2012a). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

- Haute Autorité de Santé, (2015). Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi.
- Haute Autorité de Santé, (2018). Crew Resource Management en Santé (CRM Santé). Programme d'amélioration continue du travail en équipe. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852388/en/crew-resource-management-en-sante-crm-sante
- Haute Autorité de Santé, (2019a). Recommandations simulation en santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
- Haute Autorité de Santé, (2019b). Guide simulation en santé et gestion des risques. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2019c). Débriefing en simulation-Portail Professionnels. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_11_debriefing_en_simulation.pdf
- Haute Autorité de Santé, (2020a). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire
- Haute Autorité de Santé, (2020). Développement professionnel continu (DPC). Méthodes de DPC – Vignettes cliniques. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201597/fr/methode-de-dpc-vignettes-cliniques
- Haute Autorité de Santé, (2021). Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/spa_113_guide_engager_le_patient_pacte_vd.pdf
- Haut Conseil de la Santé Publique, (2021). Évaluation du SSES, rapport intermédiaire, pp. 68-69. <https://www.hcsp.fr>

- Hartwick, J., & Barki, H. (2004). Conceptualizing the Construct of Interpersonal Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 15(3), 116-44. <https://doi.org/10.1108/eb022913>
- Havens, C., & Haas, D. (1998). From sparks to flame: how collaboration fuels knowledge. *Knowledge Management review*, 2, 10-15.
- Hayden, J.-K., Smiley, R.-A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., Jeffries, P.-R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), S3-S40. [https://doi.org/10.1016/S155-8256\(15\)30062-4](https://doi.org/10.1016/S155-8256(15)30062-4)
- Heckman, J., & Rubinstein, Y. (2001). The importance of noncognitive skills: lessons from the Ged testing Program. *American Economic Review*, 91(2), 154-149. <https://doi.org/10.1257/aer.91.2.145>
- Henneman, E.-A. (1995). Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of advanced nursing*, 22(2), 359-363. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020359.x>
- Henneman, E.-A., Lee, J.-L., Cohen, J.-I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 21(1), 103-109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Henry, P., & Moscovici, S. (1968). Problèmes de l'analyse de contenu. *Langages*, 11, 36-60
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignant*. Elsevier Masson.
- Hirtt, N. (2009). L'approche par compétences : une mystification pédagogique. *L'École démocratique*, 39, 1-34. http://www.sauvonsluniversite.com/IMG/pdf/APC_Mystification.pdf
- Hoffman, K.-I., & Abrahamson, S. (1975). The 'cost-effectiveness' of Sim One. *Journal of medical education*, 50(12 Pt1), 1127-1128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/811803/>

- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., Ibarra, D., de Gonzalez, A. A., Torres-Ruiz, A., Ibarra, G., Garcia, A. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing research*, 50(2), 123–128. <https://doi.org/10.1097/00006199-200103000-00008>
- Honneth, A. (2010). *La lutte pour la reconnaissance*. Les éditions du cerf.
- Hospitalisation à domicile de Réadaptation (HAD-R) en Ile de France : partage d'expérience », (2018). <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/HAD-rapport-R-IDF-2018.pdf>
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., Benishek, L.E., King, H. B., & Salas, E. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *The Journal of applied psychology*, 101(9), 1266–1304. <https://doi.org/10.1037/apl0000120>
- Instruction interministerielle n°2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037. Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2022/18 du 31 août 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf>
- John-Steiner, V., Weber, R.J., Minnis, M. (1998). The challenge of studying collaboration. *American Educational Research Journal*, 35(4), 773-783. <https://doi.org/10.3102/0028312035004773>
- Institut national des statistiques et des études économiques, INSEE, (2020). Pyramide des âges en 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472>
- Institut national des statistiques et des études économiques, (2019). Espérance de vie, mortalité, bilan démographique. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554599?sommaire=1912926>
- Institut national des statistiques et des études économiques, (2015). Couples et familles, édition 2015-Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528>

- Instruction N°DGOS/PF2/2013/383 du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37665>
- Instruction N°DGOS/RH1/2014/369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-n-dgosrh12014369-du-24-decembre-2014-relative-aux-stages-en-formation-infirmiere/>
- Instruction de la Direction générale de la cohésion sociale relative à la réingénierie des diplômes de niveau III de travail social et à l'accréditation des établissements N°SD4A/2018/50 du 23 février 2018. <http://france-esf.fr/wp-content/uploads/2020/01/note-dinstruction-accr%C3%A9ditation-23-f%C3%A9vrier-2018.pdf>
- Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice : A Health Canada Initiative, (2003). https://research.library.mun.ca/154/1/Interprofessional_Education_for_collaborative_patient_centred_practice.pdf
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC), Expert Panel, (2011). <https://www.ipecolaborative.org/ipec-core-competencies>
- Ishikawa, F. (2019). Le rôle des collègues stagiaires dans l'entretien d'autoconfrontation croisée : une analyse énonciative du discours en formation des enseignants de F.L.E. *Matices en Lenguas Extranjeras*, 13, 277-99. <https://doi.org/10.15446/male.n13.85996>
- Iverson, L., Todd, M., Ryan Haddad, A., Packard, K., Begley, K., Doll, J., Hawkins, K., Laughlin, A., Manz, J., & Wichman, C. (2018). The development of an instrument to evaluate interprofessional student team competency. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 531–538. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1447552>
- John, O. P., Donahue, E. M., Kentle, R. L. (1991). The Big-Five Inventory-Version 4a and 54. Berkeley, CA: Berkeley Institute of Personality and Social Research, University of California.
- John-Steiner, V., Weber, R.J., Minnis, M. (1998). The challenge of studying collaboration. *American Educational Research Journal*, 35(4), 773-783.
- Jonnaert, Ph. (2009). *Compétences et socioconstructivisme*. De Boeck.

- Jonnaert, Ph., Furtuna, D., Ayotte-Beaudet J.-P., Sambote, J. (2015). Vers une re-prolématisation de la notion de compétence. *Chaire UNESCO de développement curriculaire (Université du Québec à Montréal), Cahier, 34*. <https://core.ac.uk/download/pdf/77617818.pdf>
- Jorro, A. (Dir.). (2014). Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. De Boeck supérieur.
- Jorro, A., & De Ketele, J-M. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* De Boeck Supérieur.
- Jorro, A. (2007). *Évaluation et développement professionnel*. L'Harmattan.
- Jorro, A. (2009). *La reconnaissance professionnelle en éducation : évaluer, valoriser, légitimer*. *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 807–808. Érudit. <https://doi.org/10.7202/1006274ar>
- Jorro, A., Brocal, R., Postiaux, N. (2013). Évaluer la professionnalité émergente en formation. Dans : M. Romainville (Éd). *Évaluation et enseignement supérieur*, 73-84. De Boeck supérieur.
- Jouet, E., Flora, L., Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Note de synthèse. *Pratiques de formations-Analyses*, 58-59. <https://doi.org/10.4000/pistes.4009>
- Karsenty, L. (Dir.) (2013). *La confiance au travail*. Toulouse. Octarès.
- Khalili, A., Thistlethwaite, J., El-Awaisi, A., Pfeifle, A., Gilbert, J., Lising, D., Xyrichis, A. (2019). *Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research : Discussion Paper*. A joint publication by Interprofessional Research. <https://www.research.interprofessional.global>
- Khalili, H., Hall, J., DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 92–97. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869197>

- Khan, N.-S., Shahnaz, S.-I., Gomathi, K.-G. (2016). Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review. *Sultan Qaboos University medical journal*, 16(3), e277–e285. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.03.003>
- Kiffer, S. (2016). *La construction des compétences d'enseignement des enseignants-chercheurs novices de l'université en France*. [Thèse de Doctorat. Université de Strasbourg]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01490583>
- Kinnair, D., Anderson, E., Van Diepen, H., Poyser, C. (2014). Interprofessional education in mental health services: Learning together for better team working. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(1), 61-68. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/interprofessional-education-in-mental-health-services-learning-together-for-better-team-working/C0D897C0F48F3F57A0AB1144381BCBBC>
- Kolb, D.-A., (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood cliffs: Prentice hall.
- Kosremelli Asmar, M., & Wacheux F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence Internationale en Management*, 57-75. Beyrouth, Liban. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357>
- Kosremelli Asmar, M. (2011). *La collaboration interprofessionnelle : Cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. [Thèse de doctorat, Paris]. <http://www.theses.fr/2011PA090016>
- La collaboration professionnelle : énoncé de position. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), (2011). https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-de-position.pdf?la=fr
- Lalonde, M., Malouin-Benoit, M., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M., Desroches, J. (2017). Une simulation interprofessionnelle : une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 131, 71-84. <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0071>

- Lanquetin, J. (2018). Rendre visible le travail invisible ? Prendre soin du travail pour travailler le « *prendre soin* ». *Rhizome*, 67, 39-46. <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0039>
- Largier, A., Delgoulet, C., De La Garza, C. (2008). Quelle prise en compte des compétences collectives et distribuées dans la gestion des compétences professionnelles ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 10-1, 1-29. <https://doi.org/10.4000/pistes.2167>
- Latil, F. (2008). Place de l'erreur médicale dans le système de soins. *Acta Endoscopica*, 37, 509-20. <https://doi.org/10.1007/BF02961798>
- Lawlis, T. R., Anson, J., Greenfield, D. (2014). Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 305-310. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.895977>
- Leblanc, S., Ria, L., Veyrunes, P. (2013). Vidéo et analyse *in situ* des situations d'enseignement et de formation dans le programme du cours d'action. L.Veillard et A. Tiberghien (Éds), *Instrumentation de la recherche en Éducation. Le cas du développement d'une base de vidéos de situation d'enseignement et d'apprentissage*, 63-94. Maison des Sciences de l'Homme.
- Le Bouler, S. (2018). Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, rapport à Madame La Ministre des solidarités et de la santé et à Madame La Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la recherche et de l'Innovation. https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf
- Leclercq, D., & Cabrera, A. (Eds.). (2014). *Ideas e Innovaciones - Dispositivos de Evaluación de los Aprendizajes en la Educación*, 243-258. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile. <http://hdl.handle.net/2268/168492>
- Le Guillant, L. (2006). *Le drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail*. Erès.

- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives : le modèle, agir avec compétence en situation ; les réponses à plus de 100 questions*. (6^{ème} édition). Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2017). Agir en professionnel compétent et avec éthique. *Éthique publique*, 19/1. <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2934>.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Bordas.
- Lenoir, Y. (2000). Formation à l'enseignement et interdisciplinarité : Un mythe ou une exigence ? Dépasser l'interdisciplinarité et penser circumdisciplinarité, *European Journal of Teacher Education*, 23(3), 289-298. <https://doi:10.1080/02619760120049166>
- Leontiev, A. (1972/1981). *Le développement du psychisme*. Éditions sociales.
- Leontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Éditions du Progrès.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail ; contribution à la psychologie ergonomique*. Presses Universitaires de France.
- Leplat, J. (Dir.), (2001). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. (2^{ème} édition). Octarès.
- Leplat, J. (2013). La confiance au travail sous la coordination de Karsenty, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15-3. <https://doi.org/10.4000/pistes.3543>
- Leplat, J., & De Montmollin, M. (Dir.), (2001). *Les compétences en ergonomie*. Octarès.
- Leplat, J., & Hoc, J. M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3/1, 49-63. <http://jeanmichelhoc.free.fr/pdf/LepHoc%201983.pdf>
- Leplat, J. (2013). La confiance au travail sous la coordination de Karsenty, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15-3.
- Lignier, B., Petot, J.-M., Plaisant, O., Zebdi, R. (2016). Validation du Big Five Inventory français (BFI-Fr) dans un contexte d'hétéro-évaluation. *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 174(6), 436-441. <https://doi.org/10.1016/j.am.p.2015.07.025>

Lindeke, L., & Sieckert, A.-M. (2005). Nurse-physician workplace collaboration. *Online journal of issues in nursing*, 10(1), 5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15727548/>

Lipiansky, E., Taboada-Leonetti, I., Vasquez, A. (2002). *Introduction à la problématique de l'identité*. Presses Universitaires de France.

Litvak, É. (Dir), Adjaoud, Y., Bougie, A., Burke, D., Dionne, P.-O., Paquette, F. (2010). Facteurs régissant la collaboration interprofessionnelle au sein de cliniques de grippe dans le contexte de la pandémie d'influenza A. H1N1. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté de médecine. http://www.usherbrooke.ca/dep-sciences-sante-communautaire/fileadmin/sites/dep-sciences-sante-communautaire/documents/Rapport_fev_2010-Eric_Litvak.pdf

Livian, Y.-F. (2005). *Organisation, théories et pratiques*. (3^{ème} édition). Dunod.

Loi n°46-630 du Ministère de la santé (1946), relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaire de service social et d'infirmières ou d'infirmiers. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000508767>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009. <https://www.federationaddiction.fr/la-loi-hpst-hopital-patients-sante-et-territoires/#:~:text=La%20Loi%20H%C3%B4pital%20Patient%20Sant%C3%A9,%C3%A0%20des%20soins%20de%20qualit%C3%A9>

Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. <http://solidaritessante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medicosocial/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

- Loi Santé. Stratégie Nationale de Santé, (2018). Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-denotre-systeme-de-sante/fiches-loi-de-sante/article/professionnels-de-sante-fiches-loi-de-sante>
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>
- Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000790702/>
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036339090/>
- Loosli, C. (2016). Analyse du concept « approche par compétences ». *Recherche en soins infirmiers*, 124, 39-52. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0039>
- Loriot, P., & Sijelmassi, J. (2018). La simulation dans le domaine de la santé, une méthode pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Vuibert.
- Ma santé 2022. Un engagement collectif, (2018). *Dossier de presse*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>
- Magnon, R. (2006). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Masson.
- Malglave, G. (1993). L'alternance intégrative. *Éducation et management*, 3, 44-47.
- Malt, G. (2015). Cochrane Review Brief: Interprofessional Education: Effects On Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Online journal of issues in nursing*, 20(2), 12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882431/>
- Manière, D., Aubert, M., Mourey, F., Ouata, S. (2005), *Interprofessionnalité en gérontologie, travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Erès.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

- Marcel, J.-F. (2005). Le développement professionnel au travers de l'évolution des pratiques enseignantes. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(3), 585–606. <https://doi.org/10.7202/013911ar>
- Marcel, J.-F., Dupriez, V., Perisset Bagnoudet, D., Tardif, M. (Dir.), (2007). *Coordonner, collaborer, coopérer. De nouvelles pratiques enseignantes*, 7-17. Bruxelles : De Boeck.
- Marchal, A., & Psiuk, T. (1995). *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Lamarre.
- Marin, T.-J., Van Eerd, D., Irvin, E., Couban, R., Koes, B.-W., Malmivaara, A., Van Tulder, M.-W., Kamper, S.-J. (2017). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD002193. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193.pub2>
- Marsala, V., Allal, P., Roussel, I. (2013). Les formations paramédicales : bilan et poursuite d'intégration dans le dispositif LMD. IGAS-IGAERN. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-129P - TOME 1 formations paramedicales.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-129P_-_TOME_1_formations_paramedicales.pdf)
- Martin, L. (2020). Infirmière en nutrition clinique. Du conseil à la formation. *L'infirmière Magazine*, 414, 52-53.
- Mathieu, J., Heffner, T., Goodwin, G., Cannon-Bowers, J., Salas, E. (2005). Scaling the quality of teammates' mental models: equifinality and normative comparisons. *Journal of Organizational Behavior*, 26(1), 37-56. <https://doi.org/10.1002/job.296>
- Mayen, P. (1999). Des situations potentielles de développement. *Éducation permanente*, 139, 65-86.
- Mayen, P. (2009). La part de l'expérience dans le développement. *Congrès International de Didactique Professionnelle. « L'expérience »*. Dijon 2-4 Décembre : Eduter
- Mayen, P., & Mayeux, C. (2003). Expérience et Formation. Note de synthèse. *Savoirs*, 1, 15-53.

- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice--a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 419–428. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>
- Mesuma, S., (2019). *Stratégies favorisant le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale en milieu hospitalier*. [Mémoire de Maîtrise ès sciences en sciences infirmières. Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23132>
- Milot, É., Museux, A.-C., & Careau, E. (2017). Facilitator training program: The Université Laval Interprofessional Initiative. *Social work in health care*, 56(3), 202–214. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265630>
- Ministère de l'Éducation Nationale, (2010). Éduscol. Le livret personnel de compétences. Fiches repères, mise en œuvre du livret personnel de compétences au collège. https://media.eduscol.education.fr/file/socle_commun/97/5/ReperesLivretcompetences_145975.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé, (2022). Parcours de santé, de soins, de vie. Une approche globale au plus près des patients. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
- Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, (2016). Référentiel de transformation numérique de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/referentiel_de_transformation_numerique/
- Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, (2018). Formation en santé et Universitarisation. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_formation_sante_universitarisation.pdf
- Ministères des solidarités et de la santé, (2018). Le service sanitaire. Les formations en santé au service de la prévention. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations* Les éditions d'organisation.

- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*. The Free Press.
- Mintzberg, H., Jorgensen, J., Dougherty, D., Westley, F. (1996). Some surprising things about collaboration-knowing how people connect makes it work better. *Organizational dynamics*, 60-71.
- Miossec, Y. (2011). *Les instruments psychosociaux de la santé au travail : Le cas des managers de proximité de l'industrie électrique*. [Thèse de doctorat. Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00767405>
- Mishra, J., & Morrissey, M.-A. (1990). Trust in Employee Relationship. A survey of West Michigan Managers. *Public personnel management*, 19(4), 443-485.
- Mission démographie des professions de santé, (2002). Rapport n°2002135. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Collection : Le genre du monde. La Dispute.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied ergonomics*, 35(6), 531–540. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.06.003>
- Monet, J. (1996). Esquisse d'une histoire de la formation, les premiers conflits 1943-1949 *Kinésithérapie*, 23/4, 173-184. <https://kinedoc.org/work/kinedoc/2aaeb295-f1fb-499b-99e2-4fa20dbfef00.pdf>
- Monet, J. (2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle : une spécialité médicale impossible*. [Thèse de doctorat. Université de Paris]. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-asclepiades-pdf-monet3.pdf>
- Monet, J. (2009). *La naissance de la kinésithérapie*. Glyphe.
- Monet, J. (2010). Naissance de la kinésithérapie et de la physiothérapie. L'émergence des instituts de rééducation (1880–1915). *Journal de réadaptation médicale*, 30, 167. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0242648X10001362>

- Montano, A.-R. (2020). "All for One" experiences of interprofessional team members caring for older adults: A metasynthesis. *International journal of older people nursing*, 15(1), e12290. <https://doi.org/10.1111/opn.12290>
- Montésinos, A. (1981). *L'infirmière et l'organisation du travail*. Le Centurion.
- Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?* Le Centurion.
- Moret-Bailly, J. (2002). Les rapports entre loi et déontologies des professions de santé après le 4 mars 2002. *Revue de droit sanitaire et social*, 581-89. Sirey, Dalloz, (2003). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01571156/>
- Moret-Bailly, J. (2007). Les ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux. *Revue de droit sanitaire et social*, 3, 508. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01571124/document>
- Morin, E. (1994). Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin interactif du Centre international de recherches et études transdisciplinaires*, 2. <https://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php>
- Morlaix, S. (2016). Les compétences sociales : quels apports dans la compréhension des différences de réussite à l'école primaire ? Dans : S. Morlaix et J.-F. Giret (Dir.), *Les compétences sociales et non académiques dans les parcours scolaires et professionnels*, 14-34. Éditions universitaires de Dijon.
- Moscovici, S. (Dir.), (1997). *Psychologie sociale* (7^{ème} édition). Presses Universitaires de France.
- Mugny, G., & Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel : les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset : DeVal.
- Muller, A. (2020). Création d'une section en sciences infirmières au sein du Conseil national des universités : enjeux et perspectives. *Revue de la pratique avancée*, 1. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/29967.pdf>
- Murray, T., & Michel C. (1994). Vygotski et la tradition soviétique. Dans : *Théories du développement de l'enfant*, 317-343. De Bœck-Wesmael S.A.

- Navet, G. (2020). Ouverture. *Le Télémaque*, 57, 7-9. <https://doi.org/10.3917/tele.057.0007>
- National Center for Interprofessional Practice and Education, (2016). *About interprofessional practice and education*. <https://nexusipe.org/informing/about-ipe>
- Négroni, C. (2007). *Reconversion professionnelle volontaire*. Armand Colin.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 21-38. <https://doi.org/10.1080/13561820500083550>
- Oandasan, I. Baker R-G., Barker K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin Rodriguez, L., Tepper, J., Way, D. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. <https://docplayer.fr/479835-Le-travail-en-equipe-dans-les-services-de-sante-promouvoir-un-travail-en-equipe-efficace-dans-les-services-de-sante-au-canada.html>
- O'Carroll, V., McSwiggan, L., Campbell, M. (2016). Health and social care professionals' attitudes to interprofessional working and interprofessional education: A literature review. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 42–49. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051614>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Montréal, QC : OIIQ. <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wpcontent/uploads/2016/02/OIIQ-Enonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux du Québec. (2012). Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec. <https://www.otstcfq.org/docs/defaultsource/cadres-et-guides-de-pratique/nouveau-referentiel-ts-2012-19-07-2012-final.pdf?sfvrsn=2>
- Organisation de Coopération et de Développement Économique, (2015). *Students, computers and learning, Making the connection*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/19963785>

- Organisation de Coopération et de Développement Économique, (2017). Résolution collaborative de problèmes. PISA à la loupe, 78. <https://doi.org/10.1787/22260927>
- O'Leary, K. J., Sehgal, N.-L., Terrell, G., Williams, M.-V., High Performance Teams and the Hospital of the Future Project Team, (2012). Interdisciplinary teamwork in hospitals: a review and practical recommendations for improvement. *Journal of hospital medicine*, 7(1), 48–54. <https://doi.org/10.1002/jhm.970>
- Actes du colloque, (1998). *Usages des nouvelles technologies et Enseignement des Langues Etrangères*. La Bibliothèque de l'Université de Technologie de Compiègne, 51-64.
- Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236-246. <https://doi.org/10.1111/medu.12290>
- Oosterom, N., Floren, L.C., Ten Cate, O., Westerveld, H.-E. (2019). A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes. *Medical teacher*, 41(5), 547–554. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1503410>
- Organisation des Nations Unis pour l'éducation, la science et la culture, (2015). Bureau international d'éducation. http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/guiding_principles_brochure_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé, (2010). Cadre d'action sur la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
- Organisation Mondiale de la Santé, (2013). Transformer et intensifier l'éducation et la formation des professionnels de la santé : lignes directrices 2013 de l'Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/
- Paicheler, G. (1995). Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 5-10.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^{ème} édition). Armand Colin.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^{ème} édition). Armand Colin.
- Paquiot-Papet, J. (2015). La motivation aux études et les dispositifs de formation : une comparaison dispositif alternance et dispositif classique. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 44/1. <https://doi.org/10.4000/osp.4541>
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2018). Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(10), 1457–1463. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620672/>
- Paré, L., & Maziade J. (2013). Grille d'auto-évaluation de l'atteinte de ses compétences à la collaboration interprofessionnelle : cibler ses objectifs de développement personnel. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/groupe_csss/3_1-Grille_d_auto-evaluation_sur_l_atteinte_de_ses_compences_a_la_CIP_01.pdf
- Parent, F., & Jouquan, L. (Dir.) (2013). Penser la formation des professionnels de la santé. *Pédagogies en développement*, 113-126. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/penser-la-formation-des-professionnels-de-lasante---page-113.htm>
- Pastré, P. (1994). Le rôle des schèmes et des concepts dans la formation des compétences, *Performances humaines et techniques*, 71, 21-28.
- Pastré, P. (Dir.). (2005). *Apprendre par la simulation - De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Octarès.
- Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes. *Formation et pratiques professionnelles*. Presses Universitaires de France.
- Perrenoud, Ph. (1998). La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. La formation des formateurs en art. *Revue des sciences de l'éducation*, 24/3. <https://doi.org/10.7202/031969ar>
- Perrenoud, Ph. (2011). *Quand l'école prétend préparer à la vie... Développer des compétences ou enseigner d'autres savoirs ?* ESF.

- Perrenoud, Ph. (2012). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. (6^{ème} édition). ESF.
- Pfaff, K.-A., Baxter, P.-E., Ploeg, J., Jack, S.-M. (2014). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 142–148. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.851072>
- Phaneuf, M., & Gabdois C. (2012). Interdisciplinarité et plan thérapeutique infirmier. *Prendre soin*, 1-10. <http://www.prendresoin.org/?p=1248>
- Pigeon, M., Boudrias, J.-B., Rousseau V. (2012). Rôle de la personnalité en regard du fonctionnement et de la performance des équipes en contexte académique. Dans : *Développement des identités, des compétences et des pratiques professionnelles*, 181-92. L'Harmattan.
- Pirot, L. (1995). *L'engagement académique de l'étudiant comme facteur de réussite à l'université. Étude comparative de deux échantillons*. [Mémoire de licence. Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve].
- Pirot, L., & De Ketele, J.-M. (2000). L'engagement académique de l'étudiant comme facteur de réussite à l'université. Étude exploratoire menée dans deux facultés contrastées. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 367-394. <https://doi.org/10.7202/000127ar>
- Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, R., Mendelsohn G.-A., John O.-P. (2010). *Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-F*. <https://hal-agroparistech.archives-ouvertes.fr/UNIV-PARIS5/hal-02864225v1>
- Policard, F. (2014). L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>
- Policard, F. (2018). *Formateurs en soins infirmiers et simulation clinique : profils et manifestations de l'engagement dans l'activité*. [Thèse de Doctorat. Université de Nanterre]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02165891/document>

- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., Débarges, B., Clavel, N., Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante publique, Suppl (1)*, 41-50. www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm
- Poumay, M., & Maillart, C. (2014). Dans : D. Leclercq et A. Cabrera (Éds.). *Ideas e Innovaciones – Dispositivos de Evaluación de los Aprendizajes en la Educación*, 243-258. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile. <http://hdl.handle.net/2268/168492>
- Poumay, M., Tardif, J., Georges, F. (2017). *Organiser la formation à partir des compétences : Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. De Boeck supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pouma.2017.01>
- Poussin, N. (2014). *Développement des sentiments au travail : dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez les médecins du travail*. [Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01201714>
- Programme National pour la Sécurité des Patients, (PNSP), (2018). *Ma santé 2022*. Dossier de presse. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022pages_vdef.pdf
- Programme national pour la sécurité des patients, (PNSP), (2013/2017). <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp>
- Projections de population à l'horizon 2070. (2016). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies ; approche cognitive des instruments contemporains*. Armand Colin.
- Rapport Berland Y., n°2002135, (2002). Mission « Démographie des professions de santé ». <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>
- Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie, (2018). Améliorer la qualité du système de

santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>

Rapport démographie des kinésithérapeutes. Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité ville/campagne. https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf

Rapport demandé par Santé Canada. 2004. *Interdisciplinary Education For Collaborative, Patient-Centred Practice Research and Findings Report*.

Raynal, F., & Rieunier, A. (1998). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. (2^{ème} édition). ESF.

Reeves, S. (2012). The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of interprofessional care*, 26(4), 253–255. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.695542>

Reeves, S., Goldman, J., Sawatzky-Girling, B., Burton, A. (2009). Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: Synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making. *Vancouver, CA: Canadian Interprofessional Health Collaborative*. <https://studylib.net/doc/12062700/knowledge-transfer-andamp-p%3B-exchange-in-interprofessional-ed>

Reeves, S., Macmillan, K., Van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal of nursing management*, 18(3), 258–264. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x>

Reeves, S., Tassone, M., Parker, K., Wagner, S.-J., Simmons, B. (2012). Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. *Work*, 41(3), 233-245. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1298>

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical teacher*, 38(7), 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Référentiel de compétences interprofessionnelles en soins en soins et services sociaux aux aînés et à leurs proches aidants, (2019). Programmes de formation initiale en sciences de la santé et psychosociales à l'Université de Montréal. Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement. https://ruissss.umontreal.ca/wp-content/uploads/2020/11/Referentiel_compences_RUISSS_vieillessement_15mai2019.pdf
- Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*. <https://doi.org/10.4000/ccrh.2753>
- Renaud, K., Guillemette F., Leblanc C. (2016). Échange de bonnes pratiques entre enseignants de niveau universitaire. *Le Tableau*, 5, 1. https://pedagogie.quebec.ca/sites/default/files/documents/numeros-tableau/tableau_v5_n1_zpd_0.pdf
- Réseau de collaboration les pratiques interprofessionnelles en santé et service sociaux (RCPI), (2010). Université de Laval. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010-
- Réseau interprofessionnel de la Colombie-Britannique et Collège des disciplines de la santé, (2008). Le cadre de compétences de la Colombie-Britannique pour la collaboration interprofessionnelle. www.cihc.ca/library/handle/10296/224
- Réseau Universitaire Intégré de Santé de l'Université de Montréal, (RUISUM), (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

- Rey, O. (2012). *Le défi de l'évaluation des compétences. Dossier d'actualité, Veille et Analyse*, 76. Lyon : ENS de Lyon. <http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA-Veille/76-juin-2012.pdf>
- Ria, L. (2015). *Former les enseignants au XXI^{ème} siècle, Établissement formateur et vidéoformation*. De Boeck.
- Robidoux, M. (2007). Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation. *École en chantier*, 25. <http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-enchantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>
- Roger, J-L., Ruelland, D., Clot, Y. (2007). De l'action à la transformation du métier : l'activité enseignante au quotidien. *Éducation et sociétés*, 19, 133-146. <https://doi.org/10.3917/es.019.0133>
- Roger, J.-L. (2007). *Refaire son métier. Essai de clinique de l'activité*. Hermès.
- Romainville, M. (2006). L'approche par compétences en Belgique francophone : où en est-on ? *Les cahiers pédagogiques*, 439, 24-25. <https://pure.fundp.ac.be/ws/files/1016673/57474.pdf>
- Romelaer, P. (1998). Les règles dans l'organisation. Dans : J. Thépot, (ouvrage collectif coordonné par). *Gestion et Théorie des Jeux*, 56-85. Vuibert
- Romelaer, P. (2002). Organisation : panorama d'une méthode de diagnostic. Université Paris Dauphine. https://basepub.dauphine.psl.eu/bitstream/handle/123456789/3371/doc_FX3Ne5.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. Dans : P. Roussel et F. Wacheux (Éds.), *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. De Boeck.
- Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2), 82–88. <https://doi.org/10.7202/1009061ar>

- Roquet, P., Gatto, F., Vincent, S. (2015). L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes. [Rapport de recherche]. Conservatoire National des Arts et Métiers ; Centre de recherche sur la formation (CRF). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01291525/file/cnam-rapport-de-recherche-identites-et-roles-des-kinesitherapeutes-dec-2015.pdf>
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in critical care*, 16(1), 5-10. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>
- Roy, J., Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 127, 82-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0082>
- Saliba, J. (1994). Les paradigmes des professions de santé. Dans : P. Aïach et D. Fassin (Dir), *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 43-85. Anthropos.
- Saliba, J., Bon-Saliba, B., Ouvry-Vial, B. (1993). *Les infirmières, ni nonnes, ni bonnes*. Collection « Des gens ». Syros.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132–147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., Leduc, N. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer nursing*, 31(2), E18–E27. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305701.99411.ac>
- Santé Canada (2004). Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCC). Sommaire exécutif. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/hhr/sommairel_executif.html
- Santagata, R. (2015). La vidéo et l'apprentissage des enseignants : questions, outils, évaluations clés orientant la recherche et la pratique. Dans : L. Ria (Éd.), *Former les enseignants au XXI^e siècle : 1. Établissement formateur et vidéoformation*, 161-173. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.ria.2015.02.0161>

- Santé publique France, (2022). Les compétences psychosociales : Un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>
- Saujat, F. (2003). Réfléchir sur le métier enseignant : une activité dialogique. *Hors-série, 1*, 94-104. Skholê.
- Saujat, F. (2004). Comment les enseignants débutants entrent dans le métier. *Formation et pratiques d'enseignement en questions, 1*, 97-106. <https://revuedeshep.ch/pdf/vol-1/2004-1-saujat.pdf>
- Schneuwly, B., & Bronckart, J.-P. (Eds). (1992). *Vygotski aujourd'hui*. Neuchâtel Paris : Delachaux et Niestlé. (Œuvre originale publiée en 1934). <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:31284>
- Schön, D.-A. (1985). *The Design Studio: An Exploration of Its Traditions and Potential*. London: RIBA Publications for RIBA Building Industry Trust.
- Schön, D.-A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Fransisco, USA: Jossey Bass.
- Schön, D.-A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Logiques.
- Schwartz, L., Wright, D., Lavoie-Tremblay, M. (2011). New nurses' experience of their role within interprofessional health care teams in mental health. *Archives of psychiatric nursing, 25*(3), 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.08.001>
- Séminaire AMUE, (2002). Construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur : déclinaison française. <http://www.amue.fr/formation-vie-de-letudiant/metier/articles/article/construction-de-lespace-europeen-de-lenseignement-superieur-declinaison-francaise/>

- Safon, M-O. (2021). Les réformes hospitalières en France. Document de synthèse, IRDES. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., Denis, J. L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health services management research*, 11(1), 24–48. <https://doi.org/10.1177/095148489801100106>
- Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec Community Health Care Centres. *Social science et medicine*, 55(6), 991–1003. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00232-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00232-5)
- Smith, K., Carroll, S., Ashford, S. (1995), Intra - and interorganizational cooperation: toward a research agenda, *Academy of Management Journal*, 38(1), 7-23. <https://doi.org/10.5465/256726>
- Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M. C., Lanctot, S. (2010). Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *The health care manager*, 29(3), 271-278. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181e9351a>
- Snoeckx, M. (2011). De l'écriture en analyse de pratiques, un dispositif en trios. *Expliciter*, 89, 6-12. <https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/De%20écriture%20en%20analyse%20de%20pratiques%2089%20mars%202011.pdf>
- Société de kinésithérapie. 1901.Compte rendu annuel du 25 janvier 1901, *Revue Cinésie*, 1, 25.
- Sottas, B., Kissmann, S., Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE). 59. Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Rapport d'expertise établi pour l'Office fédéral de la santé publique*, Berne. <https://formative-works.ch/?publikation=sottas-b-kissmann-s-bruegger-s-2016-interprofessionelle-ausbildung-ipe-erfolgsfaktoren-messinstrument-best-practice-beispiele-expertenbericht-fuer-das-bundesamt-fuer-ges>

- Staccini, P. (2022). [Tour de France Stratégie d'Accélération Santé Numérique] Paris, interview de Pascal Staccini. https://www.youtube.com/channel/UCd1zuSaU5cE1IRCpwv_HSMA
- Starck, S. (2019). Quelles relations entre conceptions « quotidienne » et scientifique des compétences transversales ? *Recherches en éducation*, 37, 7-21. [10.4000/ree.793](https://doi.org/10.4000/ree.793). [hal-02929799](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02929799)
- Starck, S. (Dir.), & Boanca, I. (2019). Les compétences transversales : un référent pertinent pour la formation ? Numéro coordonné par Ioana Boancă et Sylvain Starck, *Recherches en Éducation*, 37. <https://doi.org/10.4000/ree.785>
- Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (SCLO), (2008). Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. https://www.unige.ch/medecine/files/8916/0708/1698/Cat_suisse_objectifs-1_2008.pdf
- Tabouret-Keller, A. (1989). De quoi parle Vygotski quand il parle de la langue ? *Enfance*, 42, (1-2), 17-22. https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1989_num_42_1_1874
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Logiques.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Chenelière-Éducation.
- Tardif, J., & Dubois, B. (2013). De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacles, souvent infranchissables. *Revue française de linguistique appliquée*, XVIII, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rfla.181.0029>
- Tesnière, A., Rift, S., Riom, I., (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final-adapter les formations aux enjeux du système de santé. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000612.pdf>
- The British Columbia Competency Framework for interprofessional collaboration and the Interprofessional Network of BC (In-BC) et College of Health Disciplines (CHD),

2008. https://health.ubc.ca/sites/health.ubc.ca/files/documents/BC-Competency-Framework-for-IPC_0.pdf

Thistlethwaite, J., Moran, M., & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice (2010). Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of interprofessional care*, 24(5), 503–513. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.483366>

Tirand-Martin, C. (2017). Formation paramédicale, des évolutions majeures. *Soins Cadres*. Supplément n°104S.

Tjosvold, D., & Tjosvold, M. (1995). *Psychology for leaders: using motivation, conflict, and power to manage more effectively*. Wiley & Sons.

Tomàs, J.-L., & Bonnefond, J.-Y. (2014). De l'épuisement professionnel à la qualité du travail : le cas de la belle table d'instrumentation. Dans : Lhuilier D. (Dir), *Qualité du travail, qualité au travail*. Octarès.

Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, 19, 15-20. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0015>

Trubey, G. (2013). Guide d'accompagnement à l'intention des Professeurs de l'institut des sciences de la santé et des programmes de relation d'aide à la Cité collégiale. <https://fr.calameo.com/read/003733617836aeef71ffb>

Trudel, L., Simard, C., Vonarx, N. 2007. La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches qualitatives, Hors Série*, 5, 38-45

Ulrich, G., Amstad, H., Glardon, O., Kaap-Fröhlich, S. (2020). La formation interprofessionnelle au sein du système de santé suisse : analyse de la situation, perspectives et roadmap. Dans : *Working Paper 9 Careum*. www.careum.ch/workinpaper9-longue

Universitarisation des professions en santé, (2018). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_formations_sante_universarisation.pdf

- Université du Québec à Montréal (UQAM), 2006. L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. <http://www.dep.uqam.ca/>
- Vallée, A., Artus, F., Delbecq, J., Roberti, V., Demeuse, M. (2010). Adultes en reprise d'études universitaires : profils personnel et d'engagement selon le choix de la filière-horaire : Enquête réalisée auprès d'adultes inscrits à l'Université de Mons et à l'Université libre de Bruxelles. 22^{ème} Colloque international de l'Association pour le Développement des Méthodologies d'Evaluation en Education (ADMEE-Europe), Braga, Portugal. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00808081>
- Van der Maren, J.-M., & Yvon, F. (2009). L'analyse du travail : entre parole et action. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 7, 42-63.
- Vermersch, P. (1996). L'explicitation de l'action. *Les Cahiers de linguistique sociale*, 28/29, 113-120. https://www.grex2.com/assets/files//explicitation_linguistique.pdf
- Vermersch, P., Maurel, M. (Éds.), (1997). Pratiques de l'entretien d'explicitation. ESF. *Chapitre 10 « Glossaire »*. http://expliciter.fr/IMG/pdf/chap91_glossaire3.pdf
- Vitali-Rosati, M. (2014). Pour une définition du « numérique ». Dans : M. E. Sinatra, Michael et M. Vitali-Rosati (Dir.), *Pratiques de l'édition numérique*, 63-75. Presses de l'Université de Montréal.
- Voyer, Ph. (2013). *Soins infirmiers aux aînés et perte d'autonomie*. 2^{ème} édition. ERPI
- Vygotski, L.S., Luria A.-R., Golod V.I., Knox J.-E. (1993). *Studies on the history of behavior : ape, primitive, and child*. Edited and translated by Victor I. Golod, Jane E. Knox ; with introduction by Jane E. Knox. Lawrence Erlbaum Associates.
- Vygotski, L.S. (1933). *Théorie des émotions. Étude historico-psychologique*. Note de lecture. Traduction française de N. Zavaloff et C. Saunier. Introduction de N. Zavaloff. L'Harmattan, 1998.
- Vygotski, L.S. (1978). The History of the development of higher psychological functions. In M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner et E. Souberman (Éds.), *Mind in society : the development of higher psychological processes*. University Press (Œuvre originale, 1931).

- Vygotski, L.S. (1994). *Défectologie et déficience mentale*, textes publiés par K. Bariniskov et G. Petitpierre. Lausanne : Delachaux et Niestlé. (Œuvre originale, 1934). <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:31284>
- Vygotski, L.S. (1985). *Pensée et langage* (1^{ère} édition, F. Sève, Trad.). La Dispute (Œuvre originale, 1934).
- Vygotski, L.S. (1997). *Pensée et langage* (3^{ème} édition, F. Sève, Trad.). La Dispute. (Œuvre originale, 1934).
- Vygotski, L.S. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. (3^{ème} édition, F. Sève et G. Fernandez, Trad). La Dispute.
- Wangensteen, S., Johansson, I. S., Nordström, G. (2008). The first year as a graduate nurse: an experience of growth and development. *Journal of clinical nursing*, 17(14), 1877–1885. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02229.x>
- Wertsch, J.-V. (Éd). *The Concept of Activity in Soviet Psychology*, 37-71. Armonk, New York: M.E. Sharpe.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation Permanente*, 135, 57-69. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172696/document>
- Wittorski, R. (2003) (Éd.). Analyse de pratiques et professionnalisation. Blanchard-Laville C. et Fablet D. *Travail social et analyse des pratiques professionnelles*, 69-89. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00172718/document>
- Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. L'Harmattan. Extraits : 50-64. https://sites.google.com/site/schultzfrancisportfolio/professionnalisationcompetence_identite
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoir : Revue internationale de recherches en éducation et formation des adultes*, 17/2, 11-39. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00339073>

- Wittorski, R. (2008). Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés. *Formation Emploi*, 101, 105-117. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.1115>
- Wittorski, R. (2009). A propos de la professionnalisation. Dans : J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle, J.-C. Ruano-Borbalan, *Encyclopédie de l'éducation et de la formation*, 781-793. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00601567/document>

- Wittorski, R. (2016). L'injonction à l'interdisciplinarité : un symptôme de (dé) professionnalisation et une opportunité ? *Forum (FO)*, 2(148), 1-7. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0044>
- Wittorski, R. (2016). *Textes fondamentaux*. Essai. Presses universitaires de Rouen.
- Wittorski, R., & Sorel, M. (2005). *La professionnalisation en actes et en questions*. L'Harmattan.
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: WHO (2010). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=452305B19621A724AED8F8818A61A01F?sequence=1
- World Health Organization, 2020. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Yvon, F. (2010). Sources et concepts de la clinique de l'activité. Dans F. Yvon et F. Saussez (Dir.), (2010). *Analyser l'activité enseignante : des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation*, 141-58. Presses de l'Université de Laval.
- Yvon, F., & Clot, Y. (2003). Apprentissage et développement. Dans : F. Yvon et Y. Clot l'analyse du travail enseignant : Apprentissage, activité, développement. *Pratiques psychologiques*, 1, 19-35. https://www.researchgate.net/publication/292771511_Apprentissage_et_developpement_dans_l'analyse_du_travail_enseignant
- Yvon, F., & Durand M. (Éds). (2012). *Réconcilier recherche et formation par l'analyse de l'activité*. De Boeck.
- Yvon, F., & Saussez, F. (Dir.). (2010). *Analyser l'activité enseignante : des outils méthodologiques et théoriques pour l'intervention et la formation*. Presses de l'Université de Laval.
- Zahreddine, J. (2010). *Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique*. [Mémoire de maîtrise individualisée. Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4104>

- Zarifian, Ph., Moatty, F., (1998). *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle. Revue française de sociologie*, 39-1, 230-232. https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1993_num_35_1_2112_t1_0119_00_0_1
- Zarifian, Ph. (1996). *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*. Presses Universitaires de France.
- Zarifian, Ph. (1998). *La communication. Sociologie d'aujourd'hui*, (2^{ème} édition). Presses Universitaires de France.
- Zarifian, Ph. (2003). *A quoi sert le travail ?* La Dispute.
- Zarifian, Ph. (2004). *Le modèle de la compétence*. Liaisons.
- Zimmermann, Ph. (2013). *Analyse du façonnage de l'identité professionnelle des enseignants d'école primaire en formation initiale*. [Thèse de doctorat, Université Nice Sophia Antipolis]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00865028v1/bibtex>