Université Fédérale
Toulouse Midi-Pyrénées

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2- Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Pauline HÉDACQ

Le 12 décembre 2023

Co-élaborer des savoirs pour une ingénierie de formation : de la référentialisation à l'émancipation.

Le cas d'une Recherche-Intervention conduite dans le champ de la santé

École doctorale : **CLESCO- Comportement, Langage, Éducation, Socialisation, Cognition**
Spécialité : **Sciences de l'Éducation et de la formation**
Unité de recherche :
EFTS- Éducation, Formation, Travail, Savoirs

Jury

Directeurs de thèse

Dominique BROUSSAL, Professeur des Universités, Université Toulouse 2 Jean Jaurès
Blandine JUILLARD-CONDAT, Maîtresse de Conférences - praticienne hospitalière, Université Toulouse 3 Paul Sabatier

Rapporteurs

Thierry ARDOUIN, Professeur des Universités, Université de Rouen Normandie
Sephora BOUCENNA, Professeure, Université de Namur

Examinateurs

Jean-François MARCEL, Professeur émérite en sciences de l'Éducation et de la formation, Université Toulouse 2 Jean Jaurès
Lucie MOTTIER LOPEZ, Professeure ordinaire, Université de Genève
Virginie GARDETTE, Professeure des Universités - praticienne hospitalière, Université Toulouse 3 Paul Sabatier
Catherine DUMARTIN, Maîtresse de Conférences - praticienne hospitalière, Université de Bordeaux

Remerciements

Parce que cette thèse n'aurait pas pu aboutir sans de nombreuses personnes, j'adresse mes sincères remerciements :

À ma direction de thèse, Dominique Broussal et Blandine Juillard-Condat, pour leur accompagnement rigoureux et bienveillant, leur confiance et leur soutien tout au long du projet.

Aux membres du jury, Thierry Ardouin, Sephora Boucenna, Jean-François Marcel, Lucie Mottier Lopez, Virginie Gardette et Catherine Dumartin, qui ont accepté d'évaluer ce travail.

Aux co-présidents de la CoMéDiMS, qui m'ont offert cette possibilité de partenariat entre les sciences de l'Éducation et de la formation et le domaine de la santé.

Aux membres du comité de pilotage : la direction de la qualité, la direction de la recherche, la direction des soins, les représentants des usagers, les représentants des infirmiers, les représentants des groupes de travail qui ont contribué à valider et valoriser les produits de la Recherche-Intervention.

Aux membres des groupes de travail, leur engagement, leur confiance et leur disponibilité nous ont liés pendant ces cinq années.

À l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS, Audrey, Éléonore, Étienne, Laure, Marine, Nadia, Olaia pour votre aide dans ce projet.

À l'ensemble des chercheurs et des doctorants du séminaire 3 et du séminaire doctoral, pour l'ensemble des échanges qui ont fait évoluer ce travail.

À Céline et Sébastien, pour leur accompagnement dans les démarches administratives.

À Claude et Lydia pour les moments partagés et nos « temps d'écriture ».

À mes amies, Cécile, Émilie, Mélanie, Virginie pour votre précieux soutien.

À ma marraine avec qui je partage cette belle profession d'infirmière puéricultrice.

À mes parents, mes frères, ma belle-sœur et mes neveux, vous êtes mes piliers.

À mes enfants, Antoine et Paul qui ont accepté pendant plusieurs années une maman « studieuse ».

À Samuel, ta présence à mes côtés est une force, je te remercie pour ton soutien constant.

Avant-propos 5
Introduction générale 7

Partie 1 : Contexte d'émergence de la Recherche-Intervention

Chapitre 1 - Accompagner une ingénierie de formation pour prévenir le risque médicamenteux 15
Chapitre 2 - Le choix d'une démarche de Recherche-Intervention 51
Chapitre 3 - Une posture de chercheur particulière 80

Partie 2 : Cadre théorique

Chapitre 4 - Co-élaborer des dispositifs de formation par une démarche de référentialisation 94
Chapitre 5 - Co-élaborer des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique 132
Chapitre 6 - Le TESS un espace potentiel d'émancipation des acteurs 156

Partie 3 : Question de recherche, méthodologie et recueil des éléments empiriques

Chapitre 7 - Problématique et question de recherche 180
Chapitre 8 - Méthodologie : recueil des données et élaboration des grilles d'analyse des éléments empiriques 189

Partie 4 : Produits de la Recherche-Intervention et résultats heuristiques

Chapitre 9 - Les produits de l'intervention : un dispositif de formation et un guide d'usage des armoires à pharmacie 203
Chapitre 10 - Le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du tiers-espace socio-scientifique 238
Chapitre 11 - De la co-élaboration des savoirs à l'émancipation des acteurs 283

Partie 5 : Discussion

Chapitre 12 - Discussion 328
Conclusion générale 348

Bibliographie 352
Liste des sigles 370
Table des figures 372
Table des tableaux 374
Table des matières 376

Avant-propos

Nous avons souhaité commencer cet écrit, par une partie descriptive de notre parcours professionnel qui nous a conduite à nous engager dans un cursus doctoral en sciences de l'Éducation et de la formation. Pour cela, nous emploierons le « je » tout au long de cet avant-propos. Puéricultrice depuis 2004 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, j'ai travaillé au sein des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants (de 2004 à 2009), puis j'ai intégré la réanimation pédiatrique (de 2009 à 2018). Rapidement, dans mon parcours professionnel, les équipes encadrantes de ces unités de soins m'ont confié des missions d'encadrement et de formation de mes pairs. Au départ, j'ai été tutrice des différents stagiaires, puis j'ai commencé à former les nouveaux-arrivants au sein de ces services de soins. Lorsque j'ai intégré la réanimation pédiatrique, après une période d'adaptation à ce nouveau poste et de prise de mes fonctions, j'ai pu occuper le poste d'infirmière-référente en soins (de 2013 à 2018). J'étais alors à l'interface entre l'équipe médicale, l'équipe encadrante et l'équipe soignante, avec toujours cette mission d'encadrement et de formation de mes pairs. Pour compléter cette expérience, j'ai enseigné pendant près de dix années dans différents instituts de formation, auprès des infirmiers, puéricultrices et auxiliaires de puériculture.

J'ai toujours eu une attirance particulière pour ces expériences éducatives. D'une part, j'aime transmettre et partager mes connaissances. J'aime également échanger sur les différentes situations de soins que j'ai pu vivre, comment je les ai appréhendées, ce que j'ai mis en œuvre pour prendre en charge les patients avec les valeurs qui me sont chères comme le « prendre soin de l'autre », l'empathie, l'humanitude. Accompagner un professionnel de santé dans ses débuts sur le terrain est toujours une expérience forte et d'une grande richesse. L'échange, la communication, la confiance réciproque qui s'installent sont autant d'éléments clefs de la réussite de l'accompagnement. Nous nous souvenons toujours de ceux qui nous ont accompagnés dans nos débuts, cette relation laisse des traces indélébiles dans le parcours professionnel. D'autre part, cette relation d'apprentissage, de partage de savoirs professionnels ouvre le champ des possibles tant pour le formateur que pour l'apprenant. Il y a là, à cette occasion, une possibilité d'agir sur le monde qui nous entoure en étant bienveillant, en réfléchissant aux conditions d'apprentissage, en permettant de prendre place dans l'organisation en regard des valeurs de chacun comme éléments moteurs de cette capacité d'agir. Parmi l'ensemble de ces expériences, je retiendrai plus particulièrement celles qui m'ont conduite à m'engager dans un parcours universitaire en sciences de l'Éducation et de la formation. En réanimation pédiatrique, un dispositif de formation des nouveaux-arrivants a été mis en place en 2015. Il était composé d'un temps de formation et d'un temps d'évaluation des pratiques professionnelles. J'ai été rapidement interpellée par ces situations d'évaluations qui pouvaient grandement déstabiliser les nouveaux-arrivants. Elles révélaient la délicate posture de l'évaluateur qui pouvait tomber dans le piège d'une toute-puissance. En même temps, ces temps d'évaluation pouvaient être d'une grande richesse tant pour l'apprenant que pour le formateur. Mais comment mener une évaluation des pratiques professionnelles de manière constructive et bienveillante ?

Porteuse de ces questionnements, d'interrogations sur ces situations de formation, j'ai intégré en 2016 (année universitaire 2016/2017) un master 2 en Sciences de l'Éducation et de la

formation : parcours encadrement des services de la santé et du social à l'université Toulouse Jean Jaurès. Plus particulièrement, j'ai rencontré des chercheurs de l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs (UMR EFTS), dont les thématiques de recherche interrogent l'accompagnement et/ou la conduite du changement. J'ai découvert pendant cette année universitaire le monde académique, son langage, son organisation, ses méthodologies. J'ai pu mettre en œuvre une démarche de recherche sur le dispositif de formation de réanimation pédiatrique sous forme de Recherche-Intervention. Cette démarche particulière de recherche, qui s'appuie sur une dimension participative forte m'a profondément marquée personnellement et professionnellement. Cette expérience a ouvert pour moi le chemin de l'accompagnement du changement « par » la recherche et « pour » les pratiques. Cette expérience a été tellement intense qu'elle m'a conduite à l'issue de l'obtention du master en juin 2017 à prendre la décision de quitter le monde des soins pour celui de la recherche. Porteuse de cette méthodologie de recherche et soutenue par mon directeur de recherche, j'ai sollicité des professionnels de mon entourage pour trouver un terrain de recherche alliant l'accompagnement d'un changement et des pratiques professionnelles. En décembre 2017, j'ai pu rencontrer un des co-présidents de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS) du CHU de Toulouse qui m'a proposé trois sujets de recherche. Un seul a retenu mon attention.

Nous allons vous faire part dans la suite de cet écrit de la Recherche-Intervention que nous avons menée de 2019 à 2023 en partenariat avec la CoMéDiMS du CHU de Toulouse.

Introduction générale

L'enjeu de cette thèse est d'étudier le processus de co-élaboration des savoirs dans le contexte d'une démarche de recherche participative menée dans le domaine de la santé. Nous présentons les résultats d'une démarche de Recherche-Intervention (désormais R-I) commanditée que nous avons mise en œuvre de 2019 à 2023 dans le cadre d'un partenariat entre le centre hospitalier universitaire de Toulouse (CHU) et l'unité mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs (UMR EFTS). Cette démarche de recherche adossée à la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation (Bedin, 2013 ; Marcel & Bedin, 2018 ; Marcel, 2016a ; Marcel, 2020b, Broussal et al., 2015, Broussal et al., 2016) s'inscrit dans une logique de réponse à des demandes sociales ou professionnelles. Dans la situation que nous avons étudiée, nous avons répondu à une demande d'ingénierie de formation formulée par un des co-présidents de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (désormais CoMéDiMS) du centre hospitalier universitaire de Toulouse. Nous avons accompagné deux groupes de travail chacun respectivement responsable de la conception d'un dispositif de formation et d'un dispositif de diffusion du savoir. Cette demande était issue d'un projet interne à l'équipe de la CoMéDiMS.

La Recherche-Intervention prend en charge les demandes en « mobilisant une dynamique d'accompagnement, voire de conduite du changement, assez proche de l'aide à la décision » (Marcel, 2020a, p. 102). Elle s'inscrit dans le courant des sciences participatives (Crosnier et al., 2013) et vise une co-élaboration des savoirs en mettant en relation des savoirs scientifiques et des savoirs professionnels. La démarche de R-I (Marcel, 2010) repose sur la mise en place d'un espace nommé : tiers-espace socio-scientifique (TESS). Il est symbolisé par le trait d'union entre le terme Recherche et celui d'Intervention. Au sein de cet espace s'articulent trois visées (heuristique, praxéologique et critique)[1] et un principe participatif (Marcel, 2020b) que nous décrivons ci-dessous en contextualisant nos propos par l'identification des différents enjeux de la recherche que nous avons menée. Ce travail de thèse propose une modélisation du processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS. Nous interrogeons la possibilité que ce processus de co-élaboration des savoirs soit de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs engagés dans la R-I.

1) Une demande d'accompagnement d'une ingénierie de formation

Lors de notre première rencontre en décembre 2017 avec le co-président de la CoMéDiMS, nous avons présenté la synthèse de la R-I que nous avions menée en master 2. Ce premier échange a permis la formulation d'une demande « d'amélioration des dispositifs de formation » mis en œuvre par la CoMéDiMS au sein de l'établissement. Composée[2] d'un médecin, de

[1] Nous développerons les visées de la Recherche-Intervention ainsi que le principe participatif dans le chapitre 2.
[2] Cette organisation est spécifique au CHU de Toulouse.

pharmaciens, d'un ingénieur qualité et d'une cadre de santé, elle porte une mission de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'établissement (arrêté du 6 avril 2011[3]). Dans le cadre de cette mission, l'équipe opérationnelle élabore plusieurs procédures et modes opératoires pour guider les pratiques des professionnels de l'établissement. Elle réalise différentes actions de formation (en formation continue et en formation initiale). Les dispositifs de formation ou de diffusion du savoir sont identifiés comme des barrières organisationnelles de sécurisation des différents risques de la prise en charge médicamenteuse du patient (HAS, 2013a). Ils s'appuient essentiellement sur la transmission de recommandations de bonnes pratiques issues de sociétés savantes[4], de la réglementation en vigueur ou des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique[5].

Malgré la mise en place de ces différents dispositifs de formation ou de diffusion du savoir, la CoMéDiMS identifie des écarts de pratiques professionnelles par rapport aux normes ou aux recommandations. Ils se manifestent par des événements indésirables médicamenteux[6] et dans les résultats des évaluations des pratiques qu'elle mène annuellement. La demande s'est donc centrée sur un accompagnement autour de l'interrogation suivante : *quels dispositifs pourrions-nous mettre en place pour améliorer et transformer les pratiques professionnelles au sein de l'établissement ?*

La démarche de Recherche-Intervention qui a été contractualisée entre l'unité mixte de recherche Éducation, Formation, Travail et Savoirs et l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS, se veut une démarche d'accompagnement du changement (Broussal et al., 2015). Elle est « adossée à un positionnement scientifique, épistémologique et politique en sciences de l'Éducation et de la formation » (Marcel, 2020a, p. 102). Elle met en relation une sphère professionnelle et une sphère académique au sein du tiers-espace socio-scientifique. Cette démarche de recherche s'appuie sur un principe participatif, c'est-à-dire qu'elle offre à chacun la possibilité de prendre part […] à un projet collectif englobant recherche et intervention » (Marcel & Bedin, 2018, p. 81). Elle poursuit trois visées (Marcel, 2020b) : une visée « heuristique » qui renvoie à la production de savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation, une visée « praxéologique » qui correspond à l'élaboration de savoirs dits contextualisés pour l'action en réponse à la demande formulée. Par exemple, il peut s'agir d'élaborer d'un dispositif de formation ou d'évaluer une formation, etc. La dernière visée, dite

[3] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

[4] La Société Française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) est une société savante.

[5] La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sont des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique.

[6] Les événements indésirables médicamenteux font partie des événements indésirables associés aux soins qui se définissent comme « Un événement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables » (Article R-1413-66-1 du code de la santé publique).

« critique », s'intéresse à une « réflexion distanciée sur les conditions de production des savoirs scientifiques » (Marcel, 2020b, p. 1) ainsi que « sur sa diffusion et les modalités de son utilisation » (Marcel, 2020b, p. 1). C'est dans cette visée critique que la notion d'émancipation des acteurs se situe. Nous retiendrons que le « tiers-espace socio-scientifique (TESS) assume, porte, garantit, opérationnalise, concrétise et fait vivre la démarche de Recherche-Intervention » (Marcel, 2020c).

Nourrie de la R-I que nous avons mise en œuvre, cette thèse s'attache à étudier le tiers-espace socio-scientifique comme objet de recherche. En particulier, dans ce dernier, nous interrogeons deux processus : celui de la co-élaboration des savoirs dits contextualisés et celui de la dynamique émancipatrice que cette co-élaboration des savoirs a pu favoriser.

2) Les enjeux de la thèse

2.1 Un enjeu praxéologique : accompagner l'ingénierie de formation

Le premier enjeu de cette thèse concerne le volet intervention. Pour répondre à la demande des commanditaires, l'intervention a consisté à l'accompagnement de deux groupes de travail dans la construction d'un dispositif de formation ou de diffusion du savoir. Il traduit la visée praxéologique de la R-I. Cette co-construction des dispositifs a été réalisée au sein du tiers-espace socio-scientifique dans un premier cercle de participation des acteurs qui se nomme « la construction du en commun » (Marcel, 2020a). Cet enjeu est centré sur la mise en interaction des savoirs de la sphère de la Recherche et ceux de la sphère de l'Intervention. Il s'agissait de mettre en œuvre une nouvelle façon de construire les dispositifs de formation. Nous avons guidé les acteurs engagés dans la R-I dans les quatre phases de l'ingénierie de formation : l'analyse des besoins, la conception, la réalisation et l'évaluation (Ardouin, 2017). L'ingénierie de formation est réalisée au sein du tiers-espace socio-scientifique de manière participative. Les savoirs contextualisés sur les dispositifs de formation sont co-élaborés par les acteurs des groupes de travail. Dans un deuxième temps, les deux dispositifs de formation co-construits sont présentés aux commanditaires puis au comité de pilotage pour validation et valorisation dans l'institution. Cette situation d'ingénierie de formation met en relation les savoirs scientifiques du chercheur, les savoirs d'expert de la CoMéDiMS et les savoirs d'actions des professionnels de santé. L'enjeu de cette thèse poursuit une visée praxéologique de co-élaboration des dispositifs de formation par des groupes de travail pluridisciplinaires. Leurs mises en place au sein de l'institution ont participé à une valorisation sociale des savoirs co-élaborés par les acteurs. Cet enjeu praxéologique porte en lui une visée transformative et émancipatrice. Il s'agit d'améliorer les dispositifs de formation pour agir sur le contexte d'exercice professionnel.

2.2 Un enjeu heuristique : modéliser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique

Dans le TESS de la Recherche-Intervention, différents acteurs interagissent pour co-élaborer des savoirs dits contextualisés en réponse à la demande initiale. En nous appuyant sur une certaine définition du concept de savoir (Barbier, 2011 ; Barbier & Galatanu, 2004), nous

identifions que les savoirs sont des « énoncés propositionnels faisant l'objet d'un jugement social se situant dans le registre de la vérité ou de l'efficacité » (Barbier, 2011, p. 9). Ils sont pour les acteurs qui les formulent des représentations du réel (ils disent « quelque chose » du réel), et ils énoncent une correspondance, un lien entre cette représentation et l'objet représenté (Barbier, 2011). Dans le tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention que nous avons menée, des professionnels de santé, des membres de la CoMéDiMS et un chercheur co-élaborent des savoirs contextualisés nécessaires à la démarche d'ingénierie de formation. Nous avons identifié que les savoirs des acteurs engagés dans la R-I sont différents par rapport à leur nature (scientifique pour le chercheur, « expert » pour l'équipe opérationnelle, d'action pour les professionnels de santé), mais également en regard de leur modalité de validation et de leur reconnaissance dans l'institution. En nous appuyant sur différents temps de co-élaboration des savoirs contextualisés, nous avons modélisé le processus de co-élaboration au sein du tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention. Plus particulièrement, en nous appuyant sur les interactions des acteurs et sur des définitions que nous avons retravaillées, nous avons décrit différents processus de co-élaboration des savoirs que nous avons pu objectiver dans la recherche que nous avons menée. Cet enjeu heuristique est le reflet de notre intérêt pour les sciences participatives (Crosnier et al., 2013), plus particulièrement nous posons notre regard sur la façon dont des individus pris dans des situations sociales avec des statuts professionnels différents peuvent dans certaines conditions co-élaborer des savoirs.

Pour mener cette ingénierie de formation, nous avons proposé aux acteurs des groupes de travail de s'appuyer sur la démarche de référentialisation telle qu'elle a été conceptualisée par Figari, Remaud et Tourmen (2014). La référentialisation est une « démarche qui consiste à entreprendre une recherche de références pertinentes pouvant expliquer la conception et l'évaluation d'un dispositif éducatif » (Figari, 1994, p. 48). Elle s'opérationnalise par une enquête (Dewey, 1938). L'objet (ici les dispositifs de formation) est traité comme une hypothèse soumise à l'évaluation. C'est une méthode de « construction et de reconstruction des significations » (Figari et al., 2014, p. 10) qui portent sur trois éléments (Figari & Tourmen, 2006) : les « intrants », c'est-à-dire le contexte et les finalités du dispositif de formation (la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient), les « construits » qui renvoient aux processus (le dispositif de formation en lui-même) et les « produits » représentés par les « effets » (le développement des compétences des professionnels de santé, l'amélioration de leurs pratiques professionnelles). Cette modélisation de l'objet à évaluer repose sur la comparaison de ces trois éléments. Notons par exemple que la comparaison des intrants (contexte) avec le construit (dispositif) permet d'étudier la pertinence du dispositif (Figari & Tourmen, 2006).

La référentialisation suit cinq étapes : l'analyse de la demande (mandat), la formulation de la problématique d'évaluation, l'identification de la stratégie opportune par rapport à l'objet étudié, l'identification des dimensions de l'objet étudié et la détermination des référents, critères et indicateurs, l'instrumentalisation et l'analyse des résultats (Figari et al., 2014). Cette démarche s'appuie sur un principe participatif qui est commun à la Recherche-Intervention. L'enjeu dans la R-I que nous avons menée est d'arriver à identifier avec les acteurs les référents,

les critères et les indicateurs, c'est-à-dire ce qui constitue les référentiels définissant les dispositifs de formation.

En nous appuyant sur la référentialisation comme un opérateur de la co-élaboration des savoirs au sein du TESS, nous envisageons de modéliser « la mobilisation de la référentialisation au sein d'une Recherche-Intervention ».

2.3 Un enjeu épistémologique : le rapprochement science-société

La Recherche-Intervention poursuit une visée dite « critique » qui correspond à une « réflexion distanciée sur les conditions de production des savoirs scientifiques » (Marcel, 2020b, p. 1). C'est dans cette visée que la notion d'émancipation se situe. Elle est décrite sous forme d'un déplacement des acteurs vers une place plus juste (Sen, 2012) et correspondant davantage à leurs aspirations (Marcel, 2017). L'émancipation peut être décrite en fonction du contexte sociohistorique dans lequel ce terme est employé (Galichet, 2014). L'émancipation peut être appréhendée en regard de cinq descripteurs : les causes de la sujétion, le principe de l'émancipation, les moyens, la finalité et les méthodes de cette dernière (Galichet, 2014). L'émancipation ne peut « pas être déconnectée des différents contextes historiques et sociaux dans lesquels les revendications d'émancipation sont formulées, et qui informent directement sur le contenu (Cukier et al., 2013, p. 11). Elle présente une dimension individuelle, collective, sociale et politique. Dans la thèse que nous avons menée, nous mettons à l'épreuve l'idée que la co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. Nous avons mobilisé un outil d'évaluation de la dynamique émancipatrice élaboré par Delvaux et Delvaux (2012) pour objectiver à partir des discours des professionnels les caractéristiques de la dynamique émancipatrice en lien avec la co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique. Nous avons adapté cet outil pour passer d'une logique d'évaluation à une logique d'objectivation. C'est-à-dire que nous poursuivons l'objectif de décrire cette dynamique émancipatrice. Plusieurs auteurs ont contribué à construire la notion de recherche participative et à envisager un rapprochement science et action pouvant favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs engagés. Nous retiendrons Paolo Freire, autour de la notion d'éducation populaire et de la recherche comme une pratique engagée de solidarité et de soutien, John Dewey en référence aux thématiques de pédagogie et d'éducation pour essayer de mettre la science à l'écoute de la pratique, afin que la pratique oriente la science dans une visée démocratique et Kurt Lewin, en liant recherche et changement social par la mise en place de recherche-action (Storup, 2013). Les recherches participatives sont identifiées comme une possibilité pour des acteurs non scientifiques de contribuer à produire des savoirs et des innovations pour le bien-être de la société (Storup, 2013). Ce type de recherche favorise une valorisation des savoirs des différents acteurs qui sont engagés dans la démarche, quels que soient leurs statuts dans l'organisation ou dans la société.

La Recherche-Intervention est participative, la co-élaboration des savoirs s'effectue avec les acteurs concernés, elle impose de repenser les rapports entre pouvoir et savoir, elle privilégie une démarche démocratique (Bellot & Rivard, 2013).

3) Organisation générale de la thèse

La thèse que nous présentons est organisée en cinq parties. Chaque partie regroupe plusieurs des douze chapitres. Tout au long de ce travail, nous faisons référence à plusieurs annexes qui sont regroupées dans un tome dédié (Tome 1).

3.1 Première partie : contexte d'émergence de la Recherche-Intervention

La première partie de cet écrit s'appuie sur la présentation du contexte d'émergence de la demande formulée par le co-président de la CoMéDiMS (**chapitre 1**). La démarche de Recherche-Intervention (R-I) que nous avons menée a pour point de départ une demande d'accompagnement d'une situation d'ingénierie de formation. Par rapport à sa mission de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'établissement (arrêté du 6 avril 2011), la CoMéDiMS est amenée à transmettre des recommandations de bonnes pratiques issues de sociétés savantes, des décrets en vigueur, ou des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique, aux différents professionnels exerçant dans un établissement de santé. Elle élabore différents dispositifs de formation ou de diffusion du savoir sous forme de protocoles, de modes opératoires ou des procédures. Ce chapitre de présentation de la demande formulée s'intéresse à décrire les missions de la CoMéDiMS et en particulier celle de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient qui est au cœur de la demande des commanditaires. La fin de ce premier chapitre retrace l'enjeu de cette demande que nous avons identifié autour de la notion de « savoir » : entre les savoirs d'experts de la CoMéDiMS et les savoirs d'action[7] des professionnels de santé.

L'identification de cet enjeu ouvre la voie vers la présentation de la démarche de Recherche-Intervention (**chapitre 2**), démarche choisie pour répondre à la demande d'accompagnement formulée. Cette démarche de recherche est inscrite dans la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation. Plus particulièrement, nous nous sommes appuyés sur la démarche de R-I théorisée[8] par Bedin (2013) ; Broussal, Ponté et Bedin (2015), Marcel (2019b, 2020b). Nous décrivons en particulier le tiers-espace socio-scientifique (TESS) qui se met en place lors de la contractualisation d'une telle démarche. Le TESS (Marcel, 2010) s'appuie sur la participation active des acteurs engagés dans la démarche. Il permet la co-élaboration des savoirs contextualisés pour répondre à la demande initiale formulée.

Le **chapitre 3** interroge la posture épistémologique du chercheur, posture que nous décrivons autour de trois temps forts retraçant la construction de la posture de chercheur-intervenant.

[7] La notion de savoir développée dans le chapitre 4 s'appuie sur les travaux de Barbier (2011) et Barbier et Galatanu (2004).
[8] La théorisation de la démarche de R-I est encore en cours (Marcel, 2020a).

3.2 Deuxième partie : le cadre théorique

Composée de trois chapitres, cette deuxième partie commence par exposer une des particularités de ce travail de thèse. Pour l'accompagnement des deux groupes de travail dans l'ingénierie de formation, nous avons proposé de mettre en œuvre la démarche de référentialisation conceptualisée par Figari, Remaud et Tourmen (2014). Nous exposons dans le **chapitre 4** les notions de dispositif, de dispositif de formation et d'ingénierie de formation en identifiant les enjeux de la conception des dispositifs de formation. Puis, nous décrivons la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014), en particulier la notion d'enquête (Dewey, 1938) sur laquelle elle repose ainsi que la dimension participative qu'elle soutient. L'objectif est de réaliser de manière participative une évaluation-régulation des dispositifs. La référentialisation est mobilisée pour co-élaborer les savoirs contextualisés (diagnostic de la situation et identification des axes d'amélioration). La mise en œuvre de la démarche de R-I dans le contexte décrit ci-dessus, nous a amené à porter notre regard sur le tiers-espace socio-scientifique de la R-I. En particulier, nous nous intéressons à deux processus qui se déroulent en son sein, celui de la co-élaboration des savoirs participant à la dynamique émancipatrice des acteurs. Le **chapitre 5** s'ouvre sur la notion de tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010, 2020b) et « d'entre deux » (Jullien, 2018). Les enjeux praxéologiques et transformatifs de ce dernier sont décrits notamment par la notion de co-élaboration des savoirs contextualisés par le ou les groupes de travail et le comité de pilotage qui compose le premier cercle du TESS. La co-élaboration des savoirs au sein du TESS ouvre la possibilité d'une émancipation des acteurs décrite dans le **chapitre 6** participant à la visée critique de la Recherche-Intervention.

3.3 Troisième partie : question de recherche, méthodologie et recueil des éléments empiriques

La troisième partie met en relation dans le **chapitre 7** le contexte de la recherche menée, le choix d'une démarche de R-I et la démarche de référentialisation que nous avons accompagnée au sein du TESS. Notre attention se porte sur le TESS de la R-I et nous cherchons plus particulièrement à caractériser les deux processus suivants : celui de la co-élaboration des savoirs et celui de l'émancipation des acteurs par la mobilisation de la référentialisation. Ce chapitre nous amène à formuler une question de recherche. Le **chapitre 8** décrit la méthodologie qualitative que nous avons mise en œuvre et explicite les différents types de recueils des éléments empiriques que nous avons réalisés ainsi que les grilles d'analyses que nous avons élaborées.

3.4 Quatrième partie : les produits de la R-I et les résultats heuristiques

Cette quatrième partie commence par présenter les produits de la R-I dans le **chapitre 9**. Le groupe de travail 1 a conçu et testé un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants (infirmiers et sages-femmes), le groupe 2 a élaboré un guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie sous forme de « mémo ». Nous présentons les référentiels co-élaborés par les acteurs des groupes de travail ainsi que le passage du référentiel au dispositif de

formation. Le **chapitre 10** identifie différents processus de co-élaboration des savoirs au travers des interactions des acteurs dans le TESS. Le **chapitre 11** s'intéresse à la caractérisation du processus d'émancipation des acteurs au sein du TESS en s'appuyant sur l'outil d'évaluation développé par Delvaux et Delvaux (2012).

3.5 Cinquième partie : la discussion

La discussion (**chapitre 12**) est composée de quatre temps distincts. Nous proposons de rappeler la R-I que nous avons mené, puis nous mettons en discussion la référentialisation comme démarche de co-élaboration des savoirs et nous interrogeons en quoi cette co-élaboration est de nature à favoriser une émancipation des acteurs engagés dans le projet. Nous effectuerons également un retour réflexif sur les apports et les limites de la recherche mise en œuvre.

Chapitre 1 - Accompagner une ingénierie de formation pour prévenir le risque médicamenteux

Ce chapitre a pour objectif de décrire dans un premier temps le contexte d'émergence de la demande formulée par les commanditaires de la Recherche-Intervention que nous avons menée, c'est-à-dire la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS) du CHU de Toulouse. Nous présenterons dans les paragraphes suivants le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient (1) qui est décrit comme complexe par la Haute Autorité de santé (2013a). Le patient au centre de ce processus est exposé au risque d'événement indésirable médicamenteux (2). Des enquêtes nationales ont montré que près de la moitié de ces événements indésirables médicamenteux sont évitables (Michel et al., 2011). Ce constat a conduit au développement en France, d'une politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins (3), impliquant différents acteurs au sein de diverses structures nationales, régionales et locales. Cette politique s'appuie sur des obligations réglementaires, mais également sur des recommandations de bonnes pratiques, issues de l'analyse des risques identifiés, et destinées à guider les professionnels de santé dans l'amélioration de leurs pratiques. La CoMéDiMS est une structure locale participant à la mise en œuvre de cette politique nationale.

Dans ce contexte, la formation des professionnels de santé est vue comme une barrière organisationnelle permettant de lutter contre les événements indésirables médicamenteux (HAS, 2013a). L'objectif des différents dispositifs de formation ou de diffusion du savoir conçus par la CoMéDiMS est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. Il s'agit de transmettre les recommandations de bonnes pratiques contextualisées, qu'elles soient issues de sociétés savantes, de la réglementation en vigueur ou des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique comme la Haute Autorité de santé.

La demande formulée par le co-président de la CoMéDiMS concerne « l'amélioration des dispositifs de formation » mis en place dans l'établissement en lien avec la lutte contre les événements indésirables médicamenteux. Nous nous sommes appuyés sur le modèle de Stufflebeam (1985), qui relie trois éléments : le contexte, la stratégie, les produits visés (De Ketele, 1993) pour analyser cette demande (4). Ce modèle « est centré sur la décision en situation. Le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer, c'est-à-dire de prendre les décisions adéquates » (De Ketele, 1993, p. 67).

1) La prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé : un processus complexe

La Haute Autorité de santé (HAS) décrit la complexité de la prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé autour de quatre éléments :

- La diversité des pathologies, leur degré d'urgence, leur gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et aux terrains des patients ;

- L'intervention de différents acteurs de santé : le médecin prescripteur, le pharmacien dispensateur, l'infirmier(ère) qui administre le médicament et enfin le patient qui doit être informé sur son traitement ;
- L'enchaînement de nombreuses étapes du processus qui se passent en des lieux géographiques différents ;
- La circulation de l'information qui doit rester accessible (HAS, 2013a, p. 11).

Nous allons dans les sous-chapitres ci-dessous présenter les étapes et les pratiques professionnelles de ce processus.

1.1 Des étapes à coordonner

La prise en charge médicamenteuse du patient est schématisée comme suit :

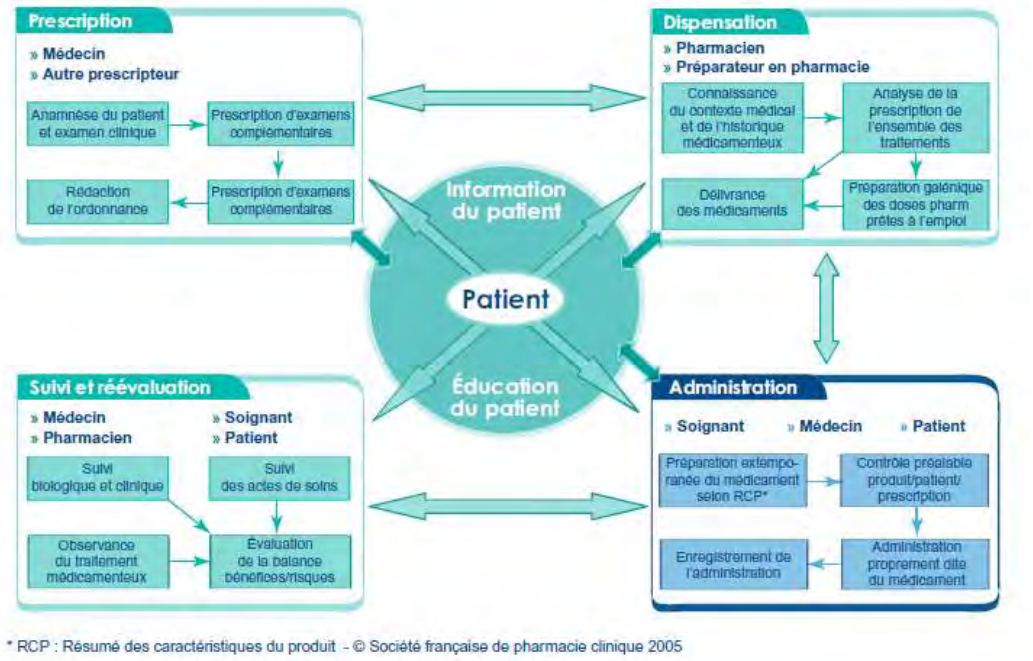


Figure 1 : Le macro-processus du circuit du médicament (SFPC, 2006, p. 49)

Ce schéma issu de la Société Française de Pharmacie Clinique[9] (2006) a été repris par la Haute Autorité de santé (2013a). Il présente les quatre étapes du processus : la prescription médicamenteuse, la dispensation, l'administration, le suivi et la réévaluation du patient. Nous notons que chronologiquement ces étapes sont successives et qu'elles sont réalisées par différents acteurs : les médecins, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie, les infirmiers, les sages-femmes, le patient. Nous relevons également les multiples interactions que ce circuit

[9] Désormais SFPC.

génère (médecin/patient, médecin/pharmacien, pharmacien/soignant, médecin/soignant, soignant/patient…).

1.2 Des pratiques professionnelles à articuler

Dans ce processus complexe, différentes pratiques professionnelles sont mises en œuvre. La première étape du processus correspond à celle de la prescription médicamenteuse plus particulièrement réalisée par les médecins (ou les personnes habilitées à prescrire). Elle est découpée en trois étapes : anamnèse du patient et examen clinique, prescription d'examens complémentaires et rédaction de l'ordonnance (en milieu hospitalier, le médecin rédigera une prescription manuscrite ou informatisée). Les mentions obligatoires devant figurer sur l'ordonnance sont définies par le code de la santé publique[10]. La deuxième étape concerne la pratique professionnelle de la dispensation exécutée par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament »[11]. Les bonnes pratiques encadrant l'acte de dispensation ont été publiées par arrêté en 2016[12]. La troisième étape est l'administration médicamenteuse. Elle est la dernière étape du processus avant d'atteindre le patient. Elle est réalisée majoritairement par les infirmiers. Leurs activités sont définies par plusieurs sources réglementaires[13]. Elle comprend cinq étapes : la préparation extemporanée du médicament, le contrôle préalable produit/patient/prescription en salle de soins, l'administration proprement dite, l'enregistrement de l'administration et la surveillance. Enfin, la quatrième étape de la prise en charge médicamenteuse du patient concerne le suivi et la réévaluation. Elle peut être réalisée par différents professionnels de santé cités ci-dessus et/ou par le patient.

Les normes juridiques définissent le périmètre des activités de chaque acteur de la prise en charge médicamenteuse du patient ; dans certains cas, elles vont jusqu'à définir les comment ces activités doivent être réalisées (mentions obligatoires des ordonnances, bonnes pratiques de dispensation…). Mais d'autres sources non opposables participent à la définition des pratiques professionnelles : il s'agit des recommandations de bonnes pratiques[14].

[10] Article R5132-3 du Code de la Santé Publique.
[11] Article R4235-48 du Code de la Santé Publique.
[12] Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières.
[13] Notamment : les articles R.4311-1 à 15 du Code de la Santé publique issus du décret de compétences n°2004-802 du 29 juillet 2004, l'arrêté 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
[14] Nous développerons ce point dans le sous-chapitre 3.3.

2) La prise en charge médicamenteuse du patient : un processus à risque

Au centre de ce processus se trouve le patient qui est exposé à la « iatrogénie ». Elle se définit comme « l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé[15] » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016). Cette définition étant proche de celle proposée pour les événements indésirables associés aux soins (EIAS), nous ferons référence pour la suite de l'écrit aux EIAS.

2.1 Identifier les différents risques associés à la prise en charge médicamenteuse

Tout d'abord, nous précisons que les différents risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient font partie de la famille des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Un événement indésirable associé aux soins est réalisé « lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention […] C'est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables »[16]. Les EIAS impliquant un médicament sont qualifiés d'événements indésirables médicamenteux (EIM).

Un EIM peut s'accompagner d'un « effet indésirable », défini comme « une réaction nocive et non voulue à un médicament »[17]. Les effets indésirables sont liés aux produits de santé en eux-mêmes. La surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments sont confiées à la pharmacovigilance[18]. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), les professionnels de santé, les patients et les entreprises pharmaceutiques participent à la pharmacovigilance.

Lorsqu'un EIM a pour origine une erreur non intentionnelle d'un professionnel de santé ou d'un patient, il est qualifié d'erreur médicamenteuse[19]. L'erreur se définit comme un écart par rapport à « un référentiel, un standard, une pratique, une recommandation, ou encore une règle admise » (SFPC, 2006, p. 3). Elle « est l'omission ou la réalisation non-intentionnelles d'un acte relatif à un médicament » (SFPC, 2006, p. 23). L'erreur est par définition évitable.

[15] https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie#
[16] Article R1413-66-1 du code de la santé publique.
[17] Article R5121-152 du code de la santé publique.
[18] Article L5121-22 du code de la santé publique.
[19] Article R5121-152 du code de la santé publique.

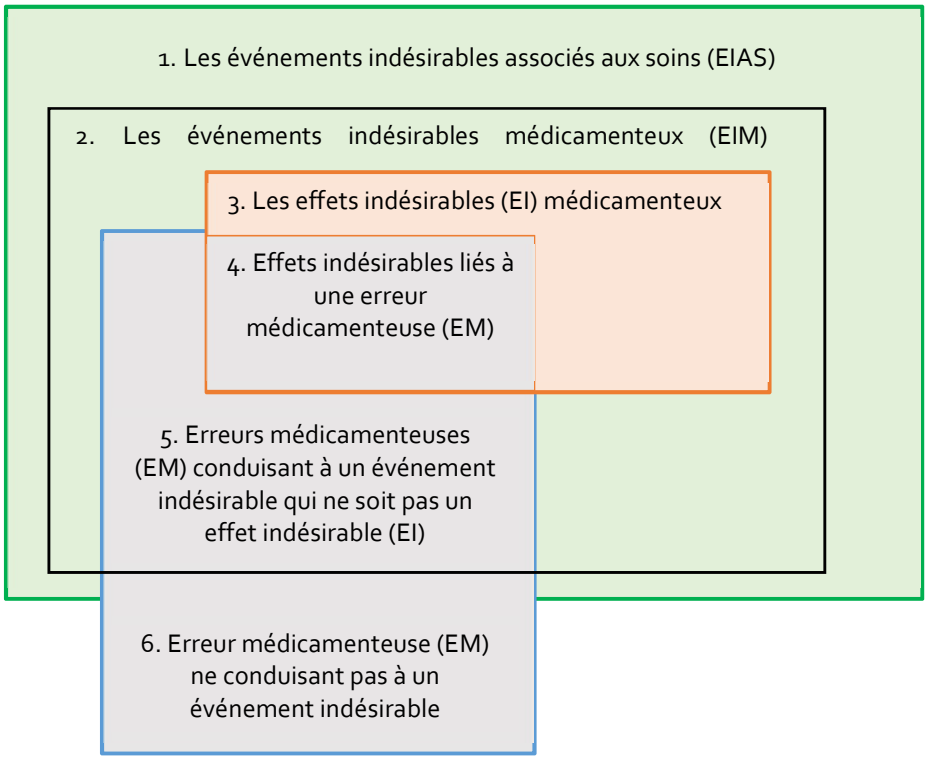


Figure 2 : Diagramme de Venn (Mahé, 2014, p. 22, modifié par Hédacq, 2023)

Le diagramme de Venn [20] ci-dessus (figure 2) montre la relation entre les événements indésirables associés aux soins (EIAS), les effets indésirables médicamenteux (EI) et les erreurs médicamenteuses (EM) ; la taille des formes ne reflète pas les fréquences relatives des événements illustrés. Pour illustrer ces définitions, nous faisons ci-dessous référence à des exemples :

- Un événement indésirable associé aux soins non médicamenteux (1) est par exemple une chute d'un patient de son lit médicalisé ;
- Un événement médicamenteux avec effet indésirable (3) non lié à une erreur peut se manifester par de la fièvre suite à un vaccin ou une réaction allergique après la prise d'un antibiotique ;
- Un événement indésirable médicamenteux avec effet indésirable lié à une erreur (4) est par exemple un arrêt respiratoire lié à un surdosage de morphine suite à une erreur de calcul de dose ;
- Un événement médicamenteux sans effet indésirable lié à une erreur (5) par exemple une erreur de médicament dans la catégorie des antibiotiques (Clamoxyl® à la place d'Augmentin®) sans conséquence pour le patient ;

[20] Le diagramme de Venn est un outil visuel. Il se compose de plusieurs cercles qui se croisent. Il sert à comparer deux ou plusieurs éléments sur leurs spécificités et sur leurs points en commun (Delengaigne et al., 2019).

Dans la suite de cet écrit, nous nous centrerons sur la notion d'erreur, qu'elles aient ou non entrainé un effet indésirable. L'erreur médicamenteuse soulève des questions de responsabilité du professionnel de santé. En matière de médicament, la nuance est faite entre la notion « d'erreur » (définie par le code de la santé publique comme non-intentionnelle) et le « mésusage » qui est défini par le code de la santé publique comme « l'utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques »[21]. En pédagogie, l'erreur prend un autre statut « voilà cinq siècles que l'erreur est considérée comme inévitable dans l'acte d'apprendre » (Giordan et al., 2013, p. 4). Bachelard souligne que « l'esprit scientifique se constitue sur un ensemble d'erreurs rectifiées » (Bachelard, 1967, p. 269). Mais dans d'autres espaces comme l'école, l'université, le monde du travail, l'erreur n'a plus le même statut. Pour Amalberti (2012), le statut de l'erreur dans les systèmes complexes comme la médecine est par définition « tolérable », car les erreurs sont « involontaires ». « Le système doit accepter les erreurs comme le verso indissociable de l'intelligence humaine, et développer des stratégies pour gérer ces erreurs tout en évitant leurs conséquences » (Amalberti, 2012, p. 10). Il rajoute que lors de la réalisation d'une tâche, d'une activité, les erreurs sont nombreuses, mais qu'elles doivent être mises en parallèle avec la capacité de l'être humain dans la récupération de ces dernières : « sauf à supprimer l'homme, la simplification excessive - et erronée - du lien entre erreur et sécurité n'a pas vraiment résolu les questions de sécurité » (Amalberti, 2012, p. 26).

2.2 Données qualitatives et quantitatives sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient

Nous allons décrire dans les paragraphes ci-dessous différentes données qualitatives ou quantitatives qui permettent de comprendre les circonstances de survenue des événements indésirables. Ces éléments orientent les actions d'amélioration de la sécurité du patient.

2.2.1 La prise de conscience initiale

Depuis la publication du rapport *To err is human : building a safer health system* (Kohn et al., 2000) la prise de conscience sur les risques auxquels sont exposés les patients dans le système de santé s'est accélérée. Ce rapport a permis de prendre conscience que le système de santé américain n'était pas aussi sûr que ce qu'il devrait être. Les premières données épidémiologiques de ce rapport ont ciblé les événements indésirables associés aux soins, quelle que soit leur origine (médicament, prise en charge …). « Les impacts sociaux, médiatiques et politiques qui l'ont suivi représentent pour le domaine de la sécurité des patients ce que l'accident de Three miles Island en 1979 représente pour l'industrie à risque » (Nascimento, 2011, p. 3593). Il est identifié dans ce rapport que le système de santé a une décennie de retard

[21] Article R5121-152 du code de la santé publique.

par rapport aux autres industries à haut risque comme l'aviation ou l'industrie nucléaire en matière de gestion des risques : « Health[22] care is a decade or more behind other high risk industries in its attention to ensuring basic safety » (Kohn et al., 2000, p. 5). « C'est ainsi que le terme culture de sécurité présent depuis plus de trente ans dans l'industrie nucléaire, fait son apparition dans le milieu médical » (Nascimento, 2011, p. 3593).

Dans ce rapport, la formation des professionnels et l'évaluation de leurs compétences font partie des recommandations formulées : « Clinical training and education is a key mechanism for cultural change. Colleges of medicine, nursing, pharmacy, health care administration, and their related associations should build more instruction into their curriculum on patient safety and its relationship to quality improvement[23]» (Kohn et al., 2000, p. 146). La formation envisagée concerne à la fois la formation initiale et continue, l'utilisation de la simulation, et la nécessité de former les équipes pluridisciplinaires (Kohn et al., 2000).

2.2.2 Les enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins

En France, des enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) ont été menées par le ministère de la Santé en 2004 et reconduites en 2009. Un événement indésirable associé aux soins est qualifié de grave lorsqu'il a pour conséquence « le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale »[24]. Nous notons dans ces études, pour la proportion des EIG liés aux médicaments, que « 1,5% des hospitalisations sont dues à des événements indésirables graves liés au médicament » (Michel et al., 2005, p. 8). Les EIG médicamenteux « survenant durant l'hospitalisation s'évaluent à 1,4 pour 1000 journées d'hospitalisations en secteur de médecine, chirurgie, obstétrique » (Michel et al., 2005, p. 8). En 2019, la direction générale de l'offre de soins a reconduit une étude similaire (ENEIS 3). Les données concernant les EIG médicamenteux sont les suivantes : l'incidence des événements indésirables graves liés à un produit de santé est de 0.5 pour 1000 journées d'hospitalisation (Michel et al., 2022). À partir de ces études, nous notons qu'en France : « l'amélioration du processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient fait l'objet d'une littérature abondante et de préoccupation internationale, européenne et nationale » (HAS, 2013a, p. 11).

[22] « Les soins de santé ont une décennie ou plus de retard par rapport à d'autres secteurs à haut risque en ce qui concerne la sécurité de base » (Kohn et al, 2000, p. 5).
[23] « La formation et l'éducation cliniques sont un mécanisme clé du changement culturel. Les facultés de médecine, d'infirmières, de pharmacie, d'administration des soins de santé et leurs associations connexes devraient intégrer dans leurs programmes d'études davantage d'instructions sur la sécurité des patients et sa relation avec l'amélioration de la qualité » (Kohn et al., 2000, p. 146).
[24] Article R1413-67 du code de la santé publique.

2.2.3 L'analyse annuelle des événements indésirables graves associés aux soins

Les professionnels de santé ont l'obligation depuis 2016 de déclarer les événements indésirables graves associés aux soins qu'ils constatent[25]. Depuis 2017, ces événements sont enregistrés dans une base nationale pilotée par la HAS, et font l'objet d'une analyse annuelle.

Les événements indésirables graves liés aux médicaments font partie de ces données et sont également analysés dans ces rapports. D'un point de vue qualitatif, nous identifions une augmentation du nombre de déclarations reçues et analysées par la Haute Autorité de santé dans les différents rapports comme le souligne le schéma ci-dessous :

Figure 3 : Nombre d'EIGS enregistrés par la Haute Autorité de santé depuis 2017 (HAS, 2020a, p. 6)

Le caractère évitable de ces derniers est quantifié et ce pourcentage reste constant sur les trois années étudiées autour de 50 % (53 % en 2017, 55 % en 2018 et 50 % en 2019). La moitié des EIGS est donc considérée comme évitable ou probablement évitable. Nous retiendrons que le contexte de réalisation des EIGS est marqué par deux éléments importants. Il existe d'une part une notion de période vulnérable (nuit, week-end, jours fériés) qui est identifiée à 58 % (2019) et 61 % (2018). D'autre part, la prise en charge du patient dans les EIGS est qualifiée d'urgente (en 2017, cette mention est présente pour 50 % des EIGS, 47 % en 2018, 46 % en 2019).

En complément, la HAS a publié en 2020 un rapport centré sur les erreurs associées aux produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base nationale entre mars 2017 et décembre 2019 (HAS, 2020b). Dès 2018, la Haute Autorité de santé a identifié que dans la base nationale de déclarations des événements indésirables graves ceux en lien avec les produits de santé sont la troisième cause des EIGS déclarés (HAS, 2020b). Nous observons cinq caractéristiques (SFPC, 2014) de l'erreur médicamenteuse (Annexe 1) :

- la nature de l'erreur médicamenteuse : par exemple une erreur de patient ou une erreur de médicament ;
- le niveau de réalisation de l'erreur : l'erreur peut être qualifiée de potentielle elle est alors une circonstance susceptible de pouvoir entraîner une erreur, ou bien elle peut être avérée et interceptée après ou avant d'avoir atteint le patient ;

[25] Ce point sera développé dans le paragraphe 3.2.1.

- la gravité : nous identifions que cinq niveaux de gravité sont explicités allant de mineur (sans conséquence pour le patient) à catastrophique (avec la mise en jeu du pronostic vital) ;
- les étapes initiales et secondaires sont également décrites permettant d'identifier dans le processus complexe de la prise en charge médicamenteuse l'étape concernée par l'écart de pratiques. Par exemple, l'étape de prescription (formulation, rédaction, saisie de l'ordonnance) peut être erronée ou l'étape de dispensation au moment de l'analyse pharmaceutique peut être réalisée de manière incomplète.

Une synthèse des résultats du rapport est présente en annexe (Annexe 2). Sur les 256 événements indésirables liés aux produits de santé, trois types d'erreurs dominent : les erreurs de doses (surdosage), les erreurs de médicament et les erreurs de patient (HAS, 2020b).

Figure 4 : Extrait du rapport de la Haute Autorité de santé concernant les EIG médicamenteux (HAS, 2020b)

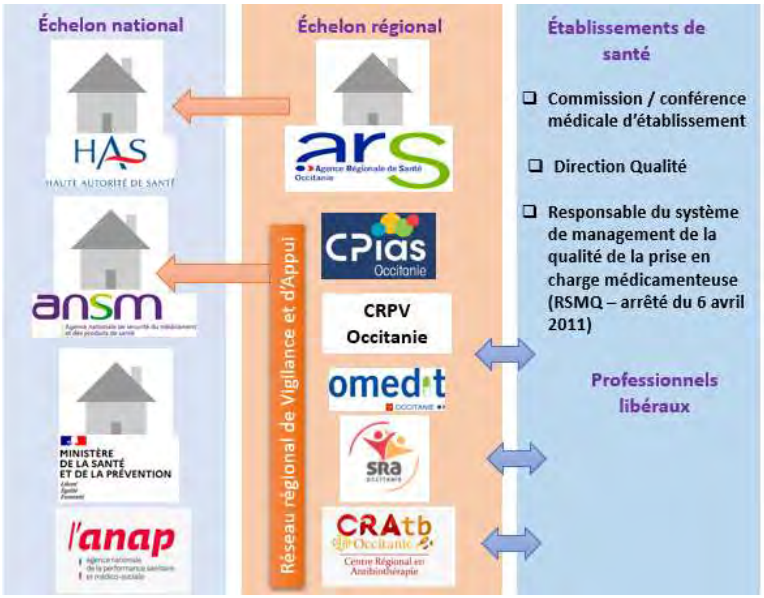
L'étape d'administration cumule 65% des erreurs, cette étape en plus d'être génératrice d'erreurs en soi est située en fin de processus. Elle est exposée aux risques des étapes de prescription et de dispensation et devient la dernière étape pour mettre en œuvre une ultime barrière de récupération avant d'atteindre le patient (HAS, 2013a). À cette étape, les professionnels de santé, en plus de devoir récupérer les erreurs d'administration, sont susceptibles de devoir récupérer les éventuelles erreurs de prescription ou de dispensation. Cette étape « est la plus sensible, car les moyens de détection d'une erreur médicamenteuse sont les moins nombreux et les plus difficiles à mettre en œuvre » (HAS, 2013a, p. 14).

3) La politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins

La prévention des événements indésirables consécutifs à l'action médicale est définie comme une priorité de santé publique depuis 2004[26] ; l'objectif annoncé était alors de réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement indésirable consécutif à l'action médicale (accidents médicaux, événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales...) de 10 % à 7 % d'ici à 2008. Dans ce sous-chapitre, nous allons décrire la mise en œuvre de cette politique qui est portée par différentes structures en France au niveau national, régional ou local (figure 5). Nous aborderons également les produits de cette politique, qui mobilisent deux leviers : les obligations réglementaires d'une part, et les recommandations de bonnes pratiques d'autre part.

3.1 Structures et acteurs

Dans ce sous-chapitre, nous allons présenter les différentes structures impliquées dans la lutte contre les événements indésirables médicamenteux en France. Nous avons schématisé cette organisation ci-dessous :



ANAP : Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS : Agence régionale de santé
CPIAS : Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
CRAtb : Centre régionaux en antibiothérapie
CRPV : Centre Régional de pharmacovigilance
HAS : Haute Autorité de santé
OMEDIT : observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
SRA : Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

Figure 5 : Les différentes structures participant à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (CoMéDiMS, 2021)

[26] Loi n°2004-806 du 09 août 2004 Hôpital, Patients, Santé et Territoires relative à la politique de santé publique.

3.1.1 Au niveau national

La politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins est pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention qui prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la santé publique et de l'organisation du système de la santé. Le ministère s'appuie sur plusieurs structures au niveau national pour sa mise en œuvre : la Haute Autorité de santé, l'ANSM, et l'ANAP.

La Haute Autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique[27] (HAS, 2023a). Elle poursuit l'objectif du développement de la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Elle met en œuvre trois missions : évaluer (les produits de santé et les actes professionnels en vue du remboursement), recommander les bonnes pratiques professionnelles, mesurer et améliorer la qualité dans les établissements de santé notamment par les démarches de certification[28]. Pour l'année 2022, 46 publications relatives aux pratiques cliniques ou organisationnelles ont été mises à disposition (HAS, 2023a).

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est un acteur public chargé de garantir l'accès aux produits de santé en France ainsi que leur sécurité tout au long de leur cycle de vie. À ce titre, l'ANSM élabore également des recommandations destinées à garantir le bon usage des médicaments, destinées aux professionnels de santé, mais également aux laboratoires pharmaceutiques. Par exemple, elle s'est intéressée à l'étiquetage des médicaments. Étant destinataire des erreurs médicamenteuses de type confusion entre différents médicaments, elle a diffusé des exigences auprès des industriels afin de limiter ce risque (ANSM, 2022b).

Enfin, un troisième acteur est important à citer dans ce panorama : l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP). Elle a pour mission d'accompagner et de fournir des ressources aux professionnels des établissements de santé afin qu'ils améliorent leurs performances. Par exemple, l'ANAP a mis à disposition en 2012 l'outil « inter Diag médicament » qui permet d'évaluer et de gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé[29].

3.1.2 Au niveau régional

Les agences régionales de santé (ARS) assurent l'organisation de la politique de santé dans la région, notamment la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, la santé publique et environnementale, les soins et les prises en charge médico-sociale. À ce titre, les ARS signent avec chaque établissement de santé de la région un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,

[27] Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.
[28] La démarche de certification sera développée dans le paragraphe 3.2.1.
[29] L'outil interdiag de l'ANAP (2012) : https://anap.fr/s/article/pharma-bio-ste-publication-2316

qui fixe notamment les objectifs et indicateurs de suivi en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins[30].

Les ARS coordonnent plusieurs structures régionales, susceptibles d'être impliquées dans la lutte contre les événements indésirables médicamenteux : les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), les observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDIT) [31], les centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb), les structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA) [32], et les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

La SRA peut aider les professionnels à analyser les déclarations d'événements indésirables graves en apportant une expertise médicale, technique et scientifique aux établissements de santé, aux établissements ou services médico-sociaux et à tout professionnel de santé, quels que soient son lieu et son mode d'exercice. Elle participe entre autres à l'organisation de formations et d'informations sur la qualité des soins et la sécurité des patients[33].

Les OMEDIT sont présents dans chaque région pour assurer l'appui à l'élaboration des contrats, notamment celui d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins. Ils participent également sur certaines thématiques à l'élaboration de dispositifs de formation sous forme d'e-learning ou de mémos pour diffuser les bonnes pratiques concernant l'utilisation des produits de santé.

Enfin, trois autres vigilances sont sollicitées sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient : les Centres d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) et les Centres Régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et les centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb). Les CPIAS assurent la prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux anti-infectieux, la coordination et l'animation des réseaux de professionnels ainsi que l'analyse et le suivi des déclarations[34]. Les CRPV assurent la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments. Les missions des CRAtb concernent le bon usage des antibiotiques et comprennent la coordination et l'animation de réseaux de professionnels de santé en charge de la mise en place des programmes de bon usage des antibiotiques[35].

[30] Article D6114-3 du code de la santé publique.
[31] Décret n° 2017-1483 du 18 octobre 2017 relatif aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique.
[32] Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
[33] Article R1413-75 du Code de la Santé publique.
[34] Article R1413-83 du code de la santé publique.
[35] Instruction du 15 mai 2020 relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.

3.1.3 Au niveau local

Dans les établissements publics de santé, la commission médicale d'établissement (CME) « contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins », notamment concernant la prévention et le traitement des événements indésirables liés aux activités de l'établissement, et la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, mais également le développement professionnel continu[36]. La CME élabore un programme d'actions prenant en compte l'analyse des événements indésirables, les recommandations du rapport de certification et les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité[37]. Afin de remplir ces missions, la CME peut s'appuyer sur des sous-commissions spécialisées, parmi lesquelles la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS).

Dans les établissements publics de santé, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins, sur le projet de soins infirmier élaboré par le coordonnateur général des soins, ainsi que la politique de développement professionnel continu[38].

Depuis 2011, un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse doit être désigné dans tous les établissements de santé, par la direction après concertation avec le président de la CME. Ce dernier :

- S'assure que le système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et évalué ;
- Rend compte à la direction et à la CME du fonctionnement du système de management de la qualité ;
- Propose à la direction et à la CME les améliorations du système de management de la qualité qu'il estime nécessaires.[39]

Enfin, les pharmacies à usage intérieur (PUI) participent également à la lutte contre les événements indésirables médicamenteux au travers des actions de pharmacie clinique, qui contribuent « à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé » et concourent « à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins »[40].

[36] Article R6144-2 du Code de la Santé publique.
[37] Article R6144-2-2 du Code de la Santé publique.
[38] Article R6146-10 du Code de la Santé publique.
[39] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
[40] Article L5126-1 du Code de la Santé Publique.

3.2 Des obligations réglementaires

La politique de lutte contre les événements indésirables médicamenteux s'appuie sur des obligations juridiques, dont la portée est soit transversale (certification des établissements, développement professionnel continu, déclaration des EIAS), soit spécifique à la prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 avril 2011). Nous notons des obligations d'évaluations (certification), de formation (développement professionnel continu), et de gestion des risques (déclaration des EIAS).

3.2.1 Obligations générales

Nous présentons ces obligations par ordre chronologique d'apparition. Elles sont cohérentes avec les leviers d'action pour améliorer la qualité et la sécurité des soins identifiés par la Haute Autorité de santé (HAS, 2022b). Elles concernent les évaluations externes des activités ou des structures (procédure de certification) et les actions visant les compétences professionnelles (développement professionnel continu). Les deux dernières (l'arrêté du 6 avril 2011 et la déclaration obligatoire des événements indésirables graves) sont issues des principes de gestion des risques.

Depuis 1996, une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé a été mise en place[41] : il s'agit de la certification. Tous les quatre ans, l'ensemble des établissements de santé sont évalués par des experts-visiteurs externes sur la base de méthodes et de critères définis dans un référentiel national de certification. Le référentiel actuellement en vigueur a été conçu en 2020 ; il prévoit 4 niveaux de certification, qui sont publiés pour chaque établissement sur le site de la HAS :

- certification avec mention : « haute qualité des soins » ;
- certification : « qualité des soins confirmée » ;
- certification sous conditions : « qualité des soins à améliorer » ;
- non certification : « qualité des soins insuffisante ».

Le référentiel de certification « V2020 » intègre plusieurs critères en lien avec la prise en charge médicamenteuse, et particulièrement l'administration ou le rangement des armoires à pharmacie des unités de soins :

- Le critère 2.3-04 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments » est évalué sur la base des éléments suivants :

[41] Article L-6113-3 et suivants du code de la santé publique, articles L.167-37 4 et R.161-74 du code de la sécurité sociale, articles L.R. 6113-12 à R. 6113-15 du code de la santé publique.

  - Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.
  - La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.
  - L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.

- Le critère 2.3-07 « L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques » s'appuie notamment sur les observations suivantes :
  - Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque.
  - Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées.
  - Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation.
  - Absence de produits périmés.

Notons que les critères du manuel de certification s'appuient sur des exigences soit réglementaires[42] soit issues de recommandations de bonnes pratiques[43].

Introduit par la loi dite HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) de 2009, puis réformé en 2016, le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'agit d'une obligation qui concerne l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques[44]. Des orientations pluriannuelles prioritaires sont définies par arrêté. Pour la période 2023-2025[45], on peut citer « la maîtrise des risques associés aux actes et aux parcours de soins » et le « bon usage des médicaments », ou encore les « soins et surveillances des patients sous perfusion » (destiné aux infirmiers). Le parcours de DPC est défini pour chaque profession par le Conseil National Professionnel compétent.

Notons qu'à compter de 2023, le DPC est complété par le dispositif de certification périodique, qui concerne les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de

[42] Nous développerons ce point dans le paragraphe 3.2.2.
[43] Nous développerons ce point dans le paragraphe 3.3.
[44] Article L4021-1 du code de la santé publique.
[45] 25.09.23_fiches_de_cadrage_conso_i_et_ii_compressed.pdf (agencedpc.fr)

pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue[46]. Son objectif est de garantir : le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau de connaissances[47]. Les professionnels doivent ainsi suivre un programme minimal d'actions.[48] Au cœur des dispositifs de certification et de DPC se trouve l'évaluation des pratiques professionnelles et plus particulièrement une évaluation de type certificative dont « la fonction est de certifier le résultat d'une action » (De Ketele, 2010a)[49].

En 2011, de nouvelles obligations concernant le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé sont introduites par arrêté[50]. Elles prévoient la nomination d'un responsable, la mise en place d'un système documentaire, la réalisation d'étude de risques, la déclaration interne et l'analyse des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse, la planification des actions d'amélioration, ainsi que des actions de communication. En matière de formation, les obligations sont les suivantes :

- « La direction de l'établissement définit un plan de formation pluriannuel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Une formation s'impose pour tous les nouveaux arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire ;
- La formation spécifique à la mise en œuvre des procédures et modes opératoires est intégrée au développement professionnel continu. »

Depuis 2016, les professionnels de santé, les établissements de santé et médico-sociaux ont l'obligation de déclarer à l'ARS les événements indésirables graves associés aux soins[51] qu'ils constatent, et d'analyser les causes.

> Tout professionnel de santé ou établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave associé à des soins, réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale

[46] Article L4022-3 du code de la santé publique.
[47] Article L4022-1 du code de la santé publique.
[48] Article L4022-2 du code de la santé publique.
[49] Nous aborderons les enjeux de l'évaluation dans le chapitre 4 en référence aux travaux de Marin (2019).
[50] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
[51] Un événement indésirable grave associé à des soins est défini comme « un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale » (Article R1413-67 du code de la santé publique).

> de santé. Les professionnels de santé concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables.[52]

Un portail national de signalement permet aux professionnels de santé de déclarer les événements indésirables graves associés aux soins, quels que soient leurs lieux d'exercice (établissement de santé, structure médico-sociale ou ville).

La volonté de soutenir la déclaration et l'analyse des événements indésirables s'inscrit dans la notion de « culture positive de l'erreur » soulignée à plusieurs reprises par la Haute Autorité de santé (2012) dans son rapport : *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé*. Déployée au sein des systèmes complexes comme l'industrie ou l'aviation, la culture positive de l'erreur s'appuie (entre autres) sur une analyse systémique des événements indésirables. Depuis 2017[53], la Haute Autorité de santé publie annuellement des rapports concernant l'analyse des événements indésirables graves liés aux soins. Elle souligne que le domaine de la santé fait partie des domaines dits complexes :

> La santé est une activité de haute technicité, qui s'appuie sur de multiples compétences humaines et organisationnelles et qui doit s'adapter en permanence aux nombreuses coordinations exigées par la prise en charge des patients. Le risque associé aux soins est donc important, évolutif et ne dépend pas de la seule compétence individuelle des soignants (HAS, 2018, p. 6).

D'autres obligations juridiques générales en lien avec la lutte contre les événements indésirables associés aux soins existent, mais nous ne les détaillerons pas, car elles sont plus indirectement liées aux événements iatrogènes médicamenteux et/ou à l'administration des médicaments : il s'agit par exemple des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) ou encore du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) ou l'accréditation des médecins et des équipes médicales exerçant une spécialité dite à risque.

3.2.2 Obligations spécifiques pour certains professionnels

Les textes réglementaires ayant comme finalité la lutte contre les événements indésirables médicamenteux peuvent introduire des exigences spécifiques pour certains professionnels, et participent donc à définir les pratiques professionnelles de référence. Certains textes réglementaires participent à la définition de la « bonne pratique professionnelle ».

[52] Article L. 1413-14 du Code de la santé publique.
[53] Les rapports rédigés par la Haute autorité de santé datent de 2018, 2019a, 2020a, 2020b, 2021b, 2022a.

Par exemple, en lien avec les pratiques infirmières, un arrêté de 1999[54] prévoit :

- « Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale ».
- « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires, ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité ».

De même, l'arrêté relatif au management de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé mentionné au paragraphe précédent précise par exemple :

- Les règles d'étiquetage des médicaments dans les armoires de service ;
- La possibilité d'une auto-administration du médicament par le patient, avec traçabilité de l'acte *a posteriori* conformément aux déclarations du patient ;
- L'interdiction de la retranscription des prescriptions.

3.3 Des recommandations de bonnes pratiques

Les bonnes pratiques peuvent se définir comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (HAS, 2022b, p. 39). Les différentes structures nationales, régionales ou locales participent à l'élaboration des recommandations pour améliorer les pratiques des professionnels de santé. Les recommandations régionales sont généralement des déclinaisons des recommandations nationales ; les recommandations locales résultent souvent d'une contextualisation des recommandations nationales ou régionales. En France, ces recommandations de bonnes pratiques sont essentiellement édictées par la Haute Autorité de santé et les sociétés savantes. Nous nous focaliserons dans ce chapitre sur les recommandations en lien avec les pratiques infirmières, et nous différencierons les recommandations explicites, principalement issues de la HAS et des sociétés savantes, et les recommandations implicites, issues de l'analyse des événements indésirables médicamenteux. L'application de ces recommandations est évaluée dans les démarches de certification.

3.3.1 Les recommandations explicites

En matière d'administration médicamenteuse, la principale recommandation a été publiée par la HAS en 2013 : il s'agit du guide intitulé *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*. Ce guide accorde une place importante à la règle des 5B : « le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle

[54] Articles 6 et 8 de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.

des 5B (bon patient, bon médicament, bonne dose, bon moment, bonne voie) » (HAS, 2013a, p. 27). Cet outil doit guider chaque étape de la pratique d'administration médicamenteuse comme un véritable automatisme. C'est la première fois que nous pouvons retrouver un guide dédié à une pratique professionnelle rassemblant des recommandations sur les différentes étapes de l'administration, mais également sur des outils de sécurisation (étiquetage des préparations, rangement des armoires à pharmacie, lutte contre l'interruption de tâches …). La genèse de ces bonnes pratiques repose dans un premier temps sur une saisine ministérielle de la direction générale de l'offre des soins (DGOS). Elle demande « l'adaptation au contexte français d'outils d'auto-évaluation et d'amélioration de la sécurité d'administration des médicaments sur la base des recommandations internationales, du bilan du guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM et/ou de pharmacovigilance » (HAS, 2013a, p. 5). Ces données ont un caractère « scientifique » et font référence aux savoirs « d'expert ». Le guide a été rédigé par « des institutionnels, des professionnels de santé et des représentants d'usagers (fédération d'établissements, représentant d'usagers, ordres, etc.) » (HAS, 2013a, p. 5). À la fin du guide, la liste des membres des groupes de travail nous permet d'identifier la participation :

- des sociétés savantes, dont la SFPC ;
- des institutions nationales (HAS, ANSM, ANAP) et régionales (OMEDIT)
- des ordres professionnels (sages-femmes, dentistes, pharmaciens)
- des associations professionnelles et d'usagers
- des professionnels (pharmaciens, cadres de santé, infirmières puéricultrices …).

Les acteurs proposent « après avoir réalisé un bilan de l'existant, des repères de bonnes pratiques pour l'administration des médicaments, ainsi que quelques outils » (HAS, 2013a, p. 5). L'élaboration de ce guide a souligné la volonté « d'une approche multiprofessionnelle et non une approche métier afin de décloisonner la prise en charge médicamenteuse » (HAS, 2013a, p. 5). Enfin, nous relevons qu'il a un caractère non opposable « Il appartient à chaque établissement de santé de s'approprier les différentes préconisations qui y sont proposées et de les adapter à leur propre organisation » (HAS, 2013a, p. 5). Nous notons qu'il est cité dans les documents ressources du référentiel de certification V2020.

Concernant les recommandations émises par des sociétés savantes, nous pouvons citer les préconisations établies conjointement en 2020 par la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), intitulées « Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie et en réanimation en période de crise sanitaire aigüe » (SFAR & SFPC, 2020). Parmi les recommandations figurent par exemple :

- sécuriser le système de rangement en actualisant autant que nécessaire les étiquetages ;
- éviter des stocks pour un même médicament de présentations différentes sur un même lieu (unité de soins).

3.3.2 Des recommandations implicites

Nous identifions deux types de recommandations implicites : les rapports d'analyse des EIGS déclarés par les professionnels publiés annuellement par la HAS, et un rapport récent sur les

déterminants de la qualité des soins dans les établissements de santé issus des données de la littérature (HAS, 2022b). Les rapports éclairent de façon très explicite les conditions de survenue des EIM. En éclairant les conditions de survenue, ces rapports dessinent implicitement en miroir les contours d'une bonne pratique permettant d'éviter la survenue de ces EI.

Les facteurs conduisant à la réalisation des erreurs médicamenteuses sont identifiés et qualifiés après la conduite d'une analyse *a posteriori* de l'événement. En gestion des risques, deux méthodes d'analyses *a posteriori* sont utilisées :

- La méthode dite ALARM (Association of Litigation and Risk Management) : c'est une méthode d'analyse systématisée des événements indésirables. Elle permet d'identifier des facteurs ayant favorisé leur survenue afin d'en prévenir la récidive par la mise en place d'un plan d'action. Cette méthode est préférentiellement utilisée dans l'analyse des événements indésirables associés aux soins et en particulier pour les événements indésirables qualifiés de graves au niveau national (Annexe 3) ;
- La méthode dite REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux) : cette méthode a été reconnue en 2012 comme une des méthodes listées par la Haute Autorité de santé dans le cadre du développement professionnel continu (Annexe 4). C'est une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins qui est portée par la société française de pharmacie clinique.

Nous identifions une différence dans la dénomination des facteurs et des sous-facteurs entre la méthode REMED et la méthode ALARM. La REMED est plus spécifique à l'analyse des événements indésirables concernant le médicament ou les dispositifs médicaux (Annexe 4) en regard du facteur lié aux produits de santé qu'elle interroge.

Facteurs de la méthode ALARM	Facteurs de la méthode REMED
/	Facteurs liés aux produits de santé
Facteurs liés aux patients	Facteurs liés aux patients
Facteurs liés aux tâches à accomplir	Pratiques et procédures opérationnelles
Facteurs liés aux professionnels	Facteurs liés aux professionnels de santé
Facteurs liés à l'équipe	Équipe
Facteurs liés à l'environnement de travail	Environnement de travail
Facteurs liés à l'organisation et au management	Organisation et management
Facteurs liés au contexte institutionnel	Contexte institutionnel

Tableau 1 : Comparaison des facteurs entre la méthode ALARM et la méthode REMED (Hédacq, 2023)

Ces deux méthodes d'analyse et en particulier la REMED permettent de caractériser les erreurs médicamenteuses.

La méthode ALARM (Annexe 3) est utilisée pour l'analyse des EIGS. Pour rappel, la grille ALARM est divisée en sept grandes catégories de causes listant chacune entre trois et huit natures de causes profondes ou facteurs contributifs. Ce sont ainsi trente-sept natures de causes

profondes qui sont proposées au déclarant. La sélection des facteurs s'effectue au moment de l'analyse des événements indésirables en équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé de réaliser l'analyse dans un délai assez court au risque de perdre des informations nécessaires à l'identification du déroulé précis de l'événement[55].

Nous constatons que le facteur lié aux tâches à accomplir et celui lié aux professionnels de santé sont plus particulièrement sélectionnés dans le cas des événements indésirables graves médicamenteux. Lorsque nous regardons le facteur lié aux tâches à accomplir, les sous-facteurs sélectionnés sont le non-respect des bonnes pratiques liées à la prescription (absence de réévaluation, erreurs de prescription), le non-respect des bonnes pratiques liées à l'administration (erreur de préparation, erreur de calcul …). Pour le facteur lié aux professionnels, nous identifions trois sous-facteurs : compétences, défaut de qualification et état physique avec le stress, le travail de nuit, les situations d'urgence (HAS, 2020b).

Catégories	Nombre de déclarations
Facteurs liés aux tâches à accomplir	249
Facteurs liés aux professionnels	236
Facteurs liés au management	161
Facteurs liés à l'environnement de travail	143
Facteurs liés aux patients	142
Facteurs liés à l'équipe	130
Facteurs liés à l'institutionnel	4
TOTAL	**1 065**

Tableau 2 : Facteurs contributifs à la survenue de l'EIGM (HAS, 2020b, p. 37)

Dans ces facteurs, nous retrouvons ce que la Haute Autorité de santé nomme les déterminants transversaux de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé (HAS, 2022b). Ces derniers sont « des éléments applicables à toute activité de soins qui, selon la littérature scientifique et le consensus d'experts, contribuent de façon significative à la qualité et à la sécurité des soins » (HAS, 2022b, p. 12). Elle distingue quatre familles de déterminants : les ressources matérielles, les ressources humaines, l'organisation des équipes de soins, la coopération des équipes de soins (HAS, 2022b). Notons que dans les ressources humaines la

[55] Dans la pratique, il peut être demandé aux professionnels d'écrire les différents éléments de l'événement indésirable, et l'analyse est conduite avec un certain délai afin que l'équipe de soins puisse être à distance émotionnellement de l'événement.

notion de compétences des professionnels de santé est explicitée comme un savoir agir en situation. La compétence s'appuie sur le tryptique intégrant la notion de savoir. Elle se définit comme un ensemble de : savoirs, savoir-faire et savoir-être (HAS, 2022b). Elle est une véritable priorité des programmes de la formation initiale ou continue des différents professionnels de santé. Les ressources humaines interrogent également la notion d'effectif et la charge de travail, la permanence et la stabilité des équipes de soins (HAS, 2022b). L'organisation des soins est déclinée en « mise en œuvre des bonnes pratiques » et « travail en équipe » (HAS, 2022b).

Ce rapport évoque les moyens utilisés par certains établissements pour prendre en compte ces déterminants comme l'identification de valeurs et de vision stratégique, la place centrale du patient et de la qualité des soins. Il fait par exemple référence au succès d'un programme de recommandations de bonnes pratiques sur les cathéters centraux qui s'est appuyé entre autres sur : « un juste équilibre entre la standardisation et la flexibilité et une importance donnée au retour d'expérience des professionnels de première ligne » (HAS, 2022b, p. 36). Dans le prolongement de ce constat, la Haute Autorité de santé encourage les professionnels à élaborer « les règles de vérification concertée des points critiques selon des modalités adaptées à leur établissement et à leur discipline » (HAS, 2022b, p. 36). Elle annonce des principes généraux pour l'utilisation des déterminants en qualité et sécurité des soins : construire les indicateurs avec les professionnels, mettre en place des actions pour développer les compétences, continuer les évaluations externes. Une réflexion est amorcée sur les actions issues du cadre règlementaire. Par exemple, la littérature internationale indique que la mise en place d'obligations règlementaires sur des sujets complexes ne suffit pas à atteindre la conformité.

Nous retiendrons que les acteurs participant à la politique de lutte contre la iatrogénie ont pour objectif d'assurer la sécurité des patients et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables évitables associés aux soins. Les enjeux sont nombreux, tout d'abord humains (les patients et les familles, mais aussi les soignants impliqués dans les événements indésirables). Le rapport de 2019 identifie 100 % de conséquences pour les patients sur l'ensemble des 2007 déclarations d'EIGS analysées et 48 % de conséquences pour les professionnels de santé : « l'impact est essentiellement psychologique : stress post-événement, choc émotionnel, professionnels en difficulté » (HAS, 2020a, p. 33). D'autres enjeux sont identifiés, ils sont stratégiques (réputation de l'établissement, etc.), techniques, organisationnels, économiques et financiers, juridiques et assurantiels (HAS, 2012, p. 9). Le facteur humain domine dans les accidents pour atteindre 100% en cause directe ou indirecte (Amalberti, 2012). « De tels chiffres donnent une priorité naturelle à comprendre les erreurs humaines pour les réduire, le bon sens fait penser que leur réduction s'accompagnera forcément d'une réduction des accidents. La réalité est loin d'être aussi simple » (Amalberti, 2012, p. 26). La difficulté réside à la fois dans la présence de ce facteur humain important dans les erreurs médicamenteuses, et en même temps sur le fait qu'elle touche aussi à de l'humain et que socialement et éthiquement il semble difficile de ne pas en tenir compte. Les recommandations de bonnes pratiques qui sont diffusées par les diverses structures sont parfois difficiles à mettre à place pour les professionnels de santé. Par exemple, comment les professionnels peuvent-ils réaliser la règle des 5B de manière systématique si le service de soins est en sous-effectif et que la charge de travail est très élevée ? L'enjeu de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins repose sur la prise en compte des nombreux déterminants identifiés dans le rapport (HAS, 2022b) qui agissent sur la possible mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Mais comment de manière opérationnelle est-il possible de prendre en compte les effets de ces déterminants comme la coopération au sein de l'établissement, les effectifs et la charge de travail ?

Le deuxième rapport (HAS, 2023b) ouvre vers une possibilité d'un rapprochement entre le monde académique des sciences humaines et sociales et le domaine de la santé. Il s'agit pour la Haute Autorité de santé de s'appuyer sur les savoirs des sciences humaines pour appréhender par exemple le comportement des professionnels en situation.

4) De la demande de la CoMéDiMS à un projet de Recherche-Intervention

Nous allons décrire dans ce sous-chapitre la demande qui nous a été formulée par le co-président de la CoMéDiMS. Plus particulièrement, nous détaillerons l'analyse que nous avons effectuée.

4.1 La demande de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse

4.1.1 Présentation de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse

L'équipe de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse est composée de différents membres (pharmaciens, médecin, infirmière, ingénieur qualité, internes et externes en pharmacie). Son organisation qui est spécifique à l'établissement est la suivante :

- Trois co-présidents et un vice-président sont identifiés ;
- Une équipe opérationnelle composée de sept membres assure les missions dédiées ;
- Un bureau de la CoMéDiMS représenté par différents membres de l'institution prend les décisions et oriente les actions prioritaires à déployer dans l'établissement.

Le choix d'intégrer dans son équipe opérationnelle un cadre de santé infirmier est spécifique au CHU de Toulouse. Nous pouvons identifier que la CoMéDiMS est en relation avec la Direction des achats, la Direction des finances, la Direction des soins, la Direction des Services Numériques (DSN), la Direction de la qualité et la pharmacie de l'établissement.

Son organisation et ses missions sont synthétisées dans le schéma ci-dessous :

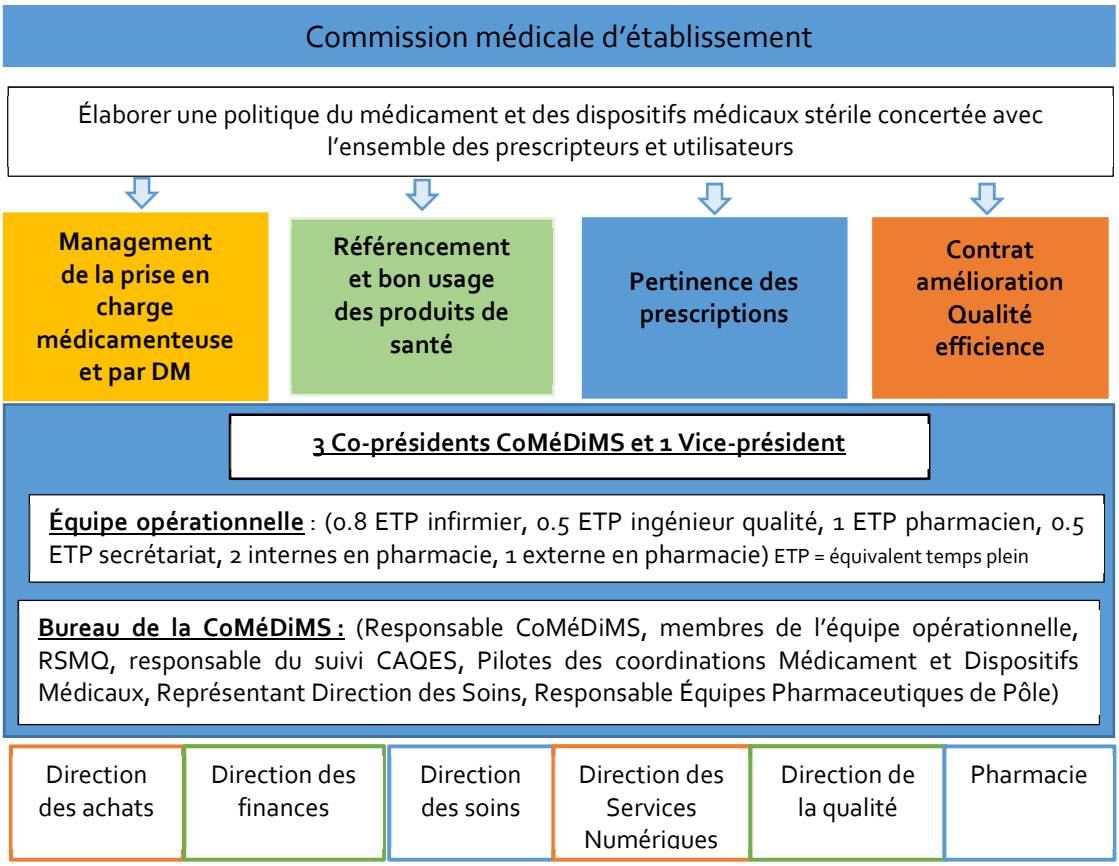


Figure 6 : Organisation de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse (CoMéDiMS CHU de Toulouse, 2021)

Sur le plan des ressources humaines, trois changements dans la composition de l'équipe opérationnelle ont eu lieu durant le temps de la mise en œuvre de la recherche que nous avons menée :

- L'équipe a été renouvelée en 2019 : le cadre de santé [56], la secrétaire et la pharmacienne-assistante (soit 2/3 de l'équipe) ;
- En 2021, un nouveau responsable du système de management de la qualité a rejoint l'équipe ainsi qu'une nouvelle pharmacienne-assistante ;
- En 2022, deux nouvelles pharmaciennes-assistantes sont venues remplacer les assistantes de 2019 et 2021.

4.1.2 Une demande d'accompagnement dans l'amélioration des dispositifs de formation

Les différents rapports d'activités (de 2014 à 2021) que nous avons étudiés nous ont permis de situer les quatre domaines d'activités de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse autour des axes suivants :

- Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux ;
- Le suivi du CAQES[57] ;
- Le référencement et le bon usage (choix des médicaments, protocole d'utilisation indication et patient choisis) ;
- La pertinence des prescriptions et les conséquences économiques.

Au CHU de Toulouse, la CoMéDiMS est une sous-commission de la commission médicale d'établissement. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse travaille au sein de l'équipe opérationnelle. L'analyse des différents rapports d'activité nous a permis d'identifier que l'équipe participe notamment à :

- la formation continue des professionnels dans l'établissement : un e-learning sur la prise en charge médicamenteuse du patient est en place depuis 2012. Il fait partie des fondamentaux obligatoires à la prise de poste du nouvel-arrivant. Depuis 2012, 4086 professionnels ont réalisé l'e-learning. En 2019, il a été actualisé. Il comporte deux modules : un sur le circuit du médicament et un sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ;

[56] Nous avons intégré la CoMéDiMS en 2019 comme nous allons l'expliciter dans le chapitre 3 de la posture du chercheur-intervenant. La contractualisation de la R-I a eu lieu en avril 2019, notre intégration dans l'équipe date d'octobre 2019.

[57] Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé. Il s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (Omedit auvergne Rhône Alpes, 2023)

- la formation initiale : des actions de formation sont réalisées auprès des infirmiers et sages-femmes ;
- la gestion documentaire : en moyenne la CoMéDiMS crée ou réactualise une centaine de documents par an (protocoles, modes opératoires). Ces documents sont mis à disposition des professionnels de santé dans un espace dédié sur l'intranet de l'établissement ;
- l'information des soignants : la CoMéDiMS rédige des notes ou des communications permettant de sensibiliser les professionnels de santé sur certaines thématiques (étiquetage des préparations, bonnes pratiques de préparation …).

Enfin, nous identifions que le nombre de déclarations d'événements indésirables médicamenteux destinées à la CoMéDiMS est entre 60 à 100 par an. L'équipe opérationnelle réalise entre 30 et 45 analyses REMED par an. Nous identifions que ces chiffres sont constants et que les causes identifiées sont souvent identiques. En 2017, le rapport de certification pour le CHU de Toulouse pointe une obligation d'amélioration sur la prise en charge médicamenteuse du patient (conditions de stockage des thermosensibles, les règles d'administration non respectées…). En 2019, la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles sur l'établissement identifie des points à améliorer concernant les pratiques professionnelles de rangement des armoires à pharmacie et d'administration.

À la suite de ces constats, l'équipe de la CoMéDiMS se projette dans la constitution de neuf groupes de travail institutionnels et pluridisciplinaires dont quatre concernent la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient :

- Mise en place d'une formation institutionnelle sur la prise en charge médicamenteuse destinée aux nouveaux-arrivants soignants au CHU de Toulouse ;
- Optimisation de la gestion des armoires de service : Étiquetage en DCI[58], mise à jour des étiquettes, stocks déportés ;
- Sécurisation du stockage et du circuit des produits thermosensibles et des gaz ;
- Formalisation et sécurisation du processus de changement d'un produit de santé (ruptures et changement de marché).

Cette proposition a été présentée au comité de pilotage qualité de l'établissement en 2019 comme Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Dans cette présentation, la CoMéDiMS propose une nouvelle façon de travailler, elle a identifié le « besoin d'une participation médicale et soignante, représentative des différents pôles sur des thématiques

[58] La DCI est la Dénomination Commune Internationale du médicament. Elle correspond au nom de la substance active qui le compose : c'est le nom scientifique du produit (Ministère de la santé et de la prévention, 2016).

transversales liées aux processus de prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux » (Rapport d'activité de la CoMéDiMS, 2018, p. 32). Les groupes transversaux seront composés de différents professionnels de santé en fonction de la thématique concernée ainsi que d'un membre du bureau de la CoMéDiMS.

Nous retiendrons que la demande des commanditaires repose sur l'identification du constat suivant : malgré la multitude des supports existants, des dispositifs mis en place, des recommandations transmises au sein de l'établissement, les écarts de pratiques par rapport aux normes attendues (se manifestant par des événements indésirables médicamenteux, les résultats des évaluations internes et externes) persistent dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce constat a conduit le co-président de la CoMéDiMS lors d'un échange avec la doctorante à formuler la demande suivante « d'amélioration des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir ». La CoMéDiMS a envisagé sous la forme de la mise en place d'un projet de recherche un partenariat avec l'unité mixte de recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs pour accompagner les groupes de travail pluridisciplinaires sur la prise en charge médicamenteuse du patient.

4.2 Analyse de la demande : un enjeu autour de la notion de savoir

L'analyse de la demande que nous avons réalisée en 2018 pour déterminer le projet de recherche s'est centrée sur le lien entre la notion de savoir et celle d'ingénierie de formation. En reprenant le modèle de Stufflebeam (1985) évoqué en début de chapitre, nous identifions que la demande formulée met en relation un contexte (la prise en charge médicamenteuse du patient), une stratégie (les dispositifs de formation) et des produits (les pratiques professionnelles et les compétences des soignants). L'ensemble de ces éléments font partie de la commande que nous avons rédigée en 2019[59] (Annexe 5).

4.2.1 Les recommandations de bonnes pratiques : un savoir qualifié d'expert

Nous rappelons que les recommandations de bonnes pratiques sont des « travaux publiés par la HAS incluant des préconisations destinées aux professionnels des champs sanitaire, social et médico-social » (HAS, 2022c, p. 20). Leur objectif est « d'optimiser les pratiques dans l'intérêt ou le bénéfice du patient » (HAS, 2022c, p. 20). Il s'agit de faire évoluer les pratiques compte tenu des données acquises de la science et favoriser l'homogénéité des pratiques (HAS, 2022c). Le savoir est un concept qui a de multiples caractéristiques et il existe de nombreuses façons, de nombreuses manières de distinguer les différentes formes de savoirs (Pesce, 2019) comme par rapport au type ou la nature des savoirs, leurs usages et leurs effets, la catégorie d'acteurs à l'origine des savoirs ou ceux qui en font usage, leurs modalités de production, le statut

[59] Nous avions en 2019 distingué les enjeux de cette situation d'ingénierie de formation en regard de trois niveaux : l'établissement de santé, la CoMéDiMS et les professionnels de santé. Aujourd'hui, nous proposons une lecture centrée sur la notion de savoir.

épistémique ou les valeurs de ces savoirs. À ce stade de la formulation de la demande du co-président de la CoMéDiMS, nous nous sommes plus particulièrement intéressés en tant que chercheur à deux caractéristiques du savoir énoncées par Pesce (2019) : le type ou la nature des savoirs en jeu dans cette situation et les modalités de production des savoirs par les acteurs concernés. Selon Barbier et Galatanu (2004) :

> les savoirs sont des énoncés socialement valorisés, des énoncés propositionnels associés de façon relativement stable à des représentations ou à des systèmes de représentation sur le monde et sa transformation, faisant l'objet d'une reconnaissance sociale et d'un contrôle se situant dans le registre de la validité (épistémique : vrai/faux, pragmatique : efficace/inefficace) et considérés comme susceptibles d'être investis dans des activités de pensée, de communication ou de transformation de l'environnement (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42).

Pour Schlanger (1978), le savoir « est une relation entre le sujet et son monde, un produit, celui de leur interaction, un résultat, c'est-à-dire quelque chose qui, à sa manière, subsiste après cette interaction, qui possède une certaine autonomie et qui de ce fait est employable et transmissible » (Wittorski, 2007, p. 56). Dans cette situation, le savoir que la CoMéDiMS doit transmettre est sous forme de recommandations de bonnes pratiques. Il est issu de la Haute Autorité de santé, de l'ANSM, des décrets ou des lois en vigueur. Il est formulé sous forme d'énoncés (les recommandations de bonnes pratiques) et fait l'objet d'une validation sociale par les différentes instances de l'établissement (la CoMéDiMS participe à la politique du médicament au sein du CHU de Toulouse). Les savoirs[60] transmis par la CoMéDiMS sont sous forme de procédures[61], de modes opératoires[62], de recommandations de bonnes pratiques, ces énoncés sont validés institutionnellement lors des réunions du bureau de la CoMéDiMS.

En regard de l'ensemble de ces éléments, nous avons identifié que le savoir de la CoMéDiMS peut être associé au qualificatif « d'expert »[63]. Les savoirs transmis par la CoMéDiMS se rapprochent de la notion de norme, de règle de bonnes pratiques que les professionnels doivent mettre en œuvre. Les normes et les règles sont « des énoncés propositionnels associés à des représentations ou systèmes de représentation se situant dans le registre des normes et des règles sociales (déontique) et susceptibles notamment d'être investis dans des activités représentationnelles et discursives de contrôle (prescriptif-évaluatif) » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 52). Ainsi, dans les différents types d'énoncés, nous retrouvons par exemple :

[60] Le concept de savoirs sera développé dans le chapitre 5.
[61] Une procédure se définit comme « un ensemble de consignes à appliquer pour effectuer un travail ou atteindre un objectif » https://www.cnrtl.fr/definition/PROCEDURE#
[62] Un mode opératoire est une « façon de faire, manière habituelle d'agir » (Dictionnaire français Larousse).
[63] C'est-à-dire « qui a acquis une grande habileté, un grand savoir-faire dans une profession, une discipline, grâce à une longue expérience » https://www.cnrtl.fr/definition/expert#

- Des énoncés relatifs à la représentation, de relations entre des classes d'objets, d'événements, de situations (relations de causalité). Habituellement, ce type de savoir est qualifié de théorique ;
- Des énoncés associés à des représentations relatives à des séquences d'opérations susceptibles d'être engagées pour assurer une transformation possible du monde. « On tend alors à parler, selon les cas, de savoirs procéduraux, de savoirs-méthode ou encore de savoir d'action. » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 44)

Wittorski souligne : « il est une catégorie de savoirs qui semble retenir l'attention aujourd'hui d'un grand nombre de travaux, celle des savoirs liés à l'action » (Wittorski, 2007, p. 56). Barbier et Galatanu (2004) soutiennent l'idée que plusieurs évolutions ont conduit à dépasser la traditionnelle opposition entre les savoirs théoriques et les savoirs d'action. Les savoirs théoriques sont « traditionnellement assimilés à des savoirs disciplinaires qu'il s'agisse de disciplines de recherche ou d'enseignement, ou même de disciplines professionnelles[64] » (Barbier, 2011, p. 4). Les savoirs d'action sont « traditionnellement assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs d'expérience, aux savoirs informels, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action » (Barbier, 2011, p. 4). Le développement de nouvelles formes de formation en particulier l'approche par compétences qui s'étend dans de nombreuses disciplines (en formation continue et en formation initiale), de nouvelles formes d'organisation du travail nécessitant flexibilité, ainsi que de nouveaux modes de gestion des ressources humaines (instabilité, non-dissociation des activités et des acteurs) contribue à valoriser les savoirs liés à l'action (Barbier & Galatanu, 2004). Ces derniers prennent alors de nouvelles dénominations, « savoirs d'action » (Barbier, 2011), « savoirs d'expérience » (Tardif & Lessard, 2000), « savoirs professionnels » (Leplay, 2008), « savoirs cachés dans l'agir professionnel » (Schön et al., 1994). Cette attirance pour les savoirs liés à l'action semble être rattachée aux enjeux sociaux de professionnalisation (Wittorski, 2007).

Nous soutenons l'idée que dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse, des savoirs dits « experts » et des savoirs dits « d'action » se retrouvent en tension. Le terme expert est utilisé en faisant référence à deux aspects : au niveau cognitif et social. Nous retiendrons que « d'une part, l'expert possède des connaissances spécialisées et sait les mobiliser pour l'action, et d'autre part, son statut ne peut être dissocié de la légitimité et de la confiance dont il bénéficie » (Dubois et al., 2005, p. 2).

4.2.2 Transmettre les recommandations par la mise en place des dispositifs de formation

Dans cette situation de lutte contre les événements indésirables associés aux soins, la formation des professionnels de santé prend une place particulière. Elle est identifiée comme une barrière organisationnelle (HAS, 2013a) pour lutter contre les erreurs médicamenteuses. Les notions

[64] Pour les disciplines professionnelles, nous pouvons citer l'ingénierie, la médecine.

« de compétence » et de « mise en œuvre des bonnes pratiques » font partie des déterminants (HAS, 2022b). À l'issue de l'identification des facteurs dans le rapport de 2020 sur les événements indésirables médicamenteux, la HAS formule des préconisations (HAS, 2020b). Pour les professionnels de santé, il s'agit de les sensibiliser aux bonnes pratiques par la mise en place de formations individuelles, en particulier aux règles de bonnes pratiques de préparation (calculs, dilution, préparation). Elle préconise aux établissements de santé d'assurer et de développer les connaissances et les compétences individuelles et collectives via la formation continue.

Selon Le Boterf (1990), il existe plusieurs types de problèmes de compétences dans une entreprise, ce qui nécessite plusieurs types de formations, ce qui correspond à la notion de besoin en formation. L'auteur identifie des problèmes de mises à niveau des connaissances de base, d'actualisation des connaissances et des compétences, d'acquisition de compétences nouvelles, de maillage de compétences, de finalisation professionnelle des compétences, de synchronisation de la production de compétences, d'oubli de compétences, etc. (Le Boterf, 1990). Ces différents dysfonctionnements conduisent les organisations à répondre entre autres par la mise en place de formations : l'objectif est de combler « l'écart entre la situation réelle et la situation attendue[65] ». Il existe différents types de formation pour répondre à ces dysfonctionnements. Par exemple, pour la mise à niveau des connaissances de base, les formations reposant sur des parcours à la carte sont utilisées, avec des bilans individualisés ; pour l'actualisation des compétences, c'est la mise en place de centre de ressources ou des échanges réguliers avec les professionnels qui sont préconisés, etc. (Le Boterf, 1990).

Parmi les facteurs identifiés lors des analyses des événements indésirables médicamenteux par la CoMéDiMS, deux se dégagent plus particulièrement : un facteur « lié aux pratiques et aux procédures opérationnelles » et un facteur « lié aux professionnels ». Déclinés en sous-facteurs, ils mettent en relation différentes notions telles que : compétences, pratiques professionnelles et savoirs. Par exemple, le facteur lié aux professionnels est caractérisé par « défaut de connaissance technique ou théorique, notamment des produits de santé, défaut de raisonnement, ou encore défaut de qualification, inadéquation des connaissances (savoir-faire) » (Annexe 4). Par la mise en place des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir, la CoMéDiMS cherche à transmettre un savoir qualifié d'expert (au travers des recommandations de bonnes pratiques issues notamment de la Haute Autorité de santé), pour agir sur les pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge médicamenteuse du patient. La CoMéDiMS vise par la transmission du savoir un effet de modelage des pratiques des professionnels : il s'agit de tendre vers une conformité des pratiques professionnelles en regard des recommandations des bonnes pratiques formulées par les différentes structures. La question du savoir, sa transmission et son appropriation sont au centre des préoccupations de la CoMéDiMS et plusieurs interrogations peuvent être ainsi identifiées.

[65] Cette définition correspond à la définition des besoins en formation selon Le Boterf (1990).

Nous notons que la Haute Autorité de santé identifie les compétences selon le tryptique savoir, savoir-faire, savoir-être (HAS, 2022b). Dans un premier temps, nous identifions une interrogation qui pourrait être formulée comme suit : quel savoir transmettre pour améliorer les pratiques professionnelles de prescription, de dispensation ou d'administration médicamenteuse ? Les pratiques professionnelles nécessitent-elles plus particulièrement la mobilisation d'un savoir théorique, un savoir-faire, un savoir-être ? Nous avons identifié que la pratique d'administration médicamenteuse est découpée en cinq étapes requérant la mobilisation de différents savoirs. Prenons, par exemple, la prescription médicamenteuse suivante : « *500 mg d'amoxicilline en intraveineuse directe trois fois par jour* », elle réclame pour l'infirmière la mobilisation de différents types de savoirs. Nous reconnaissons des savoirs mathématiques (scientifiques), il s'agit de réaliser une règle de trois pour calculer la dose à injecter, de maîtriser les conversions des milligrammes en grammes pour la dilution du médicament, ce qui correspond à la mobilisation de savoirs théoriques dans l'action. Le savoir-faire est utilisé dans la préparation de l'injection en respectant un mode opératoire précis : désinfection du capuchon du flacon, injection du solvant, dilution, récupération de la quantité souhaitée, etc. Et enfin, si cette prescription est non-conforme par exemple si le médecin a réalisé une erreur de posologie, cela nécessite pour l'infirmière de mobiliser son savoir-être (savoir-réagir). En cas de doute sur la prescription, elle doit solliciter l'équipe médicale et faire préciser les modalités d'administration.

La deuxième interrogation concerne les éléments suivants : comment favoriser l'appropriation du savoir d'expert et son transfert en situation de soins (autrement dit l'effet de modelage) ? Quel dispositif de formation serait efficace sur les pratiques professionnelles et permettrait d'éviter les différents écarts de pratiques ? Ces interrogations soulèvent la question de la transmission du savoir : « Cette phase importante de toute stratégie éducative, c'est celle de l'apprentissage, celle de la modification comportementale, monopolise généralement l'activité des maîtres de façon excessive » (Minder, 2007, p. 166). L'apprentissage des gestes techniques est un apprentissage dit fonctionnel. Bril étudie les gestes techniques des potiers, elle fait le constat suivant : « l'apprentissage ne s'arrête donc pas à celui d'un geste ou d'un ensemble de gestes particuliers, mais il implique tout un ensemble de connaissances à l'origine de l'expertise du potier » (Bril, 2020, p. 60). Cela va nécessiter pour l'enseignant ou le formateur de s'interroger sur les dispositifs de formation : doit-il mettre en place un e-learning, un cours magistral, des séances de simulations, des ateliers ? Il doit également identifier les objectifs, définir les attendus à maîtriser en matière de compétences, de pratiques professionnelles. Ce deuxième enjeu concerne les effets attendus par la transmission du savoir sur les pratiques des professionnels : un effet transformatif de modelage. Les pratiques professionnelles sont rattachées à la notion d'activité humaine, c'est-à-dire des « modes de transformation du réel » (Barbier, 2011). L'analyse des pratiques professionnelles s'intéresse à « étudier une action humaine qui se déroule dans le temps, qui est singulière et intentionnelle

et vise l'efficacité » (Marcel et al., 2002). En s'adossant au modèle de Bandura (2003), Marcel modélise les pratiques professionnelles[66] à partir de quatre processeurs :

- Le processeur ontologique qui correspond au sujet, ses origines, son histoire personnelle et professionnelle, sa culture, ses valeurs ;
- Le processeur environnemental qui possède plusieurs niveaux : spatiaux, temporels, matériels, sociaux ;
- Le processeur praxique celui des gestes, des comportements et des discours en situation ;
- Le processeur épistémologique, celui des connaissances et des savoirs, ceux du sujet, mais aussi ceux mis en jeu dans ces situations (Marcel, 2014b).

Ce modèle souligne que les pratiques professionnelles en situation correspondent à des configurations singulières mobilisant ces quatre processeurs. Notons que dans ce modèle, le savoir fait partie d'un processeur à part entière, mais il n'est pas le seul à définir une pratique professionnelle, l'environnement, les gestes et le processeur ontologique ont également toute leur importance dans la configuration d'une pratique professionnelle dans une situation.

[66] Il s'agit ici pour Marcel (2014) d'une modélisation des pratiques professionnelles des enseignants.

Ainsi, nous retiendrons que l'enjeu des commanditaires concerne la transmission d'un savoir qualifié d'expert qu'ils détiennent et qui est sous forme d'énoncés issus des différentes recommandations de bonnes pratiques. Ces recommandations de bonnes pratiques transmises aux professionnels de santé correspondent au travail prescrit. L'objectif de la CoMéDiMS est de favoriser l'appropriation de ce savoir par les professionnels de santé, pour que le travail réel concorde au travail prescrit. Nous identifions que d'une part, nous avons l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS, porteuse d'un savoir d'expert qui cherche à transmettre ce savoir afin de modifier les pratiques des professionnels de santé (effet de modelage). D'autre part, nous avons des professionnels de santé plutôt porteurs d'un savoir d'action qui doivent s'approprier le savoir d'expert et transformer leurs pratiques. Nous pouvons schématiser cette relation comme suit :

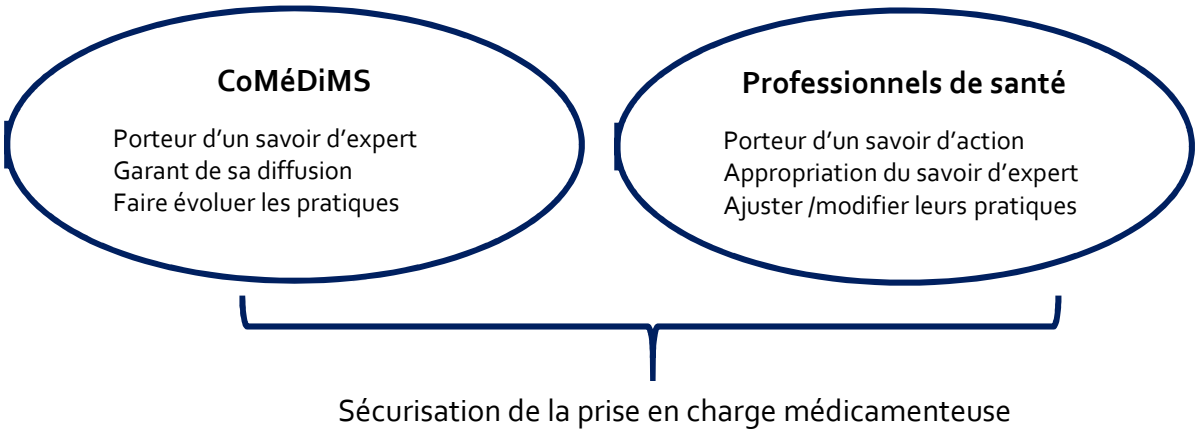


Figure 7: Représentation schématique de l'enjeu de la transmission du savoir (Hédacq, 2023)

Nous nous sommes appuyés pour plusieurs présentations du projet de recherche sur cette schématisation, elle nous a permis d'expliciter aux différents acteurs l'enjeu de la transmission du savoir que nous avons identifié dans cette situation d'ingénierie de formation.

4.2.3 L'appropriation des bonnes pratiques et la notion de compétences

Un an après la parution du guide *Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments* (HAS, 2013b), la HAS a conduit une enquête pour « apprécier le niveau de connaissance de l'existence du guide, d'évaluer la satisfaction liée à l'utilisation du format électronique, d'identifier les fiches et outils qui ont pu être utilisés » (HAS, 2013b). Nous notons que seulement 5 infirmiers ont participé à cette enquête sur 115 professionnels contre 50 pharmaciens (HAS, 2013b). Les répondants ont « à 97% une très bonne appropriation des messages clés du guide » (HAS, 2013b, p. 10). Les outils demandés par les professionnels interrogés sont des e-learning, des dispositifs d'aide pour le travail en équipe ou pour la simulation (HAS, 2013b, p. 14).

Le rapport *Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028* (HAS, 2023b) fait suite à des préconisations émises par la commission impact des recommandations (HAS, 2022c). Comme son titre l'indique, la Haute Autorité de santé s'est interrogée sur l'amélioration de l'impact des recommandations directement destinées aux

professionnels des champs sanitaires, social et médicosocial. Reposant sur le constat que la mise en ligne de ces recommandations ne suffit pas à garantir la traduction des recommandations dans les pratiques professionnelles, une commission « impact des recommandations » a vu le jour (HAS, 2022c). La première recommandation émise par cette commission nous interpelle particulièrement :

> La commission préconise que la HAS complète sa culture première de l'expertise par une culture utilisateur. Il s'agit de s'intéresser aux destinataires des recommandations (besoins, attentes, attitude, perceptions, déterminants de la pratique…) pour anticiper leurs conditions d'acceptation, d'appropriation et de mise en œuvre. Cette approche doit alimenter toutes les étapes du processus d'élaboration d'une recommandation. Les enseignements des sciences humaines, sociales et comportementales, permettent de mieux comprendre les comportements et de mieux appréhender les mécanismes de prise de décision dans leurs contextes (HAS, 2023b, p. 6).

Améliorer l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques a pour objectif de favoriser les changements de comportements des professionnels de santé et de développer leurs compétences. Le rapport de la HAS (2022c) souligne que l'appropriation des recommandations nécessite des conditions concernant la recommandation elle-même : notoriété, intelligibilité, acceptabilité, applicabilité…Elle implique également des conditions sur les professionnels (changement de comportement : multifactoriel, avec freins/leviers).

Pour les professionnels de santé dans cette situation, l'enjeu autour de la formation continue concerne le développement des compétences. Wittorski (1998) propose une délimitation de cette notion en avançant que la compétence est plus un processus qu'un état, qui « se retrouve à l'intersection de trois champs : le champ du parcours de socialisation/de la biographie, le champ de l'expérience professionnelle, le champ de la formation » (Wittorski, 1998, p. 2). La notion de dynamique par le terme de processus montre que « la compétence est le processus générateur du produit fini qu'est la performance » (Wittorski, 1998, p. 2). Il rajoute que « la compétence d'un individu ou d'un collectif est toujours contextualisée, finalisée (et non abstraite), spécifique et contingente » (Wittorski, 1998, p. 2). L'acteur construit ses compétences en fonction des représentations qu'il a de la situation. Pour pouvoir former les acteurs du circuit de la prise en charge médicamenteuse du patient, il nous semble important de tenir compte du contexte dans lequel ils mettent en œuvre leurs compétences dans leurs pratiques professionnelles spécifiques. Le point de vue des psychologues du travail rajoute la notion de « compétences incorporées » à l'action, comme des compétences tacites rattachées au contexte particulier et spécifique de l'action (Leplat, 1995). Les professionnels de santé développent ainsi dans leurs pratiques d'administration médicamenteuse, de prescription ou de dispensation, des savoirs, des compétences spécifiques, difficilement définissables qui leur permettent de s'adapter aux situations de soins toujours mouvantes. Ces savoirs se rapprochent de la définition des savoirs d'actions de Barbier (2011).

La compétence est également un « savoir agir reconnu » par un groupe professionnel (Wittorski, 1998, p. 3). Wittorski (1998) propose la définition suivante de la compétence :

> […] finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation (Wittorski, 1998, p. 3).

Le concept de compétence interroge les différents professionnels de notre société, quelle que soit la discipline dans laquelle ils s'inscrivent (Wittorski, 1998). La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 et la mise en place du développement professionnel continu, la réingénierie du diplôme infirmier de 2009, montrent combien la notion de compétence s'est développée et les différents enjeux qu'elle provoque dans les structures de soins. Wittorski (1998) identifie la compétence comme une combinaison de cinq composantes articulées à trois niveaux : les composantes cognitives, culturelles, sociales, affectives et praxéologiques peuvent ainsi être étudiées à partir des niveaux de l'individu ou du groupe producteur/auteur de la compétence, de celui de l'environnement social immédiat, puis de celui de l'organisation sociétale. La recherche que nous menons interroge la conception managériale du développement des compétences des infirmiers dans une situation de soins pratiquée pluri quotidiennement : quel modèle théorique a été choisi ? Quel modèle pourrions-nous co-construire ?

La transmission du savoir au sein de l'établissement de santé concernant la prise en charge médicamenteuse s'appuie essentiellement sur des modes opératoires, des procédures, des recommandations de bonnes pratiques. Deux perspectives du développement professionnel continu sont décrites par Gosselin, Viau-Guay et Bourassa (2014) : l'une managériale plus déterministe ou applicationniste des savoirs et l'autre constructiviste ou socioconstructiviste. La conception managériale, « dans laquelle des savoirs et des compétences sont identifiés par des experts (scientifiques, formateurs, organisations, etc.) et ensuite appliqués par les professionnels selon des fonctions de travail déterminées, occupe une place prépondérante, particulièrement dans le domaine de la santé » (Gosselin et al., 2014, p. 4). Nous retiendrons que le terme applicationniste signifie « l'obligation de mettre en pratique sans réflexion des orientations théoriques et procédurales prédéterminées et imposées, légitimes parce que produites par la science » (Brassat, 2021, p. 27). Il induit que : « La pratique n'étant ici rien de plus que l'application d'une théorie et la théorie l'écriture de la pratique, cette dernière doit dépendre et se soumettre à la théorie qui lui est supérieure » (Brassat, 2021, p. 27). Mais cette perspective applicationniste a montré différentes limites, par exemple la prise de décisions dans une situation professionnelle va dépendre, de la situation rencontrée, de la personne qui agit. Ce qui amène les auteurs à suggérer de s'appuyer plutôt sur une perception socioconstructiviste où « le développement professionnel est conçu comme un processus rattaché à la personne qui gère les situations professionnelles et non seulement à la pratique » (Gosselin et al., 2014, p. 5).

Synthèse du chapitre 1
Analyse d'une demande d'accompagnement par la recherche d'une situation d'ingénierie de formation

Le contexte de la recherche que nous avons menée entre 2019 et 2023, s'intéresse à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette dernière est qualifiée de processus complexe (HAS, 2013a) et expose le patient à des risques. La « iatrogénie » médicamenteuse se manifeste en particulier par des événements indésirables médicamenteux (pouvant être liés à une erreur médicamenteuse) dont environ 50% sont considérés comme évitables.

Au sein du CHU de Toulouse, la CoMéDiMS est responsable de la sécurisation du processus de la prise charge médicamenteuse du patient (arrêté du 6 avril 2011). Elle réalise l'analyse des événements indésirables médicamenteux et met en place des actions de sécurisation (gestion documentaire, formation des professionnels de santé) dans l'établissement. Le co-président de la CoMéDiMS a formulé une demande d'amélioration des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir construits par l'équipe opérationnelle et à destination de professionnels de santé. Le constat de départ à l'origine de la demande repose sur le fait que malgré la mise en place de différents dispositifs de formation et/ou de diffusion du savoir, les écarts de pratiques par rapport à une norme persistent (qu'ils soient identifiés par les événements indésirables médicamenteux ou par des évaluations externes ou internes). Il s'agit au travers de l'amélioration des dispositifs de formation d'agir sur l'appropriation du savoir des professionnels et d'améliorer les pratiques professionnelles en situation de soins.

Cette demande et l'enjeu de la transmission du savoir ont été analysés par la doctorante afin d'élaborer un projet de recherche. Le projet de la CoMéDiMS pour 2019 concerne la constitution de neuf groupes de travail institutionnels et pluridisciplinaires, responsables de la mise en place et /ou de la construction de dispositif de formation ou de diffusion du savoir. En nous appuyant sur ce projet et sur la volonté de la part de l'équipe opérationnelle « d'une participation médicale et soignante, représentative des différents pôles sur des thématiques transversales liées aux processus de prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux » (Rapport d'activité de la CoMéDiMS, 2018, p. 32), nous avons proposé d'accompagner ce projet de co-élaboration des dispositifs. À ce stade, nous avons formulé l'interrogation suivante :

Comment une sphère porteuse d'un savoir d'expert et une sphère porteuse d'un savoir d'action peuvent-elle coconstruire des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir ?

Cette interrogation est proposée pour souligner le rapport en tension entre les savoirs d'expert de la CoMéDiMS et les savoirs d'action des professionnels de santé.

Chapitre 2 - Le choix d'une démarche de Recherche-Intervention

En réponse à la demande formulée par la CoMéDiMS d'amélioration des dispositifs de formation que nous avons exposée dans le chapitre un, nous avons élaboré un projet de recherche. Plus particulièrement, nous avons proposé une démarche de Recherche-Intervention d'une durée de trois ans aux co-présidents de la CoMéDiMS et aux différents membres de l'équipe opérationnelle.

Nous allons argumenter dans ce chapitre, le choix que nous avons fait de proposer une démarche participative telle que la Recherche-Intervention en réponse à la demande formulée. Tout d'abord, nous rappellerons que la Recherche-Intervention que nous avons menée est inscrite en sciences de l'Éducation et de la formation (1). Cette démarche de recherche envisage un rapprochement possible entre science et action au sein d'un espace : le tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010). Nous le décrirons tant dans son organisation que dans ses missions (2). Puis, nous présenterons les caractéristiques et les étapes de la démarche de Recherche-Intervention, en particulier celle théorisée[67] par différents auteurs (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Marcel 2019b, 2020a, 2020b). Nous expliciterons la modélisation du tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2020b) de la Recherche-Intervention comme un espace de co-élaboration de savoirs. Lors de chaque point abordé, nous proposerons en synthèse une contextualisation en regard de la démarche que nous avons mise en œuvre.

Enfin, la Recherche-Intervention se veut être une démarche d'accompagnement (3) ou de conduite du changement en Éducation (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015). Nous nous intéresserons à définir la notion de changement, la nature de ce dernier dans les démarches de Recherche-Intervention et la façon dont il peut être conduit ou accompagné par cette démarche.

1) La Recherche-Intervention : une démarche ancrée en sciences de l'Éducation et de la formation

1.1 Les Sciences de l'Éducation et de la formation : aider une action pédagogique

Les sciences de l'Éducation et de la formation pour quoi faire ? est le titre d'un ouvrage collectif paru en 2019 sous la direction de Bedin, Franc, Guy. Cette question nous a été posée régulièrement à partir du moment où nous avons fait le choix de nous engager dans un parcours universitaire au sein de cette discipline. Les sciences de l'Éducation et de la formation peuvent sembler éloignées du champ de la santé, cependant nous soulignons que la santé et l'Éducation partagent des préoccupations communes. D'un point de vue « philosophique », nous pourrions évoquer que la santé et l'Éducation se retrouvent autour de la valeur du « care », c'est-à-dire du prendre soin de l'autre (Marcel, 2016b). D'un point de vue professionnel, l'obtention du

[67] La théorisation de la R-I est toujours en chantier souligne Marcel (2020a).

diplôme de cadre de santé peut être associée à la validation d'un master 1 en sciences de l'Éducation et de la formation. Enfin, l'ouvrage de Broussal, Marcel et Thievenaz (2016) *Soigner et former contribution des sciences de l'éducation* retrace plusieurs recherches mises en œuvre dans ce domaine en association avec des chercheurs de la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation. La démarche de R-I que nous avons menée en doctorat est ancrée dans la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation qui ont fêté leurs cinquante ans en France en 2017. Mais, quels types de savoir peuvent-ils être produits par la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation ?

Le terme « éducation » dans le langage courant peut faire référence à quatre significations différentes. L'éducation en tant que système éducatif comme institution sociale, l'éducation comme résultat, l'éducation comme processus, l'éducation comme contenu (Mialaret, 2017). L'éducation comme institution sociale se définit autour de différents éléments : son organisation, les règles de fonctionnement. Ces éléments permettent de comparer les différents systèmes éducatifs. L'éducation comme résultat renvoie au résultat d'une action par exemple les différences entre une bonne ou une mauvaise éducation. Penser l'éducation comme le résultat d'une action entraîne un lien fort avec la notion d'évaluation. À l'issue du parcours éducatif seront évalués les compétences, les pratiques, les savoirs, etc. L'éducation en tant que processus fait référence à ce « qui relie d'une façon prévue ou imprévue deux ou plusieurs êtres humains et qui les met en communication, en situation d'échanges et de modifications réciproques » (Mialaret, 2017, p.11). L'éducation en tant que contenu fait référence à la diversité des dispositifs qui peuvent être utilisés. Le terme éducation s'est considérablement élargi au cours du dernier siècle (Mialaret, 2017). Notamment, en regard de la formation des adultes qui s'est largement développée, cette discipline s'intéresse aujourd'hui à des acteurs dont l'âge peut aller de la petite enfance à l'âge adulte. Nous identifions que des notions d'éducation parallèle se sont également développées, l'éducation n'est plus que du seul fait de l'institution. D'une part, l'éducation concerne plusieurs domaines humains (le corps, la sensibilité, l'esprit) et vise une formation totale de l'individu et d'autre part, le processus d'éducation repose sur des situations éducatives nombreuses et variées (Mialaret, 2017). Cette discipline académique se rapproche du monde social, du domaine de la santé, de celui de la formation continue ou des politiques éducatives. Son changement de dénomination en 2019[68] réaffirme le lien qu'entretient cette science avec la formation des adultes[69] qu'elle soit initiale ou continue.

Nous retiendrons comme définition de l'éducation celle proposée par la ligue internationale d'éducation nouvelle pour le lien qu'elle propose entre l'éducation de l'individu et une

[68] Suite à l'arrêté du 18 décembre 2018 fixant la liste des groupes et des sections ainsi que le nombre des membres de chaque section du Conseil national des universités, paru au journal officiel du 17 janvier 2019, les sciences de l'Éducation prennent la dénomination : sciences de l'Éducation et de la formation.
[69] Nous détaillerons les enjeux de la formation des adultes dans le chapitre 4.

dimension plus collective de l'Éducation et pour la place importante qu'elle accorde à l'individu :

> L'éducation consiste à favoriser le développement aussi complet que possible des aptitudes de chaque personne, à la fois comme individu et comme membre d'une société régie par la solidarité. L'éducation est inséparable de l'évolution sociale ; elle constitue une des forces qui la déterminent (Mialaret, 2017, p.5)

Cette définition souligne le lien entre Éducation et émancipation. Si nous avons choisi d'inscrire notre recherche dans la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation, c'est dans l'objectif de répondre à la demande de la CoMéDiMS d'amélioration d'une situation de formation d'adultes. Ainsi, « Les sciences de l'Éducation sont constituées par l'ensemble des disciplines scientifiques qui étudient, dans des perspectives différentes, mais complémentaires et coordonnées, les conditions d'existence, de fonctionnement et d'évolution des situations et des faits d'éducation » (Mialaret, 2006, p. 69). Elles étudient donc des faits éducatifs et des situations éducatives. Tout d'abord, nous souhaitions insister sur le fait que : « Les sciences de l'éducation ont donc, tout d'abord, un intérêt pratique : celui d'aider l'action pédagogique, quel que soit le niveau auquel elle se situe » (Mialaret, 2017, p. 114). Dans la situation qui nous préoccupe, nous nous sommes appuyés sur différents concepts, savoirs, méthodologies, mis en œuvre dans une démarche de recherche pour pouvoir répondre à la sollicitation de l'équipe opérationnelle dans cette action pédagogique de formation continue des professionnels de santé. Les sciences de l'Éducation et de la formation « ont un lien presque identitaire avec l'action » (Marcel, 2019b, p. 2). Elles peuvent également apporter des informations qui ont un rôle dans la prise de décision :

> Les informations permettant la prise de décision dans le domaine de la politique de l'éducation ; tous les choix permettant d'établir, de modifier, de réformer un système d'éducation ne peuvent pas être faits rationnellement sans se référer aux résultats scientifiques provenant de l'analyse des situations d'éducation (Mialaret, 2017, p. 114).

Nous proposons d'accompagner la CoMéDiMS dans une situation d'ingénierie de formation. Ainsi, les sciences de l'Éducation et de la formation permettent de connaître, d'agir, mais nous souhaitions insister sur le fait « qu'elles servent surtout à connaître et à agir, en combinant, pour ce faire, la logique de la connaissance et la logique de l'action » (Marcel, 2019a, p. 19). Un peu plus de cinquante ans nous séparent de l'émergence de cette discipline dans la société, mais nous rejoignons la pensée de Mialaret dans le fait que les sciences de l'Éducation et de la formation « sont gonflées des promesses de l'avenir. Dans un monde en rapide évolution, leur domaine d'action sera peut-être un des plus fertiles pour mettre à l'épreuve certaines autres théories des sciences humaines » (Mialaret, 2017, p. 115). Elles pourraient apporter de nouveaux savoirs et des innovations praxéologiques.

1.2 Un rapprochement possible entre la Recherche et l'Intervention

La Recherche-Intervention est une démarche de recherche ancrée en sciences de l'Éducation et de la formation[70], mais nous souhaitions également préciser que nous nous sommes plus particulièrement appuyés sur celle théorisée par Bedin (2013), Broussal, Ponté et Bedin (2015) et Marcel (2019b, 2020b). Nous avons mené notre doctorat au sein de l'école doctorale Comportement, Langage, Éducation, Socialisation et Cognition (CLESCO). La thématique que nous avons étudiée en doctorat est proche de nos travaux de Master[71]. Nous avons intégré l'unité mixte de recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs (UMR EFTS) qui est qualifiée de mixte, car sous la tutelle de l'université Toulouse Jean Jaurès et de l'École Nationale Supérieure de l'Enseignement Agricole (ENSFEA). Elle fédère un ensemble de chercheurs « autour de problématiques de recherche spécifiques et complémentaires relatives aux processus d'éducation et de formation, au vécu et à la mise en œuvre du travail, à l'organisation et à la diffusion des savoirs »[72]. Dans ces trois axes de travail, notre thèse s'inscrit dans un contexte de recherche interrogeant les modalités de la diffusion du savoir par la mobilisation de dispositifs de formation.

Depuis 2019, cette unité mixte est organisée autour de trois thèmes :

- Thème 1- Savoirs et phénomènes didactiques : genèse des savoirs dans les institutions didactiques et apprentissages
- Thème 2- Pratiques et acteurs : Transformations des acteurs et des pratiques en éducation et formation
- Thème 3- Organisations et interactions – changements en éducation et formation : engagement, interactions et émancipation.

Nous inscrivons nos travaux de recherche dans le thème 3[73]. Le projet commun « de ce collectif est au cœur du rapport science-société plus particulièrement du rapport science-action en plaçant le processus de construction de connaissances dans des contextes institutionnels et professionnels en changement »[74]. Par exemple, la recherche menée par Marcel, Aussel et Broussal (2019), s'intéresse à la formation des moniteurs-éducateurs et poursuit deux objectifs : « produire des ressources en vue d'aider les moniteurs dans leur travail, en les associant dans le même temps à une recherche destinée à mieux connaître leur métier et ses mutations » (Marcel et al., 2019, p. 2). La production de connaissance dans cette situation vise le

[70] Les sciences de la gestion utilisent également le terme Recherche-Intervention, mais avec une épistémologie et des méthodologies différentes.
[71] En Master 2, nous avions mené une Recherche-Intervention interrogeant un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles des nouveaux-arrivants de réanimation pédiatrique.
[72] Nous avons consulté le site internet d'EFTS : https://efts.univ-tlse2.fr/
[73] En 2017, lors de notre première inscription nous étions dans le thème 4 « Conduite et accompagnement du changement ». C'est au sein du thème 4 que les travaux de théorisation de la R-I ont débutés.
[74] Nous avons consulté le site internet d'EFTS : https://efts.univ-tlse2.fr/

développement de ressources sur lesquelles les professionnels pourront s'appuyer pour agir. Lorsque nous avons découvert cette discipline par notre intégration en master 2, c'est plus particulièrement vers ce type de démarche de recherche que nous avons porté notre attention pour le lien qu'elles entretiennent avec les pratiques professionnelles et pour la participation des acteurs au processus d'élaboration des savoirs qu'elles soutiennent.

Ce lien particulier avec les pratiques professionnelles semble se dessiner plus en amont, au travers de l'histoire de la discipline comme développée *supra*. « L'histoire de la discipline des Sciences de l'Éducation et de la formation qui s'est construite sur un champ de pratiques (les pratiques éducatives) montre un lien important entre science et action » (Marcel, 2019b, p. 2). Ce rapprochement entraîne des attentes sociales fortes en matière d'efficacité des résultats des recherches (efficacité sur les pratiques interrogées).

Nous retiendrons que la R-I assume d'être en « rupture avec deux orientations philosophiques : l'une considère que science et action relèvent de deux logiques inconciliables, sans mise en lien envisageable tandis que la seconde, à l'inverse, considère la science comme une forme d'action et pose leur caractère indissociable » (Marcel, 2020a, p. 102). L'hypothèse de ce rapprochement possible et souhaitable de la recherche et de l'intervention prend appui sur l'opportunité d'ouvrir une « tierce voie » (Robert & Marcel, 2019) et « d'un enrichissement réciproque des deux sphères, dans et par leur mise en relation » (Marcel, 2020a, p. 102). En regard de la demande formulée par la CoMéDiMS, nous avons proposé une démarche de R-I, car nous soutenons l'idée que la connaissance scientifique et l'action peuvent potentiellement être rapprochées (Robert & Marcel, 2019). Ce rapprochement, poursuit les perspectives des sciences de l'Éducation et de la formation défendues par Beillerot (1995), c'est à dire : « inventer un point de vue spécifique sur l'objet éducation, travailler les facettes de l'objet éducation que les frontières disciplinaires empêcheraient d'appréhender, travailler sur les rapports entre les savoirs savants et les pratiques professionnelles » (Robert & Marcel, 2019, p. 32).

Envisager une « tierce voie » nécessite des démarches de recherche spécifiques dans une dimension de science participative [75] (Robert & Marcel, 2019). Différentes recherches s'inscrivent dans ce courant : la recherche-action, les recherches collaboratives, la recherche-intervention. Pour structurer cette « tierce voie », elles articulent au sein d'une même démarche et d'un même dispositif deux visées : une heuristique et une transformative. Notons que la visée heuristique correspond à « la co-élaboration des savoirs » et la visée transformative « à la co-élaboration des modalités de réponse à la demande initiale » (Robert & Marcel, 2019). Le « co » soulignant la dimension participative de ce type de démarche de recherche. Combiner la logique de l'action et la logique de la connaissance est envisagé pour accompagner des

[75] Nous définirons la dimension participative de la R-I dans le chapitre 2.1.

catégories d'acteurs (parfois, ayant des situations sociales ou professionnelles plus « asservis », plus « modestes ») vers un idéal émancipateur.

La démarche de Recherche-Intervention que nous avons proposée à la CoMéDiMS est inscrite dans la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation. Cette démarche de recherche assume un rapprochement possible entre science et action. Il s'agit de mettre en relation dans la mise en œuvre de la démarche de R-I la « logique[76] d'action » (le « pour ») et la « logique de connaissance » (le « sur ») au travers de la poursuite de deux visées : la visée heuristique et la visée transformative. Ces deux visées sont interdépendantes, c'est-à-dire étroitement liées dans un objectif d'enrichissement réciproque et non hiérarchisées par l'investissement et l'engagement du chercheur (Marcel & Bedin, 2018). Elles sont complétées par une troisième visée « la visée critique » (le « par ») dans laquelle apparaît la notion d'émancipation.

1.3 Un enrichissement réciproque entre la science et l'action

Le rapprochement entre science et action est « matérialisé » dans la démarche de R-I par le trait d'union reliant les termes Recherche et Intervention. Ce trait d'union correspond à ce que Marcel (2010) nomme le tiers-espace socio-scientifique (TESS) de la R-I. La notion de TESS a été pensée par rapport à l'hypothèse que ces deux « mondes »,[77] la Recherche et l'Intervention ont la possibilité de s'enrichir réciproquement (Marcel, 2010). D'une part, « la recherche va alimenter l'intervention et en ce sens fournir une réponse tout à fait concrète à la lancinante interrogation à propos de l'utilité sociale des sciences de l'éducation » (Marcel, 2010, p. 50). D'autre part, « l'intervention va alimenter la recherche, permettre d'aller plus loin dans ces analyses, générer de nouvelles questions et de nouvelles problématiques » (Marcel, 2010, p. 50). Dans son fonctionnement au sein d'un TESS, l'autonomie relative des deux sphères doit être maintenue. Marcel (2010) propose une première schématisation de cet espace (figure 8). Elle souligne l'hypothèse formulée d'un rapprochement possible de la Recherche et de l'Intervention au sein d'un dispositif : le tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010). La phase 1 correspond aux liens entre le contenu du projet scientifique et la demande (qui sont définis dans la phase de commande que nous détaillerons dans le sous-chapitre 2). La phase 2 représente l'élaboration de tiers-espace de la Recherche et de l'Intervention nécessaires pour préserver une autonomie relative.

Nous retiendrons que le tiers-espace socio-scientifique de la R-I « assume, porte, garantit, opérationnalise, concrétise et fait vivre la démarche de Recherche-Intervention » (Marcel, 2020c).

[76] Le terme logique se rapproche de la définition suivante « Science relative aux processus de la pensée rationnelle (induction, déduction, hypothèse p. ex.) et à la formulation discursive des vérités » https://www.cnrtl.fr/definition/logique#.

[77] Pour illustrer ces deux « mondes » Marcel (2010) évoque la figure du « chercheur aux gants blancs » et la figure de « l'intervenant les mains dans le cambouis ».

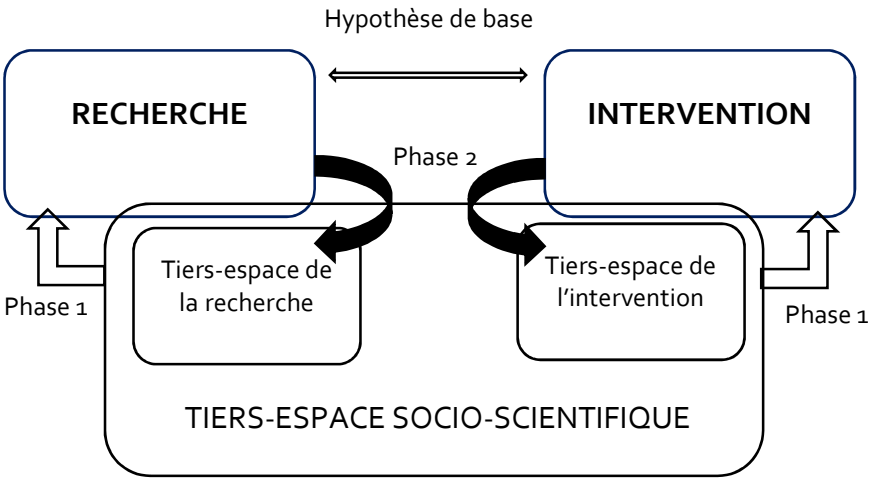


Figure 8 : Première modélisation du tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010)

La proposition que nous avons faite à la CoMéDiMS est de prendre en charge la demande « d'amélioration des dispositifs de formation » au sein d'un tiers-espace socio-scientifique que nous avons conçu[78] et co-construit comme un espace de co-élaboration de savoirs.

2) La démarche de Recherche-Intervention : caractéristiques et étapes

Nous allons dans ce sous-chapitre décrire les caractéristiques de la démarche de Recherche-Intervention (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Marcel, 2020b) : son principe, ses visées. Puis nous présenterons les différentes étapes qui la constituent en les contextualisant au projet de recherche conduit.

2.1 Une démarche de recherche participative

Nous commençons par décrire la démarche de R-I au travers du principe participatif sur lequel elle repose. C'est également un des éléments qui nous a conduit à proposer une démarche de Recherche-Intervention à la CoMéDiMS en regard de la « demande formulée d'amélioration des dispositifs de formation ». Les différents enjeux identifiés dans cette situation d'ingénierie de formation nécessitent de répondre aux objectifs et attentes des acteurs (la CoMéDiMS et les professionnels de santé). Pour répondre à la demande des commanditaires, la R-I par son principe participatif permet de mettre en relation les acteurs cités ci-dessus.

[78] La modélisation du tiers-espace socio-scientifique est développé à partir du chapitre 4.

Le principe[79] participatif de la R-I est apparu dès les fondements de sa théorisation (Marcel, 2010 ; Bedin, 2013). Participer[80] vient du latin *participare* et signifie prendre part activement à quelque chose. À la différence des verbes « coopérer[81] » et « collaborer[82] », qui signifient respectivement « agir, travailler conjointement avec quelqu'un en vue de quelque chose » et « travailler, participer à l'élaboration d'une œuvre », le verbe participer « appelle à une réflexion plus vaste sur les formes possibles de prendre part » (Marcel, 2019b, p. 5). Les travaux de Ben Rajeb[83] (2011) exposent les différences entre coopération, collaboration et participation. La dimension participative dans un projet renvoie à l'action de concevoir ensemble et s'appuie alors sur l'hétérogénéité des acteurs comme ressource (Ben Rajeb, 2011). Participer devient : élaborer des décisions et des compromis collectifs concernant la définition du programme et des espaces de vie (Daniellou, 2007). Nous retrouvons cette hétérogénéité des acteurs dans le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient (médecins, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmières).

Rattachée à la science dans la dénomination « science participative », la participation peut prendre d'autres formes que celles de représentation, consultation, ou prise de décision. Houllier, précise que « l'ampleur des défis auxquels nos sociétés font face suscite en effet des questionnements scientifiques qui vont bien au-delà de la seule communauté des chercheurs puisque ces défis touchent directement l'ensemble des citoyens » (Houllier, 2016, p. 6). Cette réflexion concerne en particulier les défis au niveau de la santé ou de l'environnement. Une science participative englobe « tout dispositif de recherche dans lequel des acteurs de la société civile participent au processus de production scientifique » (Houllier, 2016, p. 6). Les démarches de recherche dites « participatives » sont apparues dès les années 1970. Elles « répondent ainsi à l'exigence d'établir un lien entre la recherche et l'action, entre la théorie et la pratique, entre la logique du chercheur et celle des praticiens » (Anadón, 2007, p. 3). Notons également que leur émergence est en lien avec le fait que « les chercheurs se doivent d'accompagner le changement dans les professions, les formations et le développement local » (Anadón, 2007, p. 3) participant à une évolution des ancrages épistémiques, méthodologiques et théoriques de la recherche. Dans le cadre de la recherche-action, Lapassade (1989) a ouvert vers une dimension participative forte des acteurs au procès de la recherche. Dès la formulation du problème, la participation des acteurs est présente en évoquant : le besoin des acteurs lié à un problème rencontré, les instruments pour la collecte des données qui sont négociés, l'analyse des éléments empiriques qui fait l'objet de discussions de groupe, etc.

[79] Pour nous un principe est un « élément qui entre dans la constitution ou l'élaboration de quelque chose en raison de ses propriétés » https://cnrtl.fr/definition/principe#
[80] https://www.cnrtl.fr/definition/participer#
[81] https://www.cnrtl.fr/definition/coopérer#
[82] https://www.cnrtl.fr/definition/collaborer#
[83] Samia Ben Rajeb a un doctorat en architecture ses travaux portent sur la conception collaborative.

Dans la diversité des démarches dites participatives, nous pouvons retrouver les recherches-actions (Lapassade, 1989), les recherches collaboratives (Desgagné, 2007 ; Mottier-Lopez, 2020), les Recherches-Interventions (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Marcel, 2010, 2019b). En plaçant la participation comme principe, la R-I met en avant une forme de reconnaissance des savoirs des acteurs, quel que soit leur rôle ou leur statut dans l'institution. Ceci contribue au refus de hiérarchisation par les chercheurs entre la recherche et l'intervention et contribue au rapprochement entre science et action : « repenser le rapport science-société c'est déjà (ou d'abord) repenser la place consentie aux acteurs sociaux dans nos dispositifs » (Marcel & Bedin, 2018, p. 81). Au sein de la R-I et du tiers-espace socio-scientifique « chacun a la possibilité de prendre part à l'ensemble du travail. Sans masquer les différences et les spécialités de chacun qui constituent autant de ressources et de richesses, l'ensemble des participants prend part à un projet collectif englobant recherche et intervention » (Marcel & Bedin, 2018, p. 81). Notons que cette possibilité offerte à chacun d'être autorisé à participer à un projet s'inscrit également dans le courant de pensée de Freire (1968) d'ouvrir des espaces critiques permettant une forme de reconnaissance des savoirs de chacun en particulier, pour ce pédagogue, ceux issus du sens commun.

Nous retiendrons que les différents courants de recherche participative s'accordent sur trois éléments :

- « Produire des savoirs avec et non " au nom de " ;
- Favoriser la prise en compte de la diversité des savoirs des personnes qui participent au processus de recherche ainsi que l'appropriation des savoirs produits durant ce processus ;
- Permettre un engagement explicite à travers l'action sociale et politique et selon des valeurs humanistes, qu'il s'agisse de réduire les inégalités sociales ou d'améliorer le bien-être des populations concernées » (Godrie & Heck, 2021)

La R-I permet la « mise en relation et en tension de la recherche et de l'intervention qui ont à coopérer dans l'action » (Merini & Ponté, 2008, p. 83). Ces auteurs exposent deux caractéristiques de la démarche de Recherche-Intervention. Tout d'abord, « la R-I est fondamentalement le fruit d'une action négociée puisqu'elle est partenariale » (Merini & Ponté, 2008, p. 84). C'est par l'équilibre trouvé entre la Recherche et l'Intervention dans la prise en compte des objectifs et des visées de chacun que l'action est stabilisée. Ensuite, la R-I comme un système d'action peut se définir comme « l'expression concrète d'un ensemble d'opérations mises en relation et orientées par un but. Ces observations sont observables et se détachent d'un ensemble d'autres opérations, par leur cohérence et leur orientation vers un même but : la production de connaissance » (Merini & Ponté, 2008, p. 86).

La Recherche-Intervention que nous avons proposée à la CoMéDiMS s'inscrit dans la définition des recherches participatives. La participation des acteurs est désignée comme un principe fondateur de cette démarche. Lors de l'échange avec le co-président de la CoMéDiMS,[84] la présentation de la R-I a notamment souligné que pour répondre à la demande d'amélioration des dispositifs de formation, nous souhaitions que l'ensemble des acteurs quel que soit leur statut professionnel prenne part activement à la démarche de recherche tant sur la visée heuristique que sur la visée praxéologique. Ce principe participatif vient bousculer une certaine conception de la science et met en tension les logiques de l'action et celle de la connaissance. Nous pensons que la participation des acteurs au projet de recherche peut permettre de valoriser et de reconnaître leurs savoirs d'actions dans la co-élaboration des dispositifs. Participer à des projets dans l'institution peut également contribuer à ce que les acteurs donnent du sens à leurs actions.

2.2 Les visées de la R-I

La R-I « poursuit simultanément et en articulation trois visées » (Marcel, 2020b, p. 1). En fonction du contexte de la R-I, de la demande formulée, le « dosage » de chacune des visées peut être modulé (Marcel, 2020c). Le terme « visée » employé dans ce paragraphe a pour sens : objectifs, finalités. Nous retrouvons au sein de la R-I :

- Une visée heuristique : la démarche de recherche qui est mise en œuvre conduit à la production de connaissances scientifiques. Le procès[85] de recherche correspond à « la science en train de se faire » (Robert & Marcel, 2019). Elle s'appuie sur la mise en œuvre d'une méthode qui a pour objectif « d'administrer la preuve de la résolution du ou des problèmes préalablement construits à l'intérieur du cadre théorique de référence, ce qui conduit à une ou des connaissances nouvelles pouvant prendre diverses formes de portée plus ou moins étendues » (Robert & Marcel, 2019, p. 30) ;

- Une visée praxéologique : Cette dernière correspond à la co-élaboration de savoirs contextualisés, à leur stabilisation pour l'action « afin de les mobiliser pour concevoir et mettre en œuvre des modalités de transformations » (Marcel, 2020b) ;

- Une visée critique : Cette visée pour Marcel (2020b) correspond à « une réflexion distanciée sur les conditions de cette production et sur sa diffusion et les modalités de

[84] Lors de la formulation de la demande par le co-président de la CoMéDiMS (en décembre 2017) nous avions présenté la synthèse de la R-I que nous avions menée en Master 2 notamment le principe participatif et les visées de cette démarche.
[85] Le procès de recherche comporte différentes composantes : problématisation, élaboration du cadre théorique, choix méthodologiques, travail empirique, discussion des résultats, écriture (Marcel, 2019b).

son utilisation » (Marcel, 2020b, p. 1). C'est dans cette visée qu'il accorde une place importante à l'émancipation[86] des acteurs. Notons que l'émancipation ici est entendue « comme un déplacement […], ce déplacement consiste, pour chaque acteur, simultanément à s'extraire du positionnement auquel il se trouvait assigné au départ et à conquérir un positionnement plus conforme à ses aspirations » (Marcel, 2017, p. 405). La notion de place et de déplacement est envisagée de manière pluriréférencée au niveau social, politique et au sein de la cité.

2.3 Articuler les trois visées au sein d'un tiers-espace socio-scientifique

« L'articulation des trois visées et du principe de participation repose sur la co-élaboration du tiers-espace socio-scientifique » (Marcel, 2020b). Le TESS est qualifié de socio-scientifique à « deux niveaux interdépendants » : « celui des liens entre science et société que la R-I met « au travail » et celui des contextes, professionnels et de recherche, que la R-I relie, au travers d'une dimension participative, en articulant les trois visées déjà indiquées » (Marcel, 2020b, p. 3).

Dans notre R-I, le TESS prend forme avec la constitution des groupes de travail et du comité de pilotage porteurs de la commande[87] contractualisée. Il repose sur un principe d'horizontalité et d'absence de hiérarchie implicite « chaque membre contribue à l'ensemble des étapes du projet, en fonction de ses compétences, de son expérience et de ses possibilités. La répartition des tâches se fait sur cette base et non sur leur valeur symbolique » (Marcel, 2020c). Le TESS est : « co-élaboré selon trois cercles qui correspondent à la fois à trois étapes dans le déroulement de la R-I et à trois modalités de participation se déployant au sein de contextes de plus en plus larges et ouverts » (Marcel, 2020b, p. 3). Nous inscrivons nos travaux de recherche dans le prolongement de cette représentation en trois cercles.

2.3.1 Élaborer des savoirs contextualisés

Le premier cercle de participation est nommé : « la construction du en commun » (Marcel, 2020b). Le TESS s'anime avec la mise en place des deux instances qui le composent. Il est composé du Comité de Pilotage (désormais CoPil) et du Groupe de Travail (désormais GTra). En particulier, le ou les groupe(s) de travail va (vont) :

> Organiser leur travail autour des deux visées de la Recherche-Intervention : la production d'un changement (en lien avec la question qui avait initié la demande) et l'élaboration de savoirs, dans un premier temps, contextualisés (pour alimenter le traitement de la question) avant d'être soumis à un processus de généralisation (comme toute connaissance scientifique) (Marcel, 2020c).

[86] Nous développerons la dynamique émancipatrice des acteurs dans le chapitre 6 de cet écrit.
[87] Après l'étape de formulation de la demande la mise en œuvre de la R-I repose sur la contractualisation d'une commande nous développerons ces points dans le chapitre 2.4.2.

Le groupe de travail a en charge la mise en œuvre du projet. Le CoPil va institutionnaliser les avancées du groupe de travail et valider les produits. Il se réunit une à deux fois par an. C'est donc l'action conjointe du groupe de travail (élaboration des savoirs contextualisés) et celle du CoPil (validation des savoirs contextualisés élaborés par le GTra) qui stabilise les savoirs contextualisés.

Le premier cercle de participation peut être représenté comme suit :

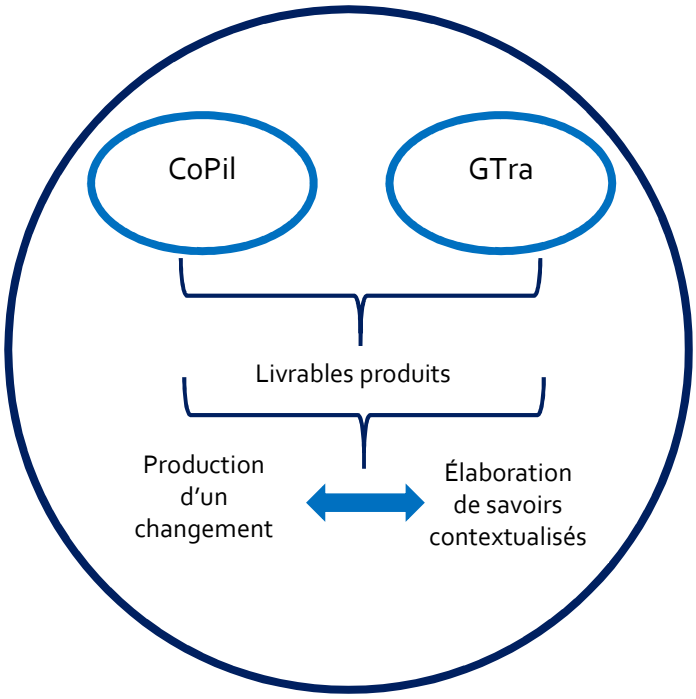


Figure 9 : Premier cercle de participation du TESS (Hédacq, 2023)

2.3.2 Faire reconnaître les savoirs co-élaborés

Le deuxième cercle de participation nommé la conquête de la reconnaissance (Marcel, 2020b) s'appuie sur les livrables produits par le groupe de travail et validés par le CoPil au sein de la R-I. Il s'agit d'une étape de valorisation de la R-I. Les différentes présentations des produits au sein de l'organisation et en externe, selon des modalités diverses, permettent de valider et de valoriser les savoirs contextualisés co-élaborés et de commencer leur montée en généralité (Marcel, 2020b). Ce deuxième cercle, dans le prolongement de la schématisation ci-dessus, peut être représenté comme suit :

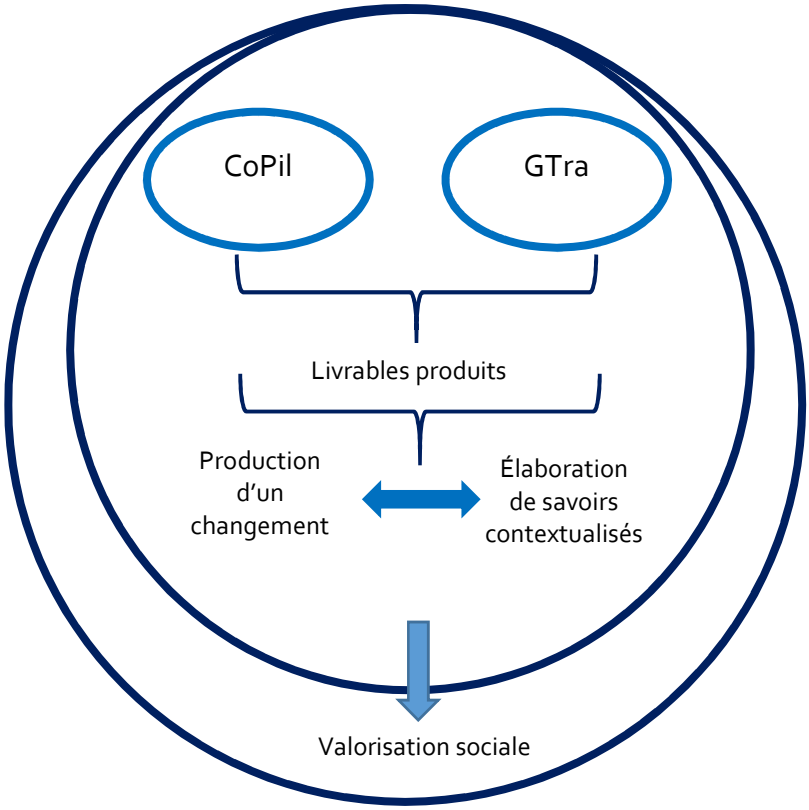


Figure 10 : Deuxième cercle de participation du TESS (Hédacq, 2023)

2.3.3 Faire monter en généralité les savoirs co-élaborés

Le troisième cercle de participation « l'essaimage » (Marcel, 2020b) se différencie des deux premiers. Il amène à une forme de priorisation de « l'autonomie relative des deux partenaires (UMR et organisation), ce qui se traduit par une sorte de dissociation » (Marcel, 2020c). Nous citerons au sein :

- « de l'UMR, tout au long de la R-I, des dispositifs de supervision permettant aux chercheurs engagés d'être accueillis dans une instance d'écoute et d'appui » (Marcel, 2020c) ;
- « de l'organisation, les modalités (aussi bien par le GTra que le CoPil) de l'implémentation des propositions produites par la R-I et d'accompagnement du changement (plutôt à la suite de la R-I) (Marcel, 2020c).

Cela se traduit d'une part par la mise en œuvre des dispositifs produits, et d'autre part par la production d'écrits scientifiques sur le sujet étudié.

Nous retiendrons que ces trois cercles de participation soulignent que le TESS favorise la co-élaboration de savoirs contextualisés entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention par différentes étapes : co-élaboration des savoirs, valorisation et validation, diffusion.

2.4 Déroulé de la démarche

En prenant compte des aspects plus techniques et opérationnels, la démarche de R-I se décline autour de plusieurs étapes synthétisées dans le tableau ci-dessous. Nous en avons évoqué quelques-unes ci-dessus, notamment la phase de la demande et celle de la commande.

Quotidien de l'unité de recherche	• La production d'une réflexion critique sur les changements conduits ou accompagnés par l'Unité de recherche • L'analyse des demandes sociales en continu à l'aune des expériences précédentes
Démarrage de la R-I	• La sélection de la demande et la co-élaboration (avec les partenaires) de la commande de R-I • La mise en route d'un dispositif de supervision interne à l'équipe de recherche pour renforcer les conditions et les moyens du pilotage et de la coordination du projet
Mise en œuvre de la R-I	• L'organisation de réunions avec les acteurs impliqués dans le projet de R-I en diversifiant leur rôle dans le processus participatif et décisionnel (comités de pilotage, groupes de travail prévus par la commande) • La consultation des acteurs de terrain (décideurs, opérateurs, bénéficiaires) par des enquêtes qui leur « donnent la parole » et qui « parlent de leurs pratiques » aussi bien pour l'élaboration de connaissances que pour la mise en débat des premières analyses
Bouclage de la R-I	• La restitution de rapports (intermédiaire et final) assortis de registres de recommandations (ou de points d'appui pour l'action), de livraison de dispositifs ou de ressources, à différents types de publics cibles (fixés par la commande) et selon des stratégies d'exposition diversifiées • Des modalités de valorisation (journées d'étude, colloque, publications professionnelles) peuvent être envisagées • L'élaboration et la publication d'écrits scientifiques (thèse, article, etc.)
Quotidien de l'unité de recherche	• La production d'une réflexion critique sur la conduite et l'accompagnement mis en œuvre • La poursuite de l'analyse des demandes sociales en continu

Tableau 3 : Les différentes étapes de la R-I (Marcel & Bedin, 2018, p. 82)

Nous allons dans les paragraphes qui suivent, présenter et contextualiser ces différentes étapes en regard de la recherche que nous avons menée. Nous insisterons plus particulièrement sur trois étapes : la demande, la contractualisation de la commande et la restitution qui participe au processus de co-élaboration des savoirs.

2.4.1 Le démarrage de la R-I : la formulation de la demande

L'étape de démarrage de la R-I repose sur la formulation d'une demande par des acteurs qui sollicitent l'équipe de recherche (Marcel & Bedin, 2018). Cette demande est sélectionnée et analysée afin d'aboutir à l'élaboration d'une commande contractualisée. Puis, le démarrage est acté par la mise en place d'un dispositif de supervision interne à l'équipe de recherche pour renforcer les conditions et les moyens du pilotage et de la coordination du projet (Marcel & Bedin, 2018, p. 82). Nous retiendrons que le point de départ d'une R-I s'appuie sur la formulation d'une demande : « L'information de départ provient d'un problème ressenti dans l'organisation qui donne lieu à une demande d'étude ou de projet d'intervention » (Duchesne & Leurebourg, 2012, p. 10). Ainsi, la R-I « revendique et assume de prendre en charge des demandes diverses (appui, accompagnement, conseil, évaluation, expérimentation, aide à la

décision, élaboration de dispositifs ou de ressources) » (Marcel, 2020c). Ces demandes émanent de contextes socioprofessionnels différents (établissements scolaires, universitaires ou de soins, travail social, associations, collectivités territoriales…) et demandes bien sûr, en lien avec ses domaines de compétences. La demande d'intervention est ainsi formulée lors d'un premier rendez-vous « suscité, provoqué, arrangé ou imprévu » (Marcel, 2020b, p. 3) entre les représentants de l'unité de recherche et ceux d'une entreprise porteuse d'une demande. Elle peut être portée par différents acteurs et peut provenir d'un problème rencontré et identifié par les acteurs d'une organisation et relayé par des commanditaires, ou bien porté unilatéralement par les commanditaires (Marcel, 2010).

Dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, nous avons rencontré un des co-présidents de la CoMéDiMS en décembre 2017. Cet échange « socio-scientifique » a porté dans un premier temps sur la méthodologie de la R-I. Nous avons présenté la synthèse de la Recherche-Intervention que nous avions menée en master 2 qui portait sur l'élaboration d'un dispositif d'évaluation des pratiques des nouveaux-arrivants en réanimation pédiatrique. À la fin de la présentation de la synthèse, le co-président de la CoMéDiMS a formulé trois « problèmes » dont un concernant « l'amélioration des dispositifs de formation » conçus par l'équipe opérationnelle dans une visée de sécurisation du circuit du médicament. Cette demande d'intervention au sein du CHU a permis de tisser un lien entre une demande sociale et une réponse possible par la mise en place d'une démarche de recherche. Dans cette situation, nous nous sommes appuyés sur une mobilisation particulière du savoir scientifique : le savoir comme médiation (Berthelot, 2004). « Directement mobilisée pour intervenir sur des situations concrètes. Le chercheur en sciences sociales, spécialiste d'un domaine disciplinaire, est intégré à une organisation collective de travail, avec la mission de mettre ses diverses compétences au service d'un projet global d'intervention » (Berthelot, 2004, p. 219). Cette étape de formulation de la demande a posé une certaine légitimité de l'intervention de l'unité de recherche dans l'organisation, ce qui a autorisé les chercheurs à prendre place et à avoir un rôle bien défini pendant un temps donné (Marcel, 2019b).

2.4.2 La co-élaboration de la commande

La formulation de la demande ouvre un deuxième temps majeur de la démarche de R-I, celui de la co-élaboration de la commande. La prise en compte de la demande d'intervention par l'équipe de recherche peut être décrite selon différentes séquences : analyse de la demande d'étude, élaboration d'un préprojet, formalisation des termes du contrat d'intervention, réalisation d'enquêtes de terrain, restitution d'un rapport (Bedin, 1999). La « formalisation de la demande sous forme de commande est un processus qui comporte trois étapes : médiatiser, négocier, commander » (Aussel, 2013, p. 25). Dans notre thèse, elle a suivi ce processus. L'étape « médiatiser » telle qu'elle est décrite par l'auteure souligne que « la demande sociale peut être relayée par des porte-paroles » (Aussel, 2013, p. 25). Dans notre situation, la demande formulée par les commanditaires est une demande institutionnelle au sens de Dubet « appels d'offres, des grandes administrations » (Dubet, 1995, p. 24). Il s'agit pour les commanditaires d'engager un travail sur l'amélioration des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir dans le cadre de leur projet d'activités pour 2019.

Nous avons pu par l'étape « négocier » qui a été importante dans la recherche que nous avons menée, nous engager dans une recherche en fonction de nos choix méthodologiques et théoriques. Cette étape de « négociation » permet de « faire émerger la demande latente et participer à créer un cadre de recherche en adéquation avec ses propres objectifs et domaine de compétences » (Aussel, 2013, p. 27). La demande latente, ici évoquée, correspond à ce que Bedin décrit comme « la structure invariante des demandes d'étude, une double face, une double nature, qu'il est important de connaître : une dimension émergente et une dimension latente » (Bedin, 1999, p. 94). Pour l'auteure « analyser la demande d'étude […] tend à faire émerger les éléments contradictoires des demandes sociales, dont on suppose qu'ils structurent la demande formulée » (Bedin, 1999, p. 97). Dans notre situation, la dimension émergente concerne l'amélioration des dispositifs de formation dans l'institution, la demande latente concerne la place et le rôle accordés aux professionnels de santé dans la construction des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir qu'ils utilisent. Nous avons présenté dans la phase de négociation notre analyse (chapitre 1) aux membres du CoPil qui nous avait permis d'identifier différents enjeux dans l'ingénierie de formation. Nous retiendrons que l'élaboration de la commande formalise le rapprochement possible de la recherche et de l'intervention par le projet co-élaboré pour répondre à la demande formulée. D'une part, il favorise une légitimation (au travers de la demande formulée) de l'intervention d'une équipe de recherche dans une organisation, d'autre part la commande « préserve les différences entre l'intervention et la recherche au niveau de leurs objectifs (transformer/connaître), de leurs modes de validation (non-scientifique/scientifique), etc., mais elle permet leur mise en relation et leur enrichissement réciproque au sein d'un tiers-espace socio-scientifique » (Marcel, 2012, p. 101). Elle permet d'acter la fonction heuristique du dispositif de R-I pour répondre à la demande formulée.

Dans notre situation, nous avons rencontré le co-président de la CoMéDiMS en décembre 2017. Pendant presque un an, nous avons travaillé avec les commanditaires sur ce projet afin d'obtenir un financement pour la recherche que nous souhaitions mener. Le tableau ci-dessous retrace les étapes de la co-élaboration de la commande.

Dates	Étapes	Actions
Décembre 2017	Formulation de la demande	Échange socio-scientifique avec les commanditaires
Janvier 2018 à Septembre 2018	Recherche d'un financement	Candidature pour un PREPS[88] Candidature pour un CDU[89]
Octobre 2018	Inscription en doctorat	Analyse de la demande par l'équipe de recherche pour co-élaboration de la commande
Novembre 2018	Présentation du pré projet en réunion du bureau de la CoMéDiMS	Rencontre avec les différents commanditaires/partenaires de la R-I Ouverture de l'espace socio-scientifique
Avril 2019	Premier CoPil de la R-I Contractualisation de la commande	Validation de la commande co-élaborée et contractualisation
Juillet 2019	Présentation du projet de R-I au colloque du Réseau en Éducation et Formation (Hédacq, 2019)	Valorisation du partenariat socio-scientifique
Janvier 2020	Présentation du projet de R-I aux pilotes des groupes de travail	Co-élaboration de l'intervention

Tableau 4 : Synthèse des différentes étapes de co-élaboration de la commande de R-I (Hédacq, 2023)

Marcel décrit cinq principes (en s'appuyant sur les travaux de Moisdon, 1997) qui permettent de structurer la co-élaboration de la commande :

- Partir de propositions de changement formulées par des acteurs de l'organisation. Dans notre situation, nous sommes partis à la fois de la demande d'amélioration des dispositifs et du projet de la CoMéDiMS (mettre en place des groupes pluridisciplinaires responsables chacun d'une thématique donnée) ;
- Se positionner en tant qu'aide à l'instrumentalisation du changement à la formalisation adaptée à ce dernier. Nous avons proposé d'accompagner deux groupes dans cette ingénierie de formation ;
- Impliquer les acteurs en travaillant avec eux sur la base des formalisations élaborées, ce qui signifie notamment une restitution en continu de résultats de la recherche. Nous avons proposé au CoPil d'identifier des acteurs et nous avons contractualisé dans la commande le calendrier de la R-I ;
- Construire des dispositifs de pilotage servant à la fois de supports politiques, de facilitateurs et de démultiplicateurs des résultats. Le Comité de pilotage s'est construit en avril 2019 ;
- Créer les conditions d'une gestion collective de l'intervention par l'équipe de recherche et non seulement par des intervenants seuls. Nous avons piloté et accompagné chacun des groupes de travail tout le long de l'Intervention (Marcel, 2012).

[88] PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins.
[89] CDU : Contrat Doctoral Unique.

Nous soulignerons que la commande et sa co-élaboration sont deux phases déterminantes pour la démarche de R-I. D'une part, pour la visée heuristique de la démarche, l'analyse de la commande permet « de préserver l'indépendance et la rigueur de la construction scientifique et d'éviter le risque de la prise en compte littérale des commandes et donc des points de vue et opinions des acteurs des champs professionnels concernés » (Champy-Remoussard, 2010, p. 33). D'autre part, la visée praxéologique au moment de la commande va se lier à cette visée heuristique. Par la transformation de la demande, en commande stabilisée et contractualisée, la démarche de R-I comme une démarche socio-scientifique assume clairement que la réponse à la demande initiale s'effectue par la mise en place d'une démarche de recherche. L'Intervention et la Recherche gardent une autonomie relative et s'enrichissent réciproquement dans cet espace socio-scientifique (Marcel, 2016a). Dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, la contractualisation de la commande (Annexe 5) a eu lieu en avril 2019. La visée praxéologique de la R-I s'est intéressée à l'accompagnement de deux groupes de travail dans l'élaboration de dispositifs de formation ou de diffusion du travail. La visée heuristique négociée au moment de la commande s'intéresse à caractériser « la co-élaboration des dispositifs » (savoirs contextualisés) au sein du tiers-espace socio-scientifique. Notons que la commande garde une forme de souplesse permettant une évolution des visées au fur et à mesure de la mise en œuvre de la démarche « elle est à la fois suffisamment formalisée pour stabiliser le cadre de l'intervention et suffisamment souple pour lui permettre d'évoluer au fur et à mesure du déroulement de l'intervention » (Marcel, 2012, p. 115). Nous avons également envisagé dès la commande d'étudier la visée critique de la R-I au travers de la dynamique émancipatrice que cette co-élaboration des savoirs pourrait favoriser. Cette dernière s'intéresse aux conditions de la production des savoirs. C'est dans cette visée critique que la dynamique émancipatrice des acteurs se situe.

2.4.3 La mise en œuvre de la démarche

Nous nous attacherons à présenter dans ce sous-chapitre uniquement la forme de la mise en œuvre de la R-I que nous avons menée, c'est-à-dire l'organisation du tiers-espace socio-scientifique, les différents membres dont il est composé ainsi que les différents temps de réunion durant ces cinq années d'accompagnement par la démarche de R-I (2018-2023). La phase de mise en place de la R-I repose sur deux temps :

- L'organisation de réunions avec les acteurs impliqués dans le projet de R-I en diversifiant leur rôle dans le processus participatif et décisionnel (comités de pilotage, groupes de travail prévus par la commande) ;
- La consultation des acteurs de terrain (décideurs, opérateurs, bénéficiaires) par des enquêtes qui leur « donnent la parole » et qui « parlent de leurs pratiques » aussi bien pour l'élaboration de connaissances que pour la mise en débat des premières analyses (Marcel & Bedin, 2018, p. 82).

Nous avons constitué les deux instances suite au comité de pilotage en avril 2019 :

- Le CoPil est composé des représentants des différentes instances du CHU, soit 10 membres répartis comme suit : représentant de la direction de la qualité (1), représentant de la direction des soins (1), représentant de la direction de la recherche (1), représentant

des usagers (1), représentant des groupes de travail (1), représentant des infirmiers (1), commanditaires (2), les chercheurs (2). Nous avons veillé à avoir une représentation équilibrée des hommes (4) et des femmes (6).

- Deux groupes de travail : la composition des groupes de travail a été réalisée en janvier 2020 à la suite de la présentation aux acteurs de la démarche de R-I contractualisée. Un groupe s'intéresse à la construction d'un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants, l'autre au rangement des armoires à pharmacie. Ils sont composés respectivement de 11 membres pour le groupe de travail un et 15 membres pour le groupe de travail deux [90], dont les statuts professionnels sont les suivants : pharmacien (3), médecin (1), ingénieur qualité (1), cadre de santé (6), directeur des soins (1), infirmiers/infirmières (9), sages-femmes (1), technicien (1), préparateur en pharmacie (3). Pour la répartition égale entre les hommes et les femmes, il a été plus difficile de respecter cet élément, les métiers d'infirmiers et de sages-femmes sont majoritairement occupés par des femmes. Au sein des groupes de travail, nous comptons 5 hommes et 21 femmes.

La composition du comité de pilotage et des deux groupes de travail est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Comité de Pilotage	Nombre d'acteurs	Groupes de travail	Nombre d'acteurs
Direction des soins	1	Pharmacien	3
Direction de la qualité	1	Médecin	1
Direction de la recherche	1	Ingénieur qualité	1
Représentant des usagers	1	Infirmiers	9
Représentants des infirmiers	1	Sage-femme	1
Représentant des groupes de travail	1	Technicien	1
Commanditaires	2	Cadre de santé/ Directeur des soins	6/1
Chercheurs	2	Préparateurs en pharmacie	3

Tableau 5 : Nombre d'acteurs et métiers des acteurs engagés dans la Recherche-Intervention (Hédacq, 2023)

[90] La crise sanitaire Covid a prolongée la durée de l'intervention, entrainant un impact sur les groupes de travail. À la fin de l'intervention le groupe 1 était composé de 4 acteurs, le groupe 2 de 9 acteurs.

Nous précisons que les pilotes ont élaboré la composition des groupes de travail à la suite d'une réunion avec la doctorante concernant la présentation du projet de la R-I. La CoMéDiMS ayant présenté son projet de groupes disciplinaires en 2018 lors du COPIL qualité de l'établissement, la direction des soins avait relayé cette proposition de participation sur la base du volontariat dans le CHU. Une liste de professionnels de santé souhaitant s'engager dans ce projet a été transmise aux pilotes des groupes. Pour compléter la constitution des groupes, les pilotes ont également activé leur réseau professionnel, en sollicitant différents acteurs.

Nous avons synthétisé dans le tableau ci-dessous les différents temps et les étapes de mise en œuvre de la R-I de 2017 à 2023.

Nous avons matérialisé par une étoile rouge les différents moments où la crise sanitaire du COVID 19 a retardé le projet. Notons trois périodes de confinement (17 mars au 11 mai 2020, puis du 30 octobre au 15 décembre 2020, ainsi que du 3 avril au 3 mai 2021). Le projet a été également retardé à la suite des périodes de tension en ressources humaines lors des remontées des taux de contamination dans la population. Par exemple, en janvier 2022, la formation des formateurs a été décalée. Nous pouvons identifier qu'un des impacts de la crise sanitaire est visible sur le nombre de temps de présentation aux différentes instances du CHU en particulier pour la mise en œuvre de la phase de réalisation et la phase d'évaluation des dispositifs de formation et de diffusion du savoir.

Étapes de la Recherche-Intervention	Dates/périodes	Conditions de réalisation
Formulation de la demande	Décembre 2017	Échange socio-scientifique avec un des co-présidents de la CoMéDiMS
Co-élaboration de la commande et contractualisation	Avril 2019	Premier CoPil de la R-I
Mise en œuvre de la R-I (phase1) Co-construction des dispositifs de formation Construction du en commun au sein du TESS	Janvier 2020 à Mai 2021	10 réunions pour le groupe de travail (1) 8 réunions pour le groupe de travail (2)
	Mai 2021	Présentation en bureau CoMéDiMS du dispositif de formation des nouveaux-arrivants
	Juin 2021	Deuxième CoPil de la R-I
	Juin 2021	Présentation en bureau CoMéDiMS du guide d'usage
	Octobre 2021	1 réunion pour le groupe de travail (1) et 1 réunion pour le groupe de travail (2)
Valorisation/ validation des livrables Conquête de la reconnaissance	Novembre 2021	Présentation du dispositif de formation des nouveaux-arrivants en réunion des cadres de santé supérieur
Mise en œuvre de la R-I (phase 2) Mise en place des dispositifs et évaluation Construction du en commun au sein du TESS	Mars 2022	Formation des formateurs
	Mai Juin 2022	Finalisation des dispositifs
	Aout 2022	Présentation du dispositif de formation des nouveaux-arrivants au directeur de l'IFSI
	Octobre 2022	Tests de la formation des nouveaux-arrivants
	Janvier 2023	Évaluation du dispositif de formation des nouveaux-arrivants
	Juillet 2023	Diffusion du guide d'usage dans l'établissement sous forme de Flash qualité
	Septembre 2023	Restitution finale

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des étapes de mise en œuvre de la R-I (Hédacq, 2023)

2.4.4 La ou les phase(s)de restitution

Nous soulignerons également l'importance de la phase de la restitution de la R-I. Nous identifions que « Les temps de restitution remplissent une fonction essentielle dans les démarches de Recherche-Intervention » (Bedin & Broussal, 2015, p. 175). Ce temps est dédié à la restitution des résultats de la recherche répondant à la demande sociale initiale, il permet d'identifier les différents enjeux de la R-I. Elle correspond à l'ensemble des « moments de la R-I où les chercheurs-intervenants présentent les produits de la recherche réalisée, dont les résultats principalement, aux commanditaires et dans des configurations communicationnelles plus élargies aux participants à la démarche collaborative mise en œuvre, voire au grand public » (Bedin, 2015, p. 196). Cette étape est mentionnée et actée dans la commande de la R-I. Les chercheurs-intervenants fournissent un rapport d'étude, c'est-à-dire un texte formateur, comme un registre de recommandations aux commanditaires pour les accompagner dans leurs prises de décisions (Guy & Bedin, 2002 ; Aussel & Gurnade, 2015).

La phase de restitution soulève les enjeux de la fonction sociale de la recherche, elle permet la validation sociale des résultats de la R-I, plus particulièrement la valorisation sociale des savoirs co-construits par la démarche de R-I. La notion de valorisation sociale est entendue comme une étape de stabilisation des savoirs élaborés au sein du tiers-espace socio-scientifique : « toute forme d'apprentissage ou de développement requiert une forme de reconnaissance sociale pour être stabilisé et validé » (Marcel, 2020b, p. 6). La validité dans cette situation est sociale et elle correspond à la reconnaissance de l'efficacité des savoirs co-élaborés par rapport à la demande formulée. Mais également, elle prend en compte « l'implémentation de transformations au sein de l'organisation » (Marcel, 2020b). Notons que « cette efficacité « à l'externe »[91] correspond à la validité sociale de la R-I qui se construit sur la base de la réception, de l'appropriation et de l'implémentation des transformations, des ressources professionnelles co-élaborées » (Marcel, 2020b, p. 10). La restitution est donc envisagée « comme contribuant à atteindre les visées heuristiques et praxéologiques de la Recherche-Intervention, c'est-à-dire à la fois la production de connaissances et l'évolution des pratiques » (Gurnade & Marcel, 2015, p. 33). Marcel encourage la présence dans la démarche de R-I, de différents temps de restitution intermédiaire pour sa fonction sociale « rendre socialement visibles (rapports, restitutions…) à la fois les avancées en lien avec la visée transformative (le « pour »), mais également les avancées en lien avec la visée académique (le « sur ») indépendamment des autres formes de valorisation au sein de la communauté scientifique » (Marcel, 2016c, p. 26). Ces temps de restitution sont comme des espaces d'échange : « Par exemple, les temps de restitution collective proposés amènent les salariés à exprimer leurs ressentis et comportements sur la façon de vivre la situation professionnelle d'accueil, les tensions entre l'équipe de travailleurs sociaux et l'équipe administrative » (Rougerie, 2016, p. 50). Ce temps peut permettre de

[91] Marcel (2020b) distingue deux niveaux de validité externe : un au sein de l'organisation, un qui s'appuie sur la mise en dialogue avec des écrits scientifiques déjà produits ou des comparaisons entre des R-I.

recueillir des éléments empiriques et donner une autre configuration à la recherche. « La séance de restitution constitue en elle-même une source d'informations précieuses pour les chercheurs puisqu'ils ont ainsi accès à une série d'indications complémentaires qui viennent confirmer ou parfois infléchir leurs interprétations quant aux dynamiques collectives spécifiques des différents établissements » (Breugnot & Fablet, 2013). Cette validation sociale va être de l'ordre d'un jugement d'efficacité ou d'inefficacité des recommandations ou dispositifs construits lors de la R-I. Elle donne une dimension importante à la visée heuristique de la R-I car la « solution » au problème posé initialement, a été « résolue » par l'articulation de la visée praxéologique et la visée heuristique. La restitution semble donc être une étape d'expression possible des enjeux heuristiques et praxéologiques qui ont émergé lors de la demande des commanditaires et qui ont été contractualisés dans la commande.

Nous avons effectué pour la recherche que nous avons menée deux restitutions intermédiaires auprès des commanditaires. Nous avons présenté les deux dispositifs co-élaborés lors des réunions du bureau de la CoMéDiMS. Une restitution a également été réalisée lors du deuxième CoPil. La restitution finale de la Recherche-Intervention a été organisée en septembre 2023. Les dispositifs ont été présentés à plusieurs reprises sur différents pôles du CHU.

3) Une démarche d'accompagnement ou de conduite du changement en éducation

Comme nous l'avons souligné *supra,* la démarche de Recherche-Intervention est envisagée en réponse à une demande formulée dans le champ professionnel (santé, éducation, travail social…). Ces demandes sont de deux catégories : elles émanent soit d'une contrainte dite externe comme une réforme ou un changement dans l'organisation du travail, soit d'une initiative interne comme un projet ou la mise en place d'une innovation (Marcel, 2020a). Dans la situation que nous avons accompagnée, la demande est issue d'un projet (initiative interne) de la CoMéDiMS en 2019. Il s'agit de constituer des groupes pluridisciplinaires chacun responsable d'une démarche d'ingénierie de formation. La mise en œuvre de la R-I consiste à prendre en charge la demande formulée au sein même du contexte socioprofessionnel concerné. Pour cela, elle « mobilise une dynamique d'accompagnement [92], voire de conduite du changement, assez proche de l'aide à la décision (gouvernance, pilotage, etc.). Elle assume donc une fonction transformatrice du social et un engagement pour une recherche citoyenne [93] ». Ce questionnement a fait l'objet en 2013 d'un ouvrage collectif sous la direction de Bedin : *Conduite et accompagnement du changement Contribution des Sciences de l'Éducation.* Il s'agit dans cet ouvrage de « théoriser depuis le champ des sciences de l'éducation la question du changement » (Bedin, 2013, p. 7). Nous nous intéressons dans cette partie, sur le lien entre

[92] Le changement est initié dans une organisation à l'échelle des commanditaires.
[93] Nous développerons la notion de recherche citoyenne au travers de la posture du chercheur-intervenant dans le chapitre 3 de cet écrit.

la demande des commanditaires, la démarche de R-I et la nature du changement qui a pu être accompagné.

3.1 Le changement : éléments de définition du terme

Le terme « changement » est fortement « polysémique, comme en fait foi l'utilisation très fréquente, voire banalisée du terme dans le langage courant et ses multiples références dans toutes les disciplines des sciences humaines et sociales » (Rhéaume, 2002, p. 65). L'origine de ce terme *cambiare* signifie échanger, ou substituer, « l'interaction et l'échange sont ainsi au cœur du changement » (Rhéaume, 2002, p. 65). Par généralisation, le changement devient « le passage d'un état à un autre […] c'est le passage d'un état x, défini à un temps t vers un état x' à un temps t', ou x et x' peuvent représenter un être humain ou un milieu social, qui après « changement », devient à la fois autre chose et le même » (Rhéaume, 2002, p. 65). Cette conception du changement rejoint celle d'Héraclite qui « décrit un monde chaotique en mouvement perpétuel dans lequel l'homme doit trouver sa place comme l'illustre la citation suivante : « On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve » (Autissier & Metais-Wiersch, 2018, p. 46). Guy accorde « quatre foyers de signification du mot changement qui correspondent chacun à une compréhension différente du changement : « l'échange » selon qu'on change contre, le « déplacement » selon que l'on change de, « la transformation » et la « conversion » selon que l'on change en » (Guy, 2013, p. 128). Ces foyers de signification sont représentés dans le tableau ci-dessous :

Changer	Changement	
Contre	Échange	Troc
		Substitution
De	Déplacement	Remplacer un objet par un autre
		Placer un objet ailleurs
		Quitter une chose pour une autre
En	Transformation	Modifier une personne, une chose
		Passage d'un état à l'autre
		Devenir autre
	Conversion	Sacrement de l'Eucharistie
		Alchimie

Tableau 7 : Tableau des foyers de signification du changement (Guy, 2013, p. 128)

Nous identifions que le changement peut prendre différentes formes. Nous nous intéressons plus particulièrement aux « modifications provoquées par un/des changement(s) dans les relations entre un sujet ou un groupe et leur environnement » (Guy, 2013, p. 128).

Dans la situation que nous étudions, le changement est initié au sein d'une organisation. Marcel (2014a) dans une étude[94] concernant le changement dans une organisation d'enseignement et de formation (un lycée agricole) défend l'idée d'un système mettant en relation : changement, action, et développement. D'une part, il identifie que le changement « dans l'organisation ne peut pas s'envisager hors de l'action des individus ou des collectifs qui certes, l'initient ou le subissent, mais qui, dans tous les cas, le mettent en œuvre (la résistance en constituant une modalité parmi d'autres) » (Marcel, 2014a, p. 13). Cela signifie que le changement transforme l'action et que « toute activité et simultanément productive (en fonction de ses visées) et constructive, c'est-à-dire qu'elle contribue au développement du sujet qui la met en œuvre » (Marcel, 2014a, p. 13). Enfin, « tout changement transforme l'action et par la même constitue un levier de développement » (Marcel, 2014a, p. 13).

Dans la situation qui nous préoccupe, nous identifions que ce système changement/action/développement est au cœur de la demande de la CoMéDiMS. La CoMéDiMS a initié un changement dans l'établissement par son projet de mettre en place des groupes pluridisciplinaires en charge de l'ingénierie de différents dispositifs. Elle souligne que cette conception de dispositifs de formation nécessite « le besoin d'une participation médicale et soignante représentative des différents pôles sur des thématiques transversales liées au processus de prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux stériles » (Rapport d'activité de la CoMéDiMS, 2018). C'est-à-dire qu'elle envisage que l'action d'ingénierie de formation soit participative en intégrant des professionnels, médicaux et paramédicaux au processus de conception des dispositifs. Elle entrevoit également que cette action d'ingénierie de formation soit accompagnée par un projet de recherche en sciences de l'Éducation et de la formation. Ce changement initié et accompagné par la démarche de R-I va transformer l'action d'ingénierie de formation en produisant des savoirs contextualisés en lien avec les dispositifs de formation co-élaborés, mais également des savoirs dits académiques sur l'objet étudié (la co-élaboration des dispositifs au sein d'un tiers-espace socio-scientifique). Cette production de savoirs ouvre une possibilité pour le CHU de développement rejoignant le concept d'organisation apprenante (Argyris & Schön, 2002). Mais de quelle nature est le changement que la démarche de R-I peut conduire ou accompagner ?

3.2 La nature du changement

Pour étudier le changement au sein des organisations, Marcel (2014a) définit différentes composantes qui peuvent être affectées par le changement qu'il identifie selon quatre axes (Marcel, 2014a, p. 16) :

[94] Nous nous appuyons sur ce modèle là en lien avec notre contexte de recherche, les centres hospitaliers universitaires sont également des organisations d'enseignement et de formation en parallèle de la mission de soins qu'ils assurent.

- L'axe ontologique : un changement peut affecter les sujets individuels ou collectifs de l'organisation ;
- L'axe artefactuel : un changement peut concerner les produits de l'organisation ;
- L'axe praxique : est l'axe qui renvoie aux actions individuelles et collectives c'est-à-dire la manière d'agir ;
- L'axe épistémologique : corresponds à celui des connaissances et des savoirs dans l'organisation. Nous retiendrons deux éléments pour cet axe « un changement peut injecter au sein de l'organisation de nouvelles connaissances et de nouveaux savoirs » (Marcel, 2014a, p. 16) et « les nouveaux modes d'organisations peuvent permettre non seulement d'élaborer également de nouvelles connaissances ou de nouveaux savoirs, mais aussi modifier les modalités de leurs circulations, de leurs conversions ou de leurs capitalisations » (Marcel, 2014a, p. 16).

Ces quatre axes décrits ci-dessus sont à envisager en interrelations (Marcel, 2014a) autour de six plans :

- Le plan onto-artéfactuel : celui du vécu des produits de l'organisation par les sujets (individuels ou collectifs) ;
- Le plan onto-praxique : celui des rapports des sujets aux connaissances, aux savoirs et à la culture de l'organisation ;
- Le plan arte-praxique : celui de l'évolution des produits de l'organisation au travers des usages ;
- Le plan arte-épistémologique : celui des liens entre les produits de l'organisation et les connaissances ;
- Le plan épistémè-praxique : celui des connaissances en acte.

Dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, nous avons provoqué la rencontre des deux sphères (identifiées dans le chapitre 1) : la sphère de la CoMéDiMS et la sphère des professionnels de santé. Une troisième sphère, celle de la recherche en sciences de l'Éducation et de la formation représentée par la doctorante, est venue proposer la mise en place d'un tiers-espace socio-scientifique dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche de R-I. Comme Gurnade (2016) l'avait identifié,[95] la Recherche-Intervention dans la formalisation à laquelle nous nous référons (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Marcel, 2020b) est une démarche de recherche participative qui va venir « perturber » le contexte socioprofessionnel dans lequel elle va être mise en œuvre. Les façons d'agir des experts de la CoMéDiMS et des

[95] Marie Madeleine Gurnade a réalisé une Recherche-Intervention en 2016 s'intéressant à la circulation des savoirs au sein d'un observatoire de la jeunesse.

professionnels de santé vont être modifiées, leurs savoirs respectifs vont rentrer en interaction, ces changements peuvent aller jusqu'à bousculer l'organisation.

Pour illustrer la nature du changement généré par la mise en place d'une R-I dans une organisation, nous nous appuierons sur les travaux d'Ariza (2020). Il présente les résultats d'une R-I conduite dans une entreprise de services d'aide et d'accompagnement à domicile. La R-I s'intéressait à répondre à une demande de « développement des accompagnements proposés par l'entreprise » tout en réalisant une évaluation de la nature du changement généré par la R-I. Il souligne que concernant la nature du changement généré par la Recherche-Intervention, l'axe ontologique (ayant attrait aux sujets individuels et collectifs) et l'axe artéfactuel (ayant attrait aux produits de l'organisation) sont plus particulièrement représentés. Les transformations de nature ontologique sont pour l'auteur caractérisées par le développement de l'implication et du sentiment d'appartenance à l'entreprise qui est l'expression d'une transformation onto-artéfactuelle. Il remarque également que les acteurs ayant participé à la R-I « ont acquis une certaine volonté de transmettre et de partager leur expérience et leurs acquis » (Ariza, 2020, p. 81). Il note que sur le plan onto-épistémologique, il peut se produire « une évolution du rapport des sujets aux connaissances et aux savoirs » (Ariza, 2020, p. 82). Sur le plan artefactuel, le changement généré par la R-I peut s'observer notamment au travers des liens entre les acteurs et de l'ouverture d'un espace de dialogue (Ariza, 2020).

Au travers de la demande d'amélioration des dispositifs de formation que la CoMéDiMS nous a formulée, l'accompagnement par la démarche de R-I pourrait être défini comme suit :

- Pour la visée praxéologique, c'est au travers de la mise en place de la démarche de R-I que nous proposons d'accompagner le projet de groupe de travail pluridisciplinaire de la CoMéDiMS pour répondre à la demande initialement formulée. Ces groupes de travail sont responsables de l'élaboration de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir : ils sont dans une situation d'ingénierie de formation. Nous accompagnons un changement dans les pratiques d'ingénierie de formation, c'est-à-dire l'axe praxique ;

- Pour la visée heuristique, qui concerne la production de savoirs scientifiques, il s'agira de s'intéresser au travers de l'accompagnement de ces groupes de travail à caractériser le processus de co-élaboration des dispositifs de formation au sein du tiers-espace socio-scientifique. Nous nous intéressons, ici, à l'axe épistémologique du changement ;

- Pour la visée critique, elle prend appui sur les deux visées précédentes. Elle permet d'assumer une fonction politique d'accompagnement du changement (Marcel, 2020b). Dans la recherche que nous menons, elle s'intéresse aux logiques d'élaboration des dispositifs de formation au sein de l'établissement, au rapport aux savoirs des différents acteurs dans l'élaboration de ces dispositifs et à la place accordée aux savoirs issue de l'expérience dans l'élaboration des savoirs scientifiques. Elle s'attache à la mise en œuvre d'une « réflexion distanciée sur les conditions de production (des savoirs scientifiques), sur sa diffusion et les modalités de son utilisation » (Marcel, 2020b, p. 1). Par le principe participatif sur lequel la R-I repose, la visée critique va ouvrir une possibilité d'émancipation des acteurs. Nous retrouvons, ici, l'axe ontologique du changement.

La mise en œuvre d'une R-I est un choix de « prendre part » dans les changements, au sein du contexte social (y compris professionnel, associatif, etc.) en vue d'une amélioration, voire d'un progrès de l'humanité. Les formes hétérogènes des collectifs, engagés dans des projets partagés, constituent le terreau d'un processus d'émancipation. Il se traduit par des déplacements depuis les « places » auxquelles se trouvaient assignés, au départ, les participants vers de nouvelles places mieux en phase avec leurs aspirations. Ces déplacements « correspondent à un gain, parfois simplement symbolique, dans des domaines différents : prise de parole, prise de décision, marge d'action, pouvoir d'agir, autorisations, accès, reconnaissance, etc. » (Marcel, 2020a, p. 104). La R-I est conduite par rapport « aux connaissances que les acteurs ont construites par leurs pratiques, leurs expériences ou leurs études. Elles les prolongent, les mettent en perspective et leurs donnent force, vigueur et légitimité » (Marcel, 2016a, p. 33). Il s'agira alors pour nous, au travers de la co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique de caractériser le processus d'émancipation des acteurs.

Synthèse du chapitre 2
Choisir la démarche de Recherche-Intervention

La démarche de Recherche-Intervention que nous avons menée s'appuie sur les fondements conceptualisés par différents chercheurs (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Broussal et al., 2016 ; Marcel, 2019b, 2020b) qui l'expérimentent dans des contextes variés. Cette démarche part d'une demande formulée par des acteurs de terrain, ici, une demande d'amélioration des dispositifs de formation et revient à ces acteurs au travers des conditions d'une transformation : une autre façon de faire de l'ingénierie de formation. Cette transformation a pour objectif entre autres une amélioration des conditions de l'exercice professionnel, mais également au travers de la visée émancipatrice une transformation de leurs rapports au monde (dans le rapport aux savoirs entre savoirs experts et savoirs d'action). Pour les commanditaires, le changement attendu concerne « l'amélioration des dispositifs » en particulier une transformation des pratiques professionnelles des acteurs de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Ainsi, le principe participatif se pose comme une caractéristique première et majeure de cette démarche. Il s'appuie sur « le respect des différences » entre chercheurs et acteurs engagés dans la démarche et sur une « volonté de partage » : « elle prolonge le « parler ensemble » par celui du « faire ensemble », au service si possible d'un projet commun caractérisé par la reconnaissance d'une double visée heuristique et transformative » (Marcel, 2016a, p. 224). Les acteurs vont alors co-élaborer un espace dynamique, centré sur un projet commun, qui efface toute hiérarchie symbolique : le tiers-espace socio-scientifique.

Cette démarche concilie également l'articulation des visées heuristique et praxéologique. La visée heuristique a pour objectif la production de savoirs, la visée praxéologique se concentre sur la résolution du problème, l'amélioration des conditions du travail, elle est donc fortement contextualisée. Ces deux visées sont assumées et revendiquées au sein de la démarche (en particulier la visée heuristique). Enfin, dans « les racines axiologiques et identitaires de la démarche de R-I » (Marcel, 2016a), nous retrouvons la visée émancipatrice. « Il ne s'agit pas seulement d'améliorer les contextes, les dispositifs et les situations, il s'agit de penser aux femmes et hommes » (Marcel, 2016a, p. 225). L'émancipation prend son sens dans la pensée de Freire (1974). Pour l'auteur le but de l'Éducation « n'est pas d'enseigner quelque chose à un interlocuteur, mais de trouver avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel il vit, de lui donner le temps et les moyens de se conscientiser » (Marcel, 2016a, p. 226). « La conscientisation alimente et s'alimente à la mise en expérience d'une autre vision du monde dans et par l'action : c'est dans l'interaction entre expérience et conscientisation que s'élaborent les nouveaux savoirs » (Marcel, 2016a, p.226).

Nous soulignerons la dimension épistémologique de la démarche de R-I, « la démarche mobilise des savoirs certes non hiérarchisés, mais fortement hétérogènes. De plus, ces savoirs circulent, se confrontent, migrent ou se transforment et le statut des « savoirs partagés » qui résultent de cette mise en mouvement initiée par la R-I interroge les catégories habituelles » (Marcel, 2016a, p. 22)

Chapitre 3 - Une posture de chercheur particulière

Nous commençons par introduire ce chapitre autour de deux interrogations : qu'est-ce qui peut conduire une professionnelle de santé à s'engager dans un parcours doctoral ? En quoi les sciences de l'Éducation et de la formation ont-elles été le domaine scientifique que nous avons choisi ? Tout d'abord, nous souhaitons souligner que ce travail de thèse présente une particularité dans la posture du chercheur qui l'a conduite. Nous avons traversé trois phases différentes dans notre parcours doctoral, ce qui nous a amenés à avoir trois postures différentes qui se sont succédées dans le temps.

Dans ce chapitre, nous développerons successivement la posture du praticien-réflexif, première et sur laquelle repose notre parcours professionnel et notre engagement en sciences de l'Éducation et de la formation. Puis, nous nous arrêterons un moment sur celle du praticien-chercheur qui retrace à la fois le début du parcours universitaire, mais surtout l'engagement en doctorat autour des visées de la R-I. Puis, nous terminerons par la posture du chercheur-intervenant que nous avons occupé de la contractualisation de la R-I à la restitution des travaux de recherche, en nous centrant sur notre rapport particulier aux savoirs et à la place que nous accordons aux acteurs au sein de la recherche que nous avons menée.

1) Prendre une posture de praticien-réflexif

L'avant-propos de cet écrit a permis de retracer notre parcours professionnel, mais également, il a permis de poser les différents éléments qui nous ont conduits à nous engager dans un parcours doctoral plus particulièrement en sciences de l'Éducation et de la formation.

1.1 Soigner et Former ou le partage du « care »

Dans ce sous-chapitre, nous allons effectuer un retour réflexif sur notre choix de poursuivre nos études en sciences de l'Éducation et de la formation, discipline qui pourrait être considérée comme « éloignée » de notre discipline d'exercice professionnel. Nous rédigerons ce paragraphe en employant la première personne du singulier en particulier à chaque fois que nous évoquerons notre parcours professionnel.

J'ai donc occupé la profession d'infirmière-puéricultrice pendant presque quinze années au sein de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse. D'abord, aux urgences pédiatriques (2004-2009) puis en réanimation pédiatrique (2009-2018). Passionnée par ce métier, j'ai tout le long de mon parcours professionnel suivi des formations dont le seul objectif était de mieux prendre soin des « petits » patients et de leurs familles dont j'avais la responsabilité. Ce métier est pour moi extrêmement riche et stimulant. Sur le plan intellectuel d'abord, car j'apprenais tous les jours (de nouvelles techniques de soin, de nouvelles thérapeutiques), mais également je développais mes compétences quotidiennement au travers des situations de soins variées que je pouvais rencontrer. Au cours de ces quinze années, mon raisonnement clinique et mon observation se sont affinés jusqu'à atteindre presque un niveau d'expertise puisque je suis devenue référente en soins pendant les dernières années de mon exercice en réanimation. Je tiens à souligner que

ce métier bouleverse également au niveau émotionnel. Chaque situation de soin est singulière, chaque histoire de vie que vous traversez par les situations de soins et l'accompagnement des patients est unique et laisse en vous des traces parfois indélébiles.

Ce métier est également, lorsque vous l'exercez dans un établissement de santé, un métier d'équipe. Je soulignerai le travail en binôme avec les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture pour assurer les soins de confort des patients (plusieurs d'entre elles m'ont beaucoup appris dans mes débuts d'infirmière). Puis, être infirmière, c'est être amené à travailler en collaboration avec des médecins, puisqu'il s'agit dans ce métier de mettre en œuvre les soins dits « prescrits ». Un travail important de transmission des informations recueillies par les surveillances est également réalisé. Il repose sur l'information du médecin sur l'évolution du patient, les éléments de la surveillance clinique. Enfin, un important travail de collaboration est identifié, qu'il soit avec les collègues, des anciens, des nouveaux, des équipes de soins souvent solidaires et fonctionnant parfois comme une famille.

Rapidement, dans mon parcours professionnel, j'ai commencé à former mes pairs (tuteur de stage, encadrement des nouveaux-arrivants). J'ai enrichi ces expériences de terrain par des enseignements en formation initiale ou continue. Le métier d'infirmier s'apprend par alternance (temps de stage, temps d'école). Sur le terrain, une place importante est dédiée au compagnonnage. Enseigner a complètement bouleversé mon parcours professionnel que ce soit lors de l'accompagnement des nouveaux-arrivants dans l'unité, ou des étudiants en formation initiale qui s'interrogent sur leurs futures pratiques de soins. Dans toutes ces expériences de formation, la question du savoir et de sa transmission était pour moi centrale. Comment former au mieux les nouveaux-arrivants ou mes pairs ? Comment les guider, les accompagner dans leurs parcours professionnels ?

Je me suis tournée vers les sciences de l'Éducation et de la formation afin de perfectionner mes compétences d'enseignante. Mais finalement, j'ai découvert beaucoup d'autres éléments que l'aspect pédagogique de cette science. J'ai pu m'interroger sur des concepts tels que l'évaluation, les pratiques professionnelles, les compétences et surtout, j'ai expérimenté la mise en œuvre d'une recherche. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 2, les sciences de l'Éducation et de la formation partagent avec le soin des préoccupations communes, préoccupations qui pourraient presque être caractérisées de philosophiques[96]. Éduquer et Soigner semblent se retrouver autour d'une valeur commune le « care » (Marcel, 2016b), autrement dit, le prendre soin de l'individu. Le concept du « care » a été développé par Tronto et Fisher (Tronto, 2008). L'Éducation et le Soin sont deux domaines d'exercices des métiers adressés à autrui (Piot, 2019), généralement choisis par vocation, ils s'intéressent à la possibilité d'aider l'autre. Cet intérêt peut être vécu comme un moyen d'accomplissement (Perez-Roux et

[96] Philosophie pourrait se définir comme « fondements généraux, principes de base d'une science » https://www.cnrtl.fr/definition/PHILOSOPHIE#

al., 2019, p. 1). Aider l'autre, appartient à ce que Tronto et Fisher définissent en 1991 comme le « care ». C'est-à-dire comme :

> une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre ''monde'', en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie (Tronto, 2008, p. 244).

C'est plus particulièrement autour des quatre phases que décrit Tronto pour définir le « care », qu'Éduquer et Soigner se retrouvent (Marcel, 2016b). La première phase du « care » est « se soucier de ». Cette phase « implique de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse » (Tronto, 2008, p. 248). Dans le secteur du soin, se soucier de, correspond à l'identification lors de l'accueil d'un patient malade dont l'état de santé est déstabilisé du besoin de prise en charge. Cet état de santé défaillant sera évalué par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale afin d'envisager une possibilité d'y apporter une réponse, autrement dit la possibilité d'un traitement quel qu'il soit visant la guérison. Les infirmiers mettront en œuvre les soins nécessaires pour une prise en charge globale du patient, tant sur le plan somatique que psychologique, alliant soins prescrits et soins de confort. Pour éduquer, notons que : « L'éducation n'est pas une idée, un objet théorique, c'est d'abord une relation, une expérience, un vécu, une activité » (Vial, 2010, p. 9). L'auteur ajoute en s'appuyant sur les propos de Cifali « toute transmission de savoirs se soutient d'une relation entre êtres humains » (Cifali 1994, cité par Vial, 2010, p. 9). Dans Éduquer et plus particulièrement dans la relation éducative « se soucier de » correspond à la possibilité autour de l'objet du savoir que l'éducateur cherche à transmettre, de « favoriser le développement aussi complet que possible des aptitudes de chaque personne ». Si le développement le plus complet est visé, c'est que l'éducateur identifie chez l'apprenant des besoins, dans l'apprentissage d'un savoir. Il se soucie de lui en élaborant ses enseignements pour lui permettre d'apprendre dans les meilleures conditions possibles. Pour Vial, la « relation éducative est dissymétrique et indispensable tout le long de la vie » (Vial, 2012, p. 12), dissymétrique parce qu'un l'un sait et l'autre apprend, indispensable tout le long de la vie parce qu'elle fait référence au besoin de l'individu de se développer pour agir sur le monde qui l'entoure. Il existe un besoin que l'éducateur identifie et dans sa posture il sera dans une alternance entre « être au service de » et « conduire ou piloter » pour répondre à ce besoin. Éduquer et Soigner c'est se soucier de l'autre, par l'identification de ses besoins. Cette phase « se soucier de » fait écho à une partie de ma personnalité, je suis, pourrait-on dire une « oreille attentive », j'aime être à l'écoute des autres et de leurs besoins.

La deuxième phase du « care » décrite par Tronto et Fisher, est « se charger de ». Se charger de, « implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (Tronto, 2008, p. 248). Dans le soin, cette phase est très liée à « se soucier de » et correspond à la responsabilité médicale et paramédicale de porter secours à autrui. Dans Éduquer, cette phase correspond pour les postures que Vial (2012) évoque à une responsabilité de l'enseignant vis-à-vis de l'apprenant, par rapport à la réponse à apporter au besoin identifié. L'éducateur est un passeur de savoirs, la relation

éducative donne corps au savoir (Vial, 2012). Ce qui m'a amenée à faire le choix d'un métier dans le soin, c'est que j'ai toujours aimé prendre soin des autres.

La troisième phase du « care » est « accorder des soins ». Elle suppose « la rencontre directe des besoins de care. Ce qui implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui donnent des soins de venir au contact des objets du care » (Tronto, 2008, p. 249). Un soignant entre en contact avec son patient, parfois dans son intimité, il lave, panse, et prodigue ce que nous pouvons appeler des soins de confort. Un enseignant est également en contact avec les apprenants, il est là, à côté de celui qui reçoit l'enseignement. Cette phase me fait repenser aux moments où j'accompagnais les étudiants ou mes pairs dans la pose de cathéters veineux périphériques. Ce geste technique est extrêmement minutieux, il nécessite d'acquérir une certaine dextérité et des astuces apprises par l'expérience du geste. J'aimais pouvoir accompagner mes collègues dans cette pratique professionnelle, partager mes astuces et ma façon de faire et surtout j'étais heureuse de les voir réussir à trouver leurs propres techniques.

La quatrième phase du « care » est « recevoir des soins ». Cela correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit. « Il est donc important d'inclure la réception du soin parmi les éléments du processus parce que c'est la seule manière de savoir si une réponse au besoin de soin a été apportée » (Tronto, 2008, p. 250). Les soignants vont évaluer quotidiennement l'amélioration de l'état de santé de leurs patients, l'éducateur quant à lui va également évaluer, analyser, si l'apprentissage proposé porte ses fruits. Cette phase m'évoque bien sûr les longues discussions que je pouvais avoir avec mes collègues à l'occasion des temps de doublure et de compagnonnage que je pouvais réaliser. Nous abordions leurs difficultés et leurs réussites.

Il y a donc entre Éduquer et Soigner, par cette qualification de métier adressé à autrui, une place importante à l'humanitude au sein des relations patient-soignant, apprenant-éducateur. L'humanitude est une philosophie du soin qui place la personne au centre de la relation, elle part de la définition même du soignant « un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des préoccupations ou des problèmes de santé pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas nuire à la santé de cette personne. » (Gineste et al., 2008, p. 48). Marcel ajoute que « l'Éducation est toujours un choix délibéré de l'éducateur (fondé sur un projet pour l'éduqué) et sans la participation active de l'éduqué, sans son adhésion à ce projet éducatif, l'éducation n'existe pas (ou se traduit par une contre éducation) » (Marcel, 2016b, p. 23). Nous pourrions souligner que, l'évolution du soin tel qu'il est mis en œuvre par les soignants aujourd'hui peut rejoindre cette pensée de Marcel (2016b) : soigner est toujours un choix délibéré du soignant (fondé sur un projet de soins pour le patient) et sans participation active du patient, sans son adhésion à ce projet de soins, le soin n'existe pas. Ce qui fonde Soigner ou Éduquer, c'est cette relation à l'Autre, en tant qu'individu, par la reconnaissance de ses besoins, la responsabilité d'y apporter une réponse, la mise en œuvre d'actions tout en veillant continument à la réception de cet accompagnement.

En synthèse, j'ajouterai que les expériences de relation éducatives que j'ai vécues tout au long de mon parcours professionnel m'ont donné envie d'approfondir ma réflexion sur la formation, les apprenants et les pratiques éducatives. Le métier de soignant englobe une part importante

de formation. Les soignants sont confrontés à la formation de leurs pairs de manière très importante tout le long de leur parcours professionnel. C'est dans un intérêt tout d'abord pratique que je me suis engagée en sciences de l'Éducation et de la formation pour « aider l'action pédagogique, quel que soit le niveau auquel elle se situe » (Mialaret, 2006, p. 116). Mon engagement en Sciences de l'Éducation et de la formation repose sur cette visée d'améliorer l'action pédagogique au sein de mon domaine d'exercice. Pour moi, les caractéristiques de la relation éducative que Vial propose en 2012 sont centrales. L'éducateur doit prendre conscience que :

- La relation éducative est dissymétrique et indispensable tout le long de la vie, l'éducateur est responsable de cette relation, il doit à la fois accompagner, mais aussi parfois guider (Vial, 2012) ;
- La relation éducative nécessite un pari vers le bien-être. Pour l'éducateur « Le bien-être et l'autonomie sont des visées (tout ce qu'on voit sans tourner la tête), des orientations, ce n'est pas un état ni un produit à obtenir » (Vial, 2012, p. 9) ;
- La relation éducative donne corps au savoir : « Il existe des éducateurs qui croient avoir rempli leur mission quand l'éduqué a acquis le savoir et puis il y en a d'autres qui savent que les ennuis commencent, parce qu'il faut ensuite qu'il se l'approprie, c'est-à-dire qu'il se construise avec » (Vial, 2012, p. 9).

« En rester à l'acquisition des savoirs, c'est rester dans le pilotage de l'autre. S'intéresser à l'appropriation des savoirs, c'est entrer dans l'accompagnement pour la maturation » (Vial, 2012, p. 9). À cela se rajoute, que les Sciences de l'Éducation et de la formation s'appuient sur un principe participatif fort de l'apprenant. Ce principe est un élément essentiel pour moi que ce soit dans une situation de formation telle que le compagnonnage, mais également dans la construction d'un projet pluridisciplinaire.

1.2 Praticien-réflexif et production de savoirs

Depuis plusieurs années et comme pour beaucoup de professions, les professionnels de santé doivent faire preuve d'adaptation et de polyvalence pour répondre aux situations de soins de plus en plus complexes de leurs patients (la crise sanitaire COVID 19 est un exemple de ces situations d'adaptations parfois extrêmes que peuvent vivre les soignants). Brooks, pense que « les professions sont maintenant confrontées à des obligations d'adaptabilité sans précédent », il précise que « le dilemme du professionnel d'aujourd'hui, c'est qu'on lui demande de combler l'espace entre le savoir qu'il doit utiliser d'une part et les attentes de la société d'autre part alors que ces deux pôles de l'espace qu'il occupe sont en perpétuelles transformations » (Brooks, cité par Schön et al., 1994, p. 35). Pour les professionnels de santé, ces transformations sont diverses, elles peuvent concerner, l'organisation du système de la santé, des établissements de soins, les métiers eux-mêmes (formation, pratiques professionnelles) ou encore le soin. Lorsque nous regardons l'évolution du métier d'infirmier, nous constatons une progression constante des sciences qui le fondent, comme la Médecine et les sciences pharmaceutiques. Cela entraîne une modification des pratiques professionnelles, tant sur l'aspect technique, que dans l'aspect

relationnel avec une place plus importante accordée aux patients. Les infirmières [97] se spécialisent, deviennent infirmières de blocs opératoires [98], puéricultrices [99], ou infirmières anesthésistes [100]. La formation initiale s'est universitarisée en 2009, [101] on parle alors de référentiel d'activités et de compétences. Deux changements récents sont à souligner, la création d'une section science infirmière au Conseil National des Universités [102] et la spécialisation d'infirmière en pratiques avancées[103]. Ces deux derniers changements ouvrent vers le développement de compétences particulières dites « élargies ». L'infirmière en pratiques avancées peut « prescrire » certaines thérapeutiques, réaliser un entretien médical et le suivi thérapeutique de certains patients.

Dans notre parcours professionnel, nous avons été confrontés plusieurs fois à la notion d'adaptation et de polyvalence, dans nos pratiques professionnelles du soin, mais aussi dans celle d'enseignement. Nous avons pu constater à plusieurs reprises qu'il a été nécessaire, de développer et d'acquérir de nouveaux savoirs, pour répondre aux prises en charge que nous réalisions, ou pour répondre aux besoins des apprenants. Les praticiens apprennent en expérimentant sur le terrain « pour surmonter les défis qu'ils rencontrent dans leurs pratiques, ils se fondent moins sur des formules apprises au cours de leur formation fondamentale que sur une certaine improvisation acquise au cours de leur pratique professionnelle » (Schön et al., 1994, p. 12). Mais, le savoir issu de la pratique professionnelle est-il reconnu dans une institution ? En quoi, pourrait-il contribuer à favoriser l'apprentissage organisationnel ?

Pour Donnay « Tout professionnel, au cours de son développement, tout au long de sa vie, crée du savoir, plus ou moins rigoureux, explicite et communicable » (2001, p. 37). Ainsi, l'auteur caractérise une posture de praticien-réflexif. Le praticien-réflexif va produire du savoir au travers des activités et des situations qu'il rencontre sans trop se poser la question de ce qui marche et du pourquoi cela marche, « il puise par automatisme dans son répertoire d'expériences et de routines pour essayer de résoudre des problèmes, rencontrer des situations nouvelles » (Donnay, 2001, p. 39), il parle de « savoir incarné ». Pour l'auteur, le praticien- réflexif « tout en se centrant sur l'action, va chercher à la comprendre » (Donnay, 2001, p. 40). Le praticien « connaît la pratique de son art et travaille à la mise en œuvre des connaissances apprises en les adaptant et en les affinant sans cesse au gré des situations changeantes et souvent imprévisibles » (Schön et al., 1994, p. 13). L'ouvrage de Schön intitulé *Le praticien-réflexif, À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel,* a bousculé le

[97] Nous utilisons indifféremment le terme masculin infirmier ou féminin infirmière tout le long de cet écrit.
[98] Article R.4311-11 du Code de la Santé Publique.
[99] Article R.4311-13 du Code de la Santé Publique.
[100] Article R.4311-12 du Code de la Santé Publique.
[101] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier.
[102] CNU 92, Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.
[103] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

rapport théorie/pratique. La théorie de l'apprentissage organisationnel qu'il a construite avec Argyris (Argyris & Schön, 2002) a mis l'accent sur différents points :

- « Dans de nombreux cas, le savoir détenu par les individus ne parvient pas jusqu'au courant de pensée et d'action distinctement organisationnel, l'organisation sait moins que les membres qui la composent » (Argyris & Schön, 2002, p. 28) ;
- Les auteurs font un autre constat « les patrons des grandes organisations complexes se plaignent souvent de ne pas réussir à communiquer à leurs subordonnés les leçons qu'ils ont eux-mêmes apprises » (Argyris & Schön, 2002, p. 29). Ils ouvrent vers des pistes de solutions en proposant :

> Comme alternative, on pourrait envisager que ce soit des groupes de membres qui apprennent pour l'organisation dont ils font partie. Par exemple, des groupes d'employés « moyens » pourraient découvrir, en interaction les uns avec les autres, comment résoudre un problème de production ou améliorer la qualité d'un produit (Argyris & Schön, 2002, p. 29).

Nous retiendrons que le praticien-réflexif participe à l'élaboration des savoirs de sa profession et nous pouvons ajouter qu'il le fait en particulier à partir des situations complexes qu'il expérimente. Le concept d'apprentissage organisationnel et celui de praticien-réflexif introduit un rapport différent au savoir dans l'espace social, en questionnant le rapport savoirs théoriques/savoirs pratiques. Il s'agit là de reconnaître les savoirs issus de l'expérience des praticiens.

2) Devenir un praticien-chercheur

L'obtention du diplôme universitaire de master 2 m'a permis de devenir un praticien-chercheur, en mettant en tension mon espace professionnel et les sciences de l'Éducation et de la formation. L'apport de savoirs académiques, lors de l'année universitaire, la découverte de différentes recherches menées dans le champ de la santé (Broussal et al., 2016), m'ont permis d'identifier la possibilité de bâtir un « pont » entre le monde de la santé et celui des sciences de l'Éducation et de la formation.

2.1 Le praticien-chercheur : un trait d'union assumé

Un praticien, peut se définir comme une « personne qui connaît et exerce la pratique d'un art, d'une technique [104]», un chercheur quant à lui est « celui ou celle qui cherche, qui recherche[105] » souvent associé à une unité de recherche et donc à une science. « Le praticien-chercheur est un

[104] https://www.cnrtl.fr/definition/praticien#
[105] https://www.cnrtl.fr/definition/chercheur#

cas limite qui met en relief beaucoup de situations et de questions qui se posent à tout chercheur » (Kohn, 2001, p. 20). De Lavergne (2007) décrit que le « praticien-chercheur est un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel, ou sur un terrain proche dans un monde professionnel présentant des similitudes ou des liens avec son environnement ou son domaine d'activité » (De Lavergne, 2007, p. 28).

Dans notre situation, nous avons occupé le poste d'infirmière-puéricultrice jusqu'en 2018 dans des unités de soins. Notre première expérience de recherche (en master 2) s'est donc réalisée dans cette double posture de praticien-chercheur. Notre inscription en doctorat a été l'occasion de négocier un poste à mi-temps et de quitter le monde des soins, nous permettant de nous impliquer dans la démarche qualité de l'établissement[106] et de nous distancier des soins et des pratiques professionnelles associées. En octobre 2019, nous avons pu intégrer le poste de cadre de santé au sein de la CoMéDiMS (lieu de notre recherche). Nous occupons toujours ce poste actuellement. Pour la Recherche-Intervention, que nous avons mené la posture de praticien- chercheur a marqué plus particulièrement la phase que Marcel (2012) nomme la généalogie de la commande, allant de la demande des commanditaires à la contractualisation de la R-I. Nous avons donc mené notre recherche sur notre terrain professionnel : le CHU de Toulouse. Nous avons plus particulièrement interrogé les pratiques professionnelles des infirmiers dans le contexte de l'administration médicamenteuse.

> Opter pour la posture de praticien-chercheur veut dire reconnaître la coexistence des deux statuts, leurs interactions réciproques constantes, reconnaître qu'une même personne prend plusieurs positions selon les moments, les objectifs, les fonctions, les contacts avec les autres… (Kohn, 2001, p. 31).

Nous assumons le trait d'union qui relie les deux termes praticien et chercheur. Le fait d'être un praticien-chercheur nous a permis de faire émerger la demande d'accompagnement d'un changement sur notre terrain d'exercice. Cependant, le fait d'associer cette posture de praticien à celle de chercheur demande de s'interroger sur les conditions de l'émergence de la demande, sur l'analyse de cette dernière jusqu'à la contractualisation.

2.2 Le praticien-chercheur : entre « implication » et « distanciation »

Employer le « nous » pour décrire cette posture participe également au travail de distanciation que nous avons dû faire avec notre métier initial. En réponse à la demande des commanditaires, nous avons commencé par un temps de lecture dans une visée compréhensive de la situation dans laquelle nos commanditaires se situaient. Ces lectures (documents professionnels et articles scientifiques) se sont orientées dans un premier temps vers ce qui « définit » les

[106] Nous avons passé six mois sur l'organisation du plan blanc pour l'hôpital des enfants et six mois sur la démarche d'accréditation JACIE pour les patients auto ou allogreffés.

commanditaires, c'est-à-dire : qui est l'équipe de la CoMéDiMS, ses missions, puis à quel « problème » est-elle confrontée pour solliciter des chercheurs en sciences de l'Éducation et de la formation et envisager de s'allier dans un partenariat autour d'une recherche. Ces lectures nous ont permis de confronter cette demande d'accompagnement d'un changement par l'accompagnement de l'ingénierie de la formation pour construire deux dispositifs de formation aux savoirs académiques des chercheurs sur l'accompagnement et/ou la conduite d'un changement dans une organisation (Bedin, 2013). Le temps de recueil des lectures scientifiques autour de différents concepts (ingénierie de formation, développement des compétences, accompagnement du changement…) nous a permis d'affiner la demande de nos commanditaires et d'essayer d'identifier la demande sociale formulée au travers de cette demande praxéologique en nous distanciant de notre pratique.

Cette phase est marquée par la double posture du praticien-chercheur : « Le praticien-chercheur construit son objet au travers de sa problématique, défriche son terrain et ébauche des méthodes tout en essayant de rester attentif aux nombreux chemins qui se présentent traversant son questionnement » (Perraut Soliveres, 2001). La rencontre avec nos commanditaires s'est concentrée autour de la présentation de la méthodologie de la Recherche-Intervention que nous avions menée lors du master 2 sur l'évaluation des pratiques des nouveaux-arrivants en réanimation pédiatrique. Nos commanditaires nous ont « perçu » comme des chercheurs en sciences de l'Éducation et de la formation pouvant apporter à leur problématique de terrain une « solution » par la mise en place d'une démarche de recherche. Cette double posture revendiquée nous a permis de favoriser la rencontre entre la sphère professionnelle et la sphère académique. L'analyse des écrits scientifiques qui nous a conduit à proposer une démarche de Recherche-Intervention s'est alors faite avec ce double regard. Notre posture s'est alors centrée sur la compréhension de la situation :

> L'enrichissement dialectique des deux fonctions se construit au quotidien dans un glissement constant du praticien qui s'interroge, qui cherche à comprendre la réalité qui l'entoure et à laquelle il participe, a un praticien qui, voulant accéder à la recherche, est amené à fréquenter des notions comme la scientificité, la légitimité, la rigueur, la distanciation, la vérité... Le terme de chercheur est ainsi accolé, secondaire par la nécessité d'une pratique antérieure. (Perraut Soliveres, 2001, p. 199)

Nous pourrions dire que la première phase de la Recherche-Intervention s'est donc centrée sur une posture reposant sur deux caractéristiques : la compréhension et l'agir (Beauvais, 2007). La compréhension reposant sur le recueil des éléments nécessaires à notre connaissance de l'institution et de son projet, mais reposant aussi sur le partage des éléments permettant à l'institution de nous connaître nous en tant que chercheur dans notre ancrage théorique. L'agir s'est appuyé sur l'accompagnement des commanditaires en respectant leur mode de fonctionnement, leurs contraintes et notre proposition d'une démarche de recherche respectant nos valeurs. Ces deux caractéristiques ont permis la rencontre entre la sphère académique et la sphère professionnelle au travers d'un étayage de la demande praxéologique des commanditaires par des apports scientifiques dans l'ancrage des sciences de l'Éducation et de la formation. Un système « d'aller-retour » entre les préoccupations du praticien et celle du

chercheur a permis de définir la posture du praticien-chercheur que nous avons identifié à ce moment-là de la construction de la démarche comme « un espace d'interaction plus étroit, dans cet étayage mutuel entre le monde professionnel et le monde scientifique » (Couzinet, 2003, p. 125). Le praticien-chercheur souhaite à ce moment-là :

> qu'un espace de transition et d'interaction soit dessiné entre les apports de la recherche et l'intérêt pour des professionnels, aux prises avec différentes situations. Cet espace de transition, il le construit personnellement dans sa problématique de recherche, il veut à sa façon être l'un des médiateurs de cet espace (De Lavergne, 2007, p. 30).

Cette intention, de comprendre peut se définir comme « le praticien-chercheur se veut témoin ou plus exactement "témoin des témoins" » (Bezille, cité par De Lavergne, 2007, p. 31). Son intention « est de faire connaître « de l'intérieur » des acteurs et leurs capacités d'innovation ordinaire, leur énergie pour dépasser et contourner les enfermements dont ils sont victimes sur leurs terrains quotidiens » (Bezille, cité par De Lavergne, 2007, p. 31). C'est dans une visée « d'éclairer les processus et les dispositifs qui favorisent la coproduction et la régulation collective d'apprentissages ou de normes » (Bedin, 2013, p. 19) que nous souhaitions inscrire notre recherche. Notre posture de praticien-chercheur a permis de faciliter l'accès au terrain, le praticien-chercheur devient petit à petit « un acteur critique, dont la problématique de recherche est alimentée par son expérience » (Perraut Soliveres, 2001).

3) S'engager comme chercheur-intervenant

De la posture de praticien-chercheur, nous sommes allés vers celle du chercheur-intervenant lors de la contractualisation de la commande et le démarrage de l'accompagnement des groupes de travail. Les apports théoriques interrogés ont alimenté la construction de la commande que nous avons présentée dans un premier temps à l'ensemble de l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS en novembre 2018 (Annexe 6). La validation de cette commande en avril 2019 (Annexe 5) nous a permis d'avancer dans les phases de la Recherche-Intervention et de mettre en place les premières instances (le comité de pilotage, les groupes de travail). La posture du chercheur-intervenant que nous avons occupée à ce moment-là et jusqu'à la fin de la R-I assume les trois fonctions de la recherche : heuristique, praxéologique et critique. Nous décrirons dans les paragraphes suivants les caractéristiques de la posture du chercheur-intervenant.

Nous avons intégré l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS en octobre 2019 avant la mise en place des groupes de travail. La Recherche-Intervention était déjà contractualisée, ce qui a facilité notre engagement en tant que chercheur-intervenant. Notre rôle était clairement défini, lors de l'animation des groupes de travail, nous étions chercheur-intervenant, lors de nos autres missions, nous étions chargées de mission au sein de la CoMéDiMS.

3.1 Un accompagnement « socioconstructiviste »

Notons que les contextes de recherche accompagnés par la mise en œuvre d'une démarche de Recherche-Intervention sont des contextes professionnels dans lesquels émerge une demande

issue de contraintes internes ou externes. Ces contextes sociaux et professionnels traversent des changements (réforme, mise en place de dispositifs, nouvelles organisations de travail…). Le chercheur-intervenant se retrouve dans la situation d'accompagnement des professionnels, des acteurs qui « ont à connaître, à mettre en œuvre, voire à « faire avec » ces évolutions » (Broussal, 2013, p. 37). Dans la posture du chercheur-intervenant, la question de l'accompagnement du changement est centrale. Que signifie « accompagner » et plus particulièrement « accompagner un changement » ?

Plusieurs travaux proposent différentes formes d'accompagnement inscrites dans divers dispositifs et avec différentes visées. Paul (2004), définit l'accompagnement selon un triptyque qui est : conduire-guider-escorter. « Conduire » renvoie à l'idée d'orientation et positionne l'accompagnateur en garant du sens de la progression. Dans notre recherche, le chercheur-intervenant a suivi cette posture dans la phase de la construction de la commande de la recherche, et les différentes propositions faites aux commanditaires. « Guider » revient à montrer, à éclairer le chemin, à avertir d'un obstacle éventuel. Dans notre recherche, cela fait écho à l'ensemble des moments d'échanges que nous avons eu avec les commanditaires sur les textes scientifiques exposant les différentes visions du développement des compétences par exemple ou de la nécessité d'inclure les professionnels de santé dans nos groupes de travail. Le terme « escorter » insiste sur l'attention portée à celui qui chemine et s'inscrit dans les registres de l'aide, du secours, de la protection. Ici encore la phase d'organisation de la mise en place de la R-I a favorisé le respect de l'organisation et du fonctionnement de la CoMéDiMS, chacun a pu exprimer ses valeurs et le respect de ces dernières, nous avons également respecté au sein des groupes de travail, les valeurs et les savoirs de chacun. Cette réflexion sur l'accompagnement rejoint celle de Vial et Caparros-Mencacci de s'éloigner « délibérément de toutes attitudes de maîtrise de l'un sur ce que fait l'autre » (Vial & Caparros-Mencacci 2007, p. 34). La posture du chercheur-intervenant dans cette phase d'accompagnement des groupes de travail s'est appuyée sur un travail de « médiation », visant le dialogue entre les différentes sphères de professionnels, mais aussi sur un travail « d'étayage » (Vial & Caparros-Mencacci, 2007, p. 36) dans un objectif de compréhension de la situation et d'accompagnement des acteurs dans la co-élaboration du diagnostic.

Dans la situation que nous avons accompagnée de co-élaboration des savoirs, nous avons soutenu une perspective socioconstructiviste de l'accompagnement (Lafortune & Deaudelin, 2001). Elle s'appuie en particulier sur la co-construction des savoirs. Nous nous sommes appuyés sur le savoir comme médiation (Berthelot, 2004) dans une visée de problématisation pratique, c'est-à-dire que la R-I menée était « susceptible d'interroger les dispositifs sociaux semblant aller de soi et faire partager cette interrogation par les acteurs concernés » (Berthelot, 2004, p. 219). Pour permettre aux acteurs de co-élaborer des savoirs, nous avons provoqué des « conflits cognitifs », c'est-à-dire pour les acteurs engagés « une situation de déséquilibre et de remise en question de ses conceptions » (Lafortune & Deaudelin, 2001, p. 24). La perspective socioconstructiviste met l'accent sur l'interaction avec les autres pour construire des savoirs (Lafortune & Deaudelin, 2001). S'inscrire dans cette perspective socioconstructiviste de l'accompagnement repose sur une posture de guide, c'est à dire accompagner les acteurs à partager leurs points de vue sur la situation étudiée (ici les dispositifs de formation). Au travers de ces interactions, nous soutenons le travail de co-élaboration des savoirs contextualisés sous

forme d'énoncés. « Être un guide » s'est exprimé dans la conduite et l'animation des *focus groups* et lors des temps de travail pluridisciplinaires en animant et en accompagnant les groupes de travail dans la co-élaboration des savoirs. Des conditions inhérentes sont identifiées : « créer un climat affectif favorisant la co-construction, accepter de prendre du temps pour laisser émerger les constructions » (Lafortune & Deaudelin, 2001, p. 26). Merini et Ponté (2008) soulignent que dans la démarche de R-I « ce qui était un problème professionnel devient un objet observé pour être analysé, grâce à son déplacement dans un tiers espace symbolique construit par la négociation dans l'intervalle de la recherche et de l'intervention » (Merini & Ponté, 2008, p. 90). Il s'agit là pour le chercheur-intervenant d'être à l'interface entre la sphère de la Recherche (son langage, ses méthodologies, ses valeurs) et celle de l'Intervention (son langage, ses manières d'agir, ses valeurs). Ce qui a facilité la mise en tension de la sphère de la Recherche et de la sphère de l'Intervention, c'est que nous avons intégré l'équipe de la CoMéDiMS après la contractualisation de la R-I. Ainsi, l'accompagnement des groupes de travail était déjà contractualisé, nous permettant de nous positionner comme un chercheur-intervenant.

3.2 Une modalité d'accompagnement critique

Dans la posture du chercheur-intervenant, une modalité d'accompagnement porteuse d'une dimension dite critique est identifiable :

> Il apparaît dès lors que toute démarche d'accompagnement, dans la mesure où elle contribue à développer ou à accroître la capacité de remise en question d'un individu ou d'un collectif dans un secteur spécifique de sa vie (gestion d'une crise, prise de décision professionnelle, choix d'orientation, etc.), peut être perçue comme porteuse d'une dimension critique ; cela autant pour ceux qui sont accompagnés (cadres, chômeurs, équipes de travail, etc.) que pour ceux qui accompagnent (formateurs, psychologues, consultants, etc.) (Alhadeff-Jones, 2007, p. 229).

La dimension critique dans la situation que nous avons accompagnée remet en cause une certaine hiérarchie dans les savoirs mobilisés pour la conception de dispositifs de formation ou de dispositifs de diffusion du savoir au sein de l'établissement. L'analyse de la demande que nous avons effectuée (chapitre 1) a souligné que la démarche d'ingénierie de formation mise en œuvre par les groupes de travail met interaction des savoirs (Mondada, 2005). Nous distinguons des savoirs d'action portés par les professionnels de santé, des savoirs d'expert pour la CoMéDiMS et des savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation. Il s'agit par l'accompagnement des groupes de travail de s'inscrire dans « l'idée centrale de la production d'un savoir qui se développe dans et par l'action réalisée par des groupes sociaux » (Rhéaume, 1982, p. 44). Notons que cette dimension critique engage le chercheur-intervenant dans des choix éthiques. Ces choix portent : sur les modalités de l'engagement du chercheur (avec quel partenaire je m'engage ?), sur les effets du projet pour les acteurs concernés (au niveau individuel, collectif ou de leur organisation), sur la place des acteurs, c'est-à-dire la dimension participative de la R-I (Marcel, 2017).

La modalité critique que nous évoquons s'appuie pour nous sur deux caractéristiques. D'une part, elle évoque « une capacité de jugement, d'évaluation et de remise en question d'une « réalité » donnée et des cadres de référence en fonction desquels on lui attribue une signification » (Alhadeff-Jones, 2007, p. 228). D'autre part, elle envisage une « prise de distance, l'autonomisation, voire l'émancipation, inhérente au fait de revisiter les significations attribuées à cette « réalité » (Alhadeff-Jones, 2007, p. 228) pour les acteurs engagés dans le dispositif de R-I. Nous avons accompagné les acteurs à porter un regard « critique », quelles que soient leurs places dans l'établissement sur les dispositifs de formation. Pour cela, nous avons veillé à une hétérogénéité des statuts au sein des groupes de travail, nous nous sommes positionnée comme garant de la liberté d'expression lors des temps de travail, nous avons assuré l'absence de hiérarchie lors des temps d'échanges et de co-élaboration des savoirs contextualisés. Cette posture d'accompagnement dite critique a cherché à favoriser un changement entendu comme un progrès qui s'opère par les acteurs eux-mêmes au travers de la co-élaboration des savoirs. En tant que chercheur-intervenant, nous avons soutenu la dimension participative de la R-I en proposant en particulier des modalités de co-élaboration des savoirs (enquête évaluative) permettant aux acteurs engagés de participer à toutes les phases de l'ingénierie de formation, mais également de contribuer aux phases d'analyses des éléments recueillis au travers des enquêtes qu'ils ont pu mettre en œuvre.

Enfin, nous soulignerons que la posture de chercheur-intervenant s'inscrit dans une figure de chercheur-citoyen (Marcel & Nunez-Moscoso, 2012). Elle présente deux caractéristiques : être un vecteur de changement et de progrès et être un vecteur d'émancipation (Marcel, 2016c). Il s'agit de proposer aux acteurs des groupes de travail de mettre en discussion les savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation, les savoirs d'expert de la CoMéDiMS et les savoirs d'action des professionnels pour répondre aux préoccupations des acteurs. Pour nous, « ces connaissances[107] ne s'opposent pas aux connaissances que les acteurs ont construites par leurs pratiques, leurs expériences ou leurs études. Elles les prolongent, les mettent en perspective et leur donnent force, vigueur et légitimité » (Marcel, 2016c, p. 33). Le vecteur d'émancipation rejoint la conception de Freire de l'émancipation au travers de la conscientisation, il s'agit de favoriser pour les acteurs engagés une remise en cause de leurs représentations de la situation, autrement dit une conscience critique (Marcel, 2016c). La demande d'amélioration des dispositifs de formation au sein du CHU a permis également de s'interroger sur l'utilité sociale du chercheur autour d'une préoccupation scientifique : de favoriser la reconnaissance des savoirs d'action des professionnels.

[107] Nous respectons le terme de connaissance choisie par l'auteur, mais dans notre situation il s'agit de savoirs.

Synthèse du chapitre 3
Un chercheur-intervenant engagé dans une recherche citoyenne

À la question « qu'est-ce qui peut conduire une infirmière aujourd'hui à s'engager dans une recherche interrogeant les pratiques de son métier ? », nous pourrions répondre que les raisons sont multiples. Il y a d'abord le souhait de développer des compétences nouvelles dans un domaine particulier : la recherche en sciences de l'Éducation et de la Formation. Nous retrouvons également un intérêt et une passion pour le savoir favorisant la « compréhension » et la « résolution » de situation dites « problématiques ». En considérant la recherche comme un savoir partagé, l'appropriation des résultats de notre recherche consiste à proposer aux acteurs concernés des occasions nouvelles de réfléchir sur leurs pratiques (De Lavergne, 2007, p. 31). Nous retrouvons également une visée émancipatrice pour le chercheur, mais également pour les acteurs qui par leurs déplacements au sein du tiers-espace socio-scientifique développent une capacité d'agir : « l'objectif émancipateur qui constitue une caractéristique forte de la Recherche-Intervention …pourrait se définir comme un déplacement entre une place initiale au sein de l'espace social à laquelle l'acteur se trouve assignée vers une place nouvelle, plus juste et correspondant davantage à ses aspirations » (Marcel, 2017, p. 402).

Enfin, une dimension pragmatique centrée sur l'agir, favorisant l'émergence dynamique d'expérimentations et d'actions réflexives sur le terrain afin de dégager des pistes d'actions (De Lavergne, 2007, p. 32). Travailler sur des concepts comme l'émancipation et la co-élaboration des savoirs évoquent également l'engagement du chercheur dans la cité : « celui-ci n'étant synonyme ni de militantisme ni d'expertise à asséner au nom de la science, mais signifiant plutôt de prendre part raisonnablement aux demandes sociales » (Aussel, 2015, p. 94). Nous avons répondu à la demande des commanditaires avec une double visée. La demande s'inscrivait dans nos préoccupations scientifiques et la Recherche-Intervention que nous avons choisi de mettre en œuvre posait la question de l'utilité sociale du chercheur c'est-à-dire comment pourrions-nous participer à une meilleure reconnaissance des savoirs d'actions des professionnels de santé dans l'établissement ?

Chapitre 4 - Co-élaborer des dispositifs de formation par une démarche de référentialisation

La contractualisation de la commande de la Recherche-Intervention se centre pour la partie intervention de la démarche de recherche sur l'accompagnement de deux groupes de travail pluridisciplinaires qui ont en charge respectivement la conception :

- D'un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants du CHU. Ce dispositif concerne la prise en charge médicamenteuse du patient et plus particulièrement l'objectif est de sécuriser la pratique professionnelle de l'administration médicamenteuse, étape ultime du processus ;
- L'amélioration de la procédure de gestion des armoires à pharmacie : en mettant en œuvre un travail sur l'étiquetage en Dénomination commune internationale (DCI)[108], la mise à jour des étiquettes, les stocks déportés. Dans ce groupe de travail, deux autres thématiques ont été rajoutées : les changements de marché et les ruptures occasionnelles des médicaments et la gestion des produits thermosensibles.

L'analyse de la demande des commanditaires a permis d'identifier différents enjeux autour de la notion de savoir (quel savoir transmettre pour améliorer les pratiques professionnelles ? Quels modes de transmissions favorisent une meilleure appropriation du savoir ? etc.). La démarche de Recherche-Intervention telle que nous l'avons contractualisée a ouvert un tiers-espace socio-scientifique pour la conception des dispositifs qui met en relation différents acteurs porteurs de savoirs différents dans leurs natures, leurs modalités de production et leurs validations (savoirs d'experts pour la CoMéDiMS, savoirs d'action pour les professionnels de santé, savoirs scientifiques pour les chercheurs). Les différents acteurs qui interagissent dans cette situation sont également porteurs de conceptions différentes sur la formation, les pratiques professionnelles, les dispositifs de formation, etc.

Nous avons opérationnalisé la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) pour réaliser la conception des dispositifs. L'objectif poursuivi est l'élaboration de deux référentiels définissant ces dispositifs. À partir de ces référentiels, les deux dispositifs seront construits (chapitre 9) et ils seront présentés aux commanditaires. Les référentiels leur permettront également d'évaluer en vue de réguler les deux dispositifs co-élaborés. La référentialisation est une démarche qui s'appuie sur une enquête au sens de Dewey (1938) et un principe participatif fort. Nous invitons les acteurs à déployer cette démarche au sein du tiers-espace socio-scientifique en prenant part à la démarche d'enquête (Dewey, 1938) : « démarche qui

[108] La Dénomination Commune Internationale (DCI) d'un médicament correspond au nom de la substance active qui le compose : c'est le nom scientifique du produit. Une même substance active peut-être présente dans des dizaines de médicaments de noms de marques différents. Contrairement au nom de marque du médicament, la DCI peut délivrer des informations-clés permettant de reconnaître les substances d'un même groupe pharmacologique ou chimique (Ministère des solidarités et de la santé, 2016).

consiste à entreprendre une recherche de références pertinentes pouvant expliquer la conception et l'évaluation d'un dispositif éducatif » (Figari, 1994, p. 48).

Nous allons tout d'abord dans ce chapitre définir la notion de dispositif et de dispositif de formation (1), en identifiant les caractéristiques de ces derniers. Pour les concepteurs (les groupes de travail) responsables de cette mission d'ingénierie de formation (2), ces caractéristiques seront mises en lien avec les différentes phases de la conception d'un dispositif de formation. Puis, nous développerons la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) dans la conceptualisation à laquelle nous nous référons (3), nous présenterons l'opérationnalisation que nous avons proposée et mise en œuvre pour co-élaborer les référents, critères et indicateurs.

1) Dispositifs et dispositifs de formation : le processus fondamental

Les deux groupes de travail pluridisciplinaires que nous avons accompagnés se sont intéressés à la conception de deux types de dispositifs différents : un dispositif de formation et un dispositif de diffusion du savoir. Ce dernier s'appuie sur une procédure mise en place par la CoMéDiMS qui concerne la gestion des armoires de service[109]. Elle comprend l'ensemble des règles de fonctionnement de la gestion d'une armoire, ces règles étant issues d'autorité publique à caractère scientifique (en particulier la Haute Autorité de santé et l'ANSM) et du cadre réglementaire en vigueur. L'objectif pour ce second groupe est d'optimiser la mise en œuvre de cette procédure en travaillant sur son contenu.

Une procédure technique est « un savoir sous forme d'énoncés, c'est- à- dire une réalité extérieure aux individus communicable et transmissible » (Barbier, 2011, p. 9). Nous choisissons de qualifier la procédure de rangement des armoires à pharmacie de « dispositif de diffusion du savoir ». Dans la situation que nous étudions, les dispositifs qui vont être co-construits poursuivent un objectif de transmission d'un savoir et son appropriation pour les acteurs concernés. Les concepteurs visent une transformation des pratiques professionnelles des utilisateurs. La procédure de gestion des armoires à pharmacie définit les règles de bonnes pratiques (sécurité du stock, rangement des médicaments, étiquetage …). Nous les considérons donc comme des dispositifs de formation, au sens d'un dispositif de transmission d'un savoir en vue d'améliorer les pratiques professionnelles, c'est-à-dire ayant une visée transformatrice.

Le terme dispositif de formation est apparu autour des années 1970 : « Quant à la notion de dispositif de formation, elle s'est imposée progressivement à partir des années 1970 dans le domaine de l'ingénierie pédagogique, au point de devenir un « incontournable » » (Peraya & Peltier, 2012, p. 112). Demaizière (2008) souligne la variabilité de sa définition et de son interprétation à partir des différents usages du terme de dispositif de formation. En le

[109] Les armoires de service sont des armoires à pharmacie qui contiennent l'ensemble de la dotation en médicaments et en dispositifs médicaux stériles (cathéters, aiguilles…). Le groupe de travail ne traite que les armoires contenant des médicaments, nous les appellerons désormais armoire à pharmacie.

rapprochant du concept d'ingénierie de formation, c'est-à-dire plutôt du point de vue des concepteurs, les dispositifs de formation peuvent se définir comme « un construit d'éléments en fonction des demandes, des situations, des contextes, pour une action de formation donnée dans un contexte d'organisation(s) et d'institution(s) » (Bernard cité par Pothier, 2003, p. 81). Pothier définit le dispositif de formation comme « un ensemble de procédures diverses d'enseignement et/ou d'apprentissage, incluant moyens et supports, construit en fonction d'un public (et éventuellement d'une institution), d'objectifs et de conditions de travail » (Pothier, 2003, p. 81).

Pour identifier les dimensions qui constituent les dispositifs et les dispositifs de formation, nous nous appuyons en particulier sur les travaux d'Aussel (2013). Nous justifions notre choix de mobiliser cet auteur pour son appartenance à la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation et en lien avec ses travaux sur l'évaluation des dispositifs de formation (menés en s'appuyant sur une démarche de Recherche-Intervention). D'un point de vue scientifique, nous prenons comme référence la modélisation du dispositif d'évaluation des dispositifs de formation qu'elle a proposée en 2013. Nous étayerons les travaux d'Aussel en nous référant à différents auteurs : Peeters et Charlier, 1999 ; Nel, 1999 ; Thomas, 1999 ; Audran, 2010 ; Astier et al., 2012 ; Fabre, 2009 ; Fischer & Moles, 1981 ; Belin, 2001 ; Fusulier & Lannoy, 1999 ; Fourcade & Krichewsky, 2012 ; Guillemot & Vial, 2012 ; etc.

Aussel (2013) identifie deux processus au cœur des dispositifs qu'elle nomme : le processus fondamental et le processus opérationnel (Aussel, 2013, p. 67). Pour l'auteure, le processus fondamental correspond à l'ensemble des étapes structurant le fonctionnement des dispositifs. Elle le décrit comme un agencement de trois pôles interdépendants : les intentions, les expériences et les effets. Le processus opérationnel, quant à lui, correspond aux étapes consécutives de mise en œuvre du dispositif. Il s'intéresse également aux acteurs concernés. Nous allons décrire les caractéristiques de ces deux processus qui peuvent guider la conception des dispositifs. Le processus de conception d'un dispositif constitue un moyen de soulever des questions relatives à la définition des besoins, au choix des documents, à la scénarisation, au guidage et à l'évaluation (Guichon, 2006, p. 7).

1.1 Les intentions du dispositif

Le premier pôle du processus fondamental concerne les intentions présentes dans la notion de dispositif. Le dispositif peut se définir comme une « manière dont sont disposées, en vue d'un but précis, les pièces d'un appareil, les parties d'une machine[110] ». Dans cette définition, même si elle fait référence à un dispositif technique, nous identifions que la notion d'intention au sens de « l'action de tendre vers un objet, vers une fin » [111] est présente et paraît constitutive de la

[110] https://www.cnrtl.fr/definition/dispositif#
[111] https://www.cnrtl.fr/definition/intention#

notion de dispositif. Plusieurs des auteurs convoqués dans cet écrit s'accordent sur la notion d'intention au sein d'un dispositif et lui attribuent des caractéristiques (Audran, 2010 ; Peeters & Charlier, 1999).

Pour Peeters et Charlier, un dispositif se définit comme « la concrétisation d'une intention au travers de la mise en place d'environnements aménagés » (1999, p. 18). La notion de dispositif est associée alors à celle d'espaces, aménagés, face à une « technicisation croissante de nos environnements quotidiens » (Leblanc, 2007). La conception d'un dispositif plonge les acteurs dans « une logique de moyens mis en œuvre en vue d'une fin » (Peeters & Charlier, 1999, p. 18). Ainsi, pour Fusulier et Lannoy, « le dispositif apparaît en effet aujourd'hui aux yeux de ces acteurs gestionnaires comme un moyen adapté de résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés dans le cadre de leurs pratiques professionnelles quotidiennes (Fusulier & Lannoy,1999, p. 191). L'intention devient « la visée d'efficacité qui traverse toute pratique professionnelle » (Fusulier & Lannoy, 1999, p. 191). Le dispositif peut devenir même fondamentalement stratégique (Foucault, 1975, cité par Nel, 1999, p. 136). Peeters et Charlier soulignent que l'intention du dispositif est particulièrement importante dans les dispositifs de formation « les dispositifs pédagogiques ou socio-éducatifs prennent davantage en compte l'action humaine des individus (considérés comme acteur de leur formation) et sa dimension intentionnelle » (Peeters & Charlier, 1999, p. 18). Pour Audran, rendre compte d'un dispositif demande une première approche principalement descriptive au sens de la description dense de Geertz (1973), cette description fine tente de dégager l'intentionnalité de ses concepteurs » (Audran, 2010, p. 38). Aussel, distingue alors trois types d'intentions : une intention normalisante, une intention émancipatrice, une intention en tension entre normalisation et émancipation (Aussel, 2013). Nous allons décrire ci-dessous ces trois intentions.

- L'intention normalisante

Audran (2010) fait référence à l'intention normalisante du dispositif en s'appuyant sur la conceptualisation de Foucault (1975). L'auteur souligne que la notion de dispositif est étroitement liée « à l'agencement, à l'organisation d'espace-temps ou d'environnements dont le but est au moins autant une façon sociale de permettre d'orienter l'individu de manière instrumentale, que de lui permettre de s'orienter par lui-même » (Audran, 2010, p. 45). Il distingue trois types de dispositifs de formation, dont le dispositif institué qui peut se définir « comme un cadre spatio-temporel peu discuté, car souvent considéré comme relevant de l'ordre du politique » (Audran, 2010, p. 45). Il s'appuie sur les travaux de Foucault (1975), qui décrit dans son ouvrage le pouvoir normalisateur des dispositifs : « les dispositifs sont avant tout et presque toujours disciplinaires (au sens étymologique), des technologies de pouvoir où les règles et les lois agissent sur les corps par l'entremise de l'organisation du monde physique » (Audran, 2010, p. 45). Les dispositifs institués (Audran, 2010) relèvent d'un pouvoir normalisateur et « Foucault ne considère pas l'individu comme actif dans le dispositif » (Aussel, 2013, p. 69).

- L'intention émancipatrice

Notons que le « dispositif a autant une façon sociale d'orienter l'individu que de lui permettre de s'orienter par lui-même » (Audran, 2010, p. 45). L'étude de Fabre, Gardiès et Dumas (2007)

interroge la place de l'usager dans le dispositif [112] en s'appuyant sur les propos de Peeters et Charlier : « Aujourd'hui nous participons tous - usagers et concepteurs - à la définition de dispositifs qui nous circonscrivent et par là, nous contraignent certes, mais aussi à travers lesquels nous construisons notre identité et notre être singulier » (Peeters & Charlier, 1999, p. 12). Si l'usager participe à la définition du dispositif, alors l'intention de ce dernier semble être autre que normalisante. Fabre, Gardiès et Dumas (2007) envisagent le dispositif de formation comme un espace de médiation. C'est « une manière d'envisager l'environnement naturel ou construit de l'homme comme un lieu non d'acquisition ou de transmission du savoir - à partir de quoi, certes, peuvent émerger des acquisitions et des transmissions. Mais dans la mesure où il s'agit de médiation, on ne peut pas prédéterminer ce qui sera appris » (Berten, 1999, p. 42). Dans cette conception du dispositif de formation, une part importante est donnée à l'usager et à sa capacité à prendre place dans l'environnement aménagé. La logique du concepteur du dispositif va alors changer de place. De la vision normalisante de la transmission du savoir, la vision d'une logique d'expérimentation du savoir au sens de Peeters et Charlier peut être identifiée : « au fond, les dispositifs en visant à aider l'apprenant à s'aider lui-même, représentent aujourd'hui une tentative curieuse, celle d'une instrumentation optimale de l'autonomie des acteurs - association paradoxale, ou tout au moins déroutante a priori, entre instrumentation efficace et autonomie maximale » (Peeters & Charlier, 1999, p. 18).

- L'intention en tension entre normalisation et émancipation

Une troisième intention est identifiée par Aussel (2013). Elle s'appuie sur la notion de concept de l'entre-deux de Peeters et Charlier, qu'ils utilisent pour décrire le dispositif. Évoquant les dispositifs de formation, les auteurs partent d'un postulat : lorsqu'il faut réfléchir aux moyens de la formation, les acteurs s'appuient sur des motifs individuels et des intentions cognitives qu'ils cherchent à articuler de manière cohérente. Ils semblent identifier un changement de perspective « il s'opère un rééquilibrage dans l'analyse des dispositifs, on se centre sur les aspects de réception tout autant que sur les aspects de production » (Peeters & Charlier, 1999, p. 18). Audran prend l'exemple des dispositifs de formation qu'il nomme situés, « ce sont des arrangements d'ordre didactique réalisés par l'enseignant, par lesquels l'élève est mis en relation avec les savoirs et ceux d'ordre pédagogique plus centrés sur la relation pédagogique » (Audran, 2010, p. 47). Ce type de dispositif semble mettre en tension l'intention normalisante et l'intention émancipatrice. Il souligne ainsi que « chaque type de dispositifs apporte ainsi sa contribution à l'environnement éducatif, mais pose en même temps des problèmes qui vont différer selon les types » (Audran, 2010, p. 49). Par exemple : les dispositifs institués vont gérer la masse et sont volontairement intégrateurs.

[112] Dans la recherche menée ce dispositif est un dispositif de formation numérique associant acteurs et usagers dans la formation des futurs professeurs documentalistes.

À l'opposé des dispositifs institués, Audran (2010) identifie les dispositifs instrumentaux (troisième type de dispositif de formation pour l'auteur), par exemple des grilles, des tableaux (matériels) qui sont voués à potentialiser l'action individuelle. Il souligne que l'articulation la plus simple est de concevoir des « dispositifs situés qui ont pour objet de viser l'autonomie de l'élève en s'appuyant sur la stabilité des dispositifs institutionnels tout en recouvrant aux dispositifs instrumentaux » (Audran, 2010, p. 49). Astier (2012) rejoint cette conception d'intention en tension « les dispositifs sont appréhendés principalement par la mise en évidence de deux fonctions, ils sont le moyen d'une domination au sein d'un espace social défini, celui du travail, de la formation et de l'insertion sociale, ils sont tout autant le cadre de prise d'initiative de la part des acteurs qu'ils réunissent » (Astier, 2012, p. 17). Pour l'auteur, les dispositifs institués sont conçus dans l'idée d'un projet pour autrui de transformation promue par des acteurs à destination d'autres. Mais la notion d'usage par les acteurs vient assouplir ce cadre normatif.

Dans le cas des dispositifs de formation, Aussel (2013) conclut en disant :

> Les dispositifs de formation sont orientés vers des élèves, des étudiants, des apprenants, des adultes en formation, etc. Ces diversités d'acteurs comme la diversité de finalités qui les oriente (développer des connaissances, des compétences) ont pour point commun et point de départ une dualité dans l'intention (Aussel, 2013, p. 81).

Les dispositifs de formation sont dans leur processus fondamental dans une dualité de l'intention « ils sont empreints à la fois d'une volonté d'émancipation et d'efficacité pour les acteurs à qui ils se destinent » (Aussel, 2013, p. 81). Cette dualité tient son origine dans les différentes représentations qui peuvent exister dans le savoir dit scolaire. Par exemple, pour Dewey, « l'éducation est donc un processus de développement, d'enrichissement et de culture ; tous ces mots signifient que l'éducation requiert que l'on fasse attention aux conditions de la croissance » (Dewey & Zask, 2018, p. 89) ouvrant vers la notion d'éducation émancipatrice. À l'inverse pour Durkheim, l'éducation « est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et mentaux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu social auquel il est particulièrement destiné » (Durkheim et al., 2003, p. 51). Les dispositifs de formation se situent en tension entre la recherche d'efficacité et celle d'autonomie. Dans la situation que nous avons étudiée, cette « efficacité » concerne l'amélioration des pratiques professionnelles, c'est-à-dire leurs transformations se rapprochant des normes de bonnes pratiques. Il s'agit de combler l'écart entre la pratique prescrite et la pratique réelle. Elle renvoie donc à une image de résultats. L'évaluation de l'efficacité d'un dispositif de formation peut alors se mesurer au travers de ce résultat qui sera atteint ou non. L'émancipation dans les dispositifs de formation se réfère aux courants de pensée de Freire (2013), Freinet et d'autres pédagogues qui pensent que « savoir enseigner n'est pas transférer des connaissances, mais créer les possibilités pour sa propre production ou construction » (Freire, 2013, p. 63).

Nous retiendrons que la notion de dispositif de formation est une notion complexe. La conception d'un dispositif de formation commence par identifier l'intention du dispositif qui est une des dimensions centrales du processus fondamental du dispositif. Trois intentions ont ainsi été identifiées par Aussel (2013) : normalisante, émancipatrice et en tension entre normalisation et émancipation. Les dispositifs de formation sont dans une dualité de l'intention : entre normalisation et émancipation. Dans la situation que nous étudions, la conception des dispositifs vise une transformation importante des pratiques avec une recherche d'efficacité qui semble s'appuyer plus particulièrement sur une intention normalisante du dispositif. Il s'agit dans cette situation qui nous préoccupe d'agir sur les pratiques des professionnels par la mise en place de « dispositifs institués » pour la formation d'un grand nombre d'individus qui peut s'appuyer sur des dispositifs instrumentaux (procédures, mode opératoire). Nous retiendrons aussi qu'un déplacement est possible d'intention à prédominance normalisante vers une intention à prédominance émancipatrice en intégrant par exemple dès la conception du dispositif les usagers. Nous pouvons nous interroger sur : quel pôle de cette intention en tension sera choisi par les groupes de travail pour la conception des dispositifs dont ils ont la charge ? Et à quel moment cette intention apparaît- elle ? À quelle étape de la conception des dispositifs est-elle pensée ?

1.2 Les expériences dispositives

Le deuxième élément du processus fondamental du dispositif que décrit Aussel (2013) concerne « l'expérience dispositive » en s'appuyant sur les travaux de Belin (2001). L'expérience peut se définir comme le « Fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde »[113]. Nous expérimentons différents dispositifs au sein de notre vie sociale et professionnelle. Belin (2001), dans la proposition taxinomique qu'il fait du dispositif, décrit la notion d'expérience du dispositif par l'individu par le terme « expérience dispositive ». La définition de l'expérience se rapproche de celle formulée par Cefaï et Joseph (2002) : « l'expérience désigne une épreuve qui modifie à la fois ce dont l'épreuve est faite, ou ce qui est soumis à l'épreuve et celui qui subit l'épreuve » (Cefaï & Joseph, 2002, p. 168).

L'expérience dispositive sera abordée au travers du cadre conceptuel que propose Dewey (1938) de l'expérience. Pour Dewey, l'éducation traditionnelle représente la continuité de la société telle qu'elle existe et qu'il faut préserver, en conséquence, l'éducation traditionnelle provoque une expérience passive chez les apprenants (transmission du savoir d'une génération à l'autre, éducation basée sur l'autorité et les règles, organisation de l'école par rapport à la hiérarchie). À l'opposé, l'éducation progressive de Dewey s'appuie sur la notion d'expérience active (s'exprimer individuellement, agir librement, apprendre par l'expérience, utiliser ses

[113] https://www.cnrtl.fr/definition/expérience#

savoir-faire pour arriver à ses fins, prendre conscience que le monde change). Il existe pour Dewey un lien entre expérience réelle et éducation.
Bourgeois (2013) s'appuie sur la théorie de Dewey (1938/2022) de l'expérience et identifie ses effets sur l'apprentissage : « sans nécessairement en faire une caractéristique ontologique de tout apprentissage adulte, nul ne peut nier aujourd'hui l'importance de l'expérience dans tout apprentissage et particulièrement l'apprentissage chez l'adulte » (Bourgeois, 2013, p. 14). Ainsi, en reprenant les travaux de Dewey, Bourgeois distingue que

> toute expérience par définition comprend deux composantes indissociables, une composante qualifiée d'active qu'il appelle « experimenting » et une composante passive qu'il appelle « experiencing », c'est-à-dire respectivement l'action du sujet sur le monde et l'éprouvé par le sujet de l'action du monde sur lui (Bourgeois, 2013, p. 17).

L'expérience est une mise en sens de l'action. Belin dans son approche taxinomique du dispositif (2002), distingue dans ce qu'il nomme l'orientation du dispositif (c'est-à-dire la finalité, implicite ou explicite, du parcours qui peut être accompli) un dispositif dit autotélique ou un dispositif dit allotélique. Pour l'auteur, le terme autotélique fait référence à un sujet plutôt consommateur du dispositif « Nous dirons d'un dispositif qu'il est autotélique lorsque l'expérience d'unification, de commensurabilité entre les exigences du réel et les compétences mobilisables par le sujet est la fin en soi des déambulations en son sein » (Belin, 2001, p. 236). Au contraire, dans un dispositif allotélique, l'individu va investir le dispositif faisant référence à l'expérience active de Dewey. L'auteur conclut en soulignant que chaque dispositif présente des aspects autotéliques et allotéliques (Belin, 2001). L'expérience vécue par les individus au sein du dispositif peut être de deux ordres, soit orientée vers la consommation du dispositif, soit orientée vers un investissement et un déplacement de l'individu. Belin prend alors l'exemple des jeux vidéo qu'il considère comme un dispositif autotélique contrairement à un dispositif de formation dans une entreprise qui ne peut être présenté uniquement comme une manière de s'amuser. Pour l'auteur, il n'y a pas d'opposition entre autotélique et allotélique, par exemple l'utilisation « de jeux à des fins pédagogiques est une dimension essentielle des transformations contemporaines de l'apprentissage » (Belin, 2001, p. 236). Pour Aussel, l'expérience au sein des dispositifs de formation s'oriente plutôt vers une expérience dite allotélique « qui permet aux acteurs de transférer leur expérience sur le monde » (Aussel, 2013, p. 82).

L'expérience que va vivre l'usager dans le dispositif est centrale pour l'apprentissage au travers du sens que l'acteur va dégager de l'action. Les dispositifs de formation peuvent proposer deux types d'expérience au sein d'un même dispositif, une expérience allotélique favorisant l'investissement de l'individu et une expérience autotélique, provoquant une expérience plutôt passive. En s'appuyant sur la notion d'expérience de Dewey (1938), le choix de tel ou tel type d'expérience semble orienter le dernier pôle du dispositif : les effets. Plus l'expérience pour l'usager au sein du dispositif se rapproche d'une expérience active, plus les effets transformatifs seront importants. Là aussi, nous pouvons nous interroger sur les choix que vont effectuer les groupes de travail ? Quelle place les acteurs vont-ils accorder à l'expérience active/passive des usagers au sein du dispositif ? À quel moment la question de l'expérience apparaît-elle dans la conception du dispositif sous quelle forme ?

1.3 Les effets du dispositif

Les effets d'un dispositif s'inscrivent dans la notion de relation causale : la participation des individus au sein d'un dispositif va entraîner des effets. Aussel (2013) souligne qu'une des visées d'un dispositif est transformatrice. Le but ou la fonction d'un dispositif par exemple est d'agir sur et/ou pour une modification des pratiques. Elle distingue les effets escomptés ou attendus de la part de l'intention du dispositif et ceux non escomptés (Aussel, 2013). Les effets escomptés peuvent être caractérisés en regard de la description de Belin (2001), comme « une transformation s'y opère, quelque chose se passe ; dans certains cas, cependant, cette transformation consiste dans un déplacement alors que dans d'autres elle relève plutôt du modelage » (Belin, 2001, p. 238).
Lors d'un déplacement, la transformation correspond à un changement d'état sans qu'il y ait un changement profond de l'être alors que le modelage correspond à une dimension de transformation du sujet (Aussel, 2013). L'auteur rajoute que le déplacement fait référence à l'expérience autotélique alors que le modelage à l'expérience allotélique. Lorsqu'un individu expérimente un dispositif de formation, il n'en sort pas avec la même « forme » qu'à son entrée. Nous remarquons alors que c'est l'effet de modelage qui est généralement recherché par les concepteurs de dispositifs de formation dans une visée de transformation des pratiques ou de l'individu par le développement de ses compétences. L'objectif en lien avec une expérience active des participants au dispositif et d'obtenir une « trace » de cette expérience, précisons que cette trace est un élément évaluable.

Dans la formation, il existe cette notion de modelage, la formation « donne forme » à l'individu. Les effets d'un dispositif, en particulier les « escomptés », vont être un repère pour les commanditaires des projets de formation pour évaluer l'efficacité de ces derniers. En effet, le dispositif de formation sera qualifié d'efficace si une transformation des pratiques mesurable peut être identifiée après la participation des individus dans le dispositif de formation. Nous pouvons nous demander : quels sont les effets mesurables que les groupes de travail vont viser ? Quelle forme d'évaluation sera choisie pour distinguer une efficacité du dispositif sur les pratiques ?

2) L'ingénierie de formation : le processus opérationnel

Tout d'abord, nous pouvons souligner qu'il existe une multitude de formes de dispositifs de formation : des dispositifs de formation initiale ou de formation continue, des dispositifs de formation en situation de travail, de dispositifs de type « e-learning », simulation, analyse de pratiques, des dispositifs dits hybrides qui alternent de la formation en présentiel et en distanciel, des dispositifs qualifiés d'innovants, etc. Nous avons accompagné les deux groupes de travail pluridisciplinaires dans la conception des dispositifs en nous appuyant sur le concept d'ingénierie de formation au travers de différents écrits : Ardouin, 2017 ; Barbier et al., 1986 ; Enlart & Mornata, 2006 ; Faisandier & Soyer, 2007 ; Le Boterf, 1990 ; Meignant, 2006 ; Parmentier, 2012.
Ardouin décrit l'ingénierie de formation « comme une démarche effective qui tient compte des différentes dimensions d'une situation » (Ardouin, 2017, p. 1). Pour l'auteur, élaborer « un

projet de formation ne se réduit pas à la définition d'un contenu de stage et d'une pédagogie adaptée, mais nécessite de prendre en compte à la fois la situation des acteurs, la demande de l'organisation et son environnement » (Ardouin, 2017, p. 1). Pour mettre en œuvre cette démarche d'ingénierie de formation dans la situation que nous accompagnons, nous cherchons à identifier les différentes dimensions évoquées par Ardouin (2017).

Nous allons, dans cette partie de chapitre, présenter les acteurs qui sont au cœur du processus opérationnel. Puis nous allons définir le terme de formation et celui d'ingénierie de formation. Nous allons ensuite en nous appuyant sur ces définitions décrire la phase d'intervention. Puis, nous dégagerons les différentes phases de l'ingénierie de formation que nous avons envisagées à partir des différents travaux étudiés ainsi que les différents enjeux pour les concepteurs des dispositifs de formation phase par phase. Cette partie nous permet de décrire le processus opérationnel des dispositifs de formation dans sa phase de mise en œuvre. Nous proposerons en fin de chapitre de mettre en lien les éléments définis *supra* sur le processus fondamental du dispositif : intentions, expériences, effets, en regard des étapes d'ingénierie de formation identifiées.

2.1 Les acteurs au cœur du processus opérationnel

Le deuxième processus au cœur du concept de dispositif est le processus opérationnel. Différents acteurs participent au processus opérationnel des dispositifs. Aussel décrit ce processus comme correspondant aux phases de mises en œuvre. Elle intègre le « poids des acteurs au sein de ce processus et l'organisation des phases » (Aussel, 2013, p. 73).
Les deux dispositifs que les groupes de travail pluridisciplinaire vont élaborer sont créés par des individus et sont pour des individus. Si l'on considère que les acteurs sont au cœur du dispositif (Peeters & Charlier, 1999), il existe au moins trois types d'acteurs différents au sein d'un dispositif de formation :

- Les « créateurs » : ils sont à l'origine du projet, porteur d'une ou plusieurs intentions qu'ils vont affirmer en aménageant l'espace (lieu, milieu). Dans notre situation, les créateurs des dispositifs de formation sur la prise en charge médicamenteuse du patient sont les membres de l'équipe opérationnelle ;
- Les « administrateurs » : ils peuvent être les créateurs et ils assurent le bon déroulé du dispositif. Ici, nous retrouvons également en partie les membres de l'équipe opérationnelle, mais nous pouvons étendre à la direction de la formation continue, à la direction des soins de l'établissement ;
- Les « usagers ou destinataires » : dans la situation étudiée, il s'agit des professionnels de santé qui sont les usagers des deux dispositifs, représentés par trois professions (infirmiers, sage-femme, puéricultrice)

Comme Aussel (2013), dans la situation qui nous intéresse, nous dégageons deux autres types d'acteurs qui viennent modifier la catégorie des « créateurs ». Notre recherche met en œuvre une démarche de Recherche-Intervention, nous retrouvons donc :

- Les « initiateurs » : à l'origine du projet et porteurs d'un ou plusieurs intentions ;

- Les « commanditaires » : qui peuvent être les créateurs, qui possèdent les capacités de mobiliser les moyens humains et matériels pour permettre au dispositif de se mettre en place.

Dans la R-I que nous avons menée, les cinq types d'acteurs sont représentés comme suit :

Initiateurs	CoMéDiMS et doctorante
Commanditaires	CoMéDiMS
Administrateur	Groupe de travail
Partenaires	CoPil
Usagers	Nouveaux-arrivants et professionnels de santé (Infirmiers et sages-femmes en particulier)

Tableau 8 : Les différents acteurs participant à la conception des dispositifs de formation (Hédacq, 2023)

Pour Aussel (2013), les étapes du processus opérationnel comportent : la création, la préparation, la diffusion et l'expérimentation. Nous nous appuyons pour les phases du processus opérationnel sur le concept d'ingénierie de formation décrit par Ardouin (2017) que nous développerons dans le paragraphe suivant. Ainsi, la création correspond à l'analyse des besoins, la préparation à la conception, la diffusion et l'expérimentation à la réalisation. Nous poursuivons l'objectif d'identifier comment le processus fondamental du dispositif est pensé dans les phases d'ingénierie de formation d'Ardouin (2017).

En synthèse, si nous évoquons les deux processus décrits par Aussel en 2013 (que nous avons développés *supra*), nous pouvons identifier plusieurs éléments. Un dispositif de formation semble avoir pour point de départ une intention, plus particulièrement une intention en tension entre émancipation et normalisation « en effet, les dispositifs de formation sont empreints à la fois d'une volonté d'émancipation et d'efficacité pour les acteurs à qui ils se destinent » (Aussel, 2013, p. 81). Dans la situation que nous accompagnons, les commanditaires visent l'appropriation du savoir transmis par le dispositif de formation dans une visée de transformation des pratiques des acteurs (en particulier la recherche de l'efficacité de la formation sur les erreurs médicamenteuses). D'autre part, la visée des concepteurs s'oriente vers : favoriser l'autonomie de l'apprenant et son bien-être à la prise de poste. En ce qui concerne l'expérience dispositive pour les dispositifs de formation, l'intention en tension décrite ci-dessus oriente le dispositif vers une expérience majoritairement allotélique avec un transfert de l'expérience dispositive sur le monde. De même, l'effet recherché du dispositif est plutôt un modelage qui laisse une trace pour l'usager au-delà de sa participation dans cet espace. L'ensemble des éléments que nous avons décrits vont nous permettre d'identifier les intentions, les effets et les expériences portées par le groupe des administrateurs, c'est-à-dire les groupes de travail.

2.2 S'interroger sur la définition de la formation des adultes

« La formation est une réalité sociale et professionnelle de plus en plus présente et mouvante » (Ardouin, 2017, p. 1). C'est dans ce contexte mouvant que l'ingénierie de formation est apparue. Tout d'abord, nous soulignerons que le terme formation fait référence à de multiples

situations et à différents usages. Goguelin (1994) précise que ce terme est employé de manière si courante qu'il est difficile d'imaginer qu'il n'était pas utilisé avant 1950. La définition suivante « action d'instruire, d'éduquer et son résultat » apparaît en 1965. Goguelin (1994) souligne une constante autour de cinq sens pour le terme formation :

- Action par laquelle une chose se forme, est formée, produite, par exemple : la formation de l'enfant dans le sein de sa mère ;
- Action de former, d'organiser, d'instituer : la formation d'un régiment ;
- Manière dont une chose s'est formée : la formation des espèces, la formation du génitif, la formation de la langue française ;
- Résultat de l'action par laquelle une chose se forme par exemple : une formation géologique ;
- Résultat de l'action de former : formation en ligne (Goguelin, 1994, p. 9-10).

Dans la situation que nous étudions, la définition suivante de la formation comme le : « Fait de développer les qualités, les facultés d'une personne, sur le plan physique, moral, intellectuel ou de lui faire acquérir un savoir dans un domaine particulier »[114] nous servira de base au développement de notre réflexion.

Parmi les différents types de formation qui existent, nous nous intéressons plus particulièrement aux spécificités de la formation pour adultes. Nous pouvons constater que « Le secteur de la formation pour adultes s'est beaucoup développé et répond à des choix politiques, économiques, sociaux et culturels » (Chiousse, 2001, p. 12) au sein de nos sociétés. L'andragogie[115] est apparue dans les années 1950. La pédagogie et l'andragogie se sont différenciées au travers de plusieurs caractéristiques : le public concerné (enfant/adulte), la finalité (socialiser/développer des compétences), les savoirs (savoirs scolaires/savoirs professionnels).

Ainsi, Delvaux et Tilman (2012) proposent en s'appuyant sur les travaux de Knowles (1990), un tableau comparatif entre les caractéristiques de la pédagogie et celle de l'andragogie :

[114] https://www.cnrtl.fr/definition/FORMATION#

[115] Le terme andragogie fait référence aux pratiques de formation des adultes, le terme vient du grec anêr (andros) l'homme adulte et agô, mener, conduire, élever.

Andragogie versus pédagogie	
Pédagogie	Andragogie
Besoin de savoir très limité chez le jeune. Celui-ci est en classe pour apprendre ce que le professeur lui enseigne. Il doit assimiler ce contenu pour réussir et obtenir son diplôme. Il ne fait pas de lien avec la vie extrascolaire.	Besoin de savoir chez l'adulte. Les adultes sont motivés pour une formation s'ils découvrent ce qu'ils peuvent gagner à effectuer cette formation. Le premier travail du formateur est d'aider le stagiaire à prendre conscience de « son besoin d'apprendre ».
En pédagogie, ce qui domine c'est le concept que l'enseignant a de l'apprenant, l'image qu'il s'en fait et ce dernier doit s'y conformer.	Concept de soi chez l'adulte. Les adultes sont caractérisés par le fait qu'ils sont généralement responsables de leurs décisions et de leurs choix de vie. S'ils sont conscients de ce fait, ils exigeront d'être traités comme capables d'autonomie. Ils n'accepteront pas que d'autres leur imposent leur volonté.
L'expérience du jeune importe peu. Seule l'expérience didactique de l'enseignant compte et les matériaux qu'il utilise comme support.	L'expérience de l'adulte. L'expérience est la source première de l'apprentissage chez les adultes. L'éducation des adultes doit tenir compte de ce vécu et prendre appui au maximum sur lui.
La volonté d'apprendre chez les jeunes n'existe que s'ils veulent réussir et progresser.	Volonté d'apprendre chez l'adulte. Ces derniers seront d'autant plus disposés à s'investir dans l'apprentissage que le contenu de l'enseignement laisse entrevoir qu'ils seront mieux armés pour affronter leurs situations de vie.
La formation est organisée autour de points de matière. La progression dans l'apprentissage est donc fonction de la progression dans la compréhension du sujet.	Orientation de l'apprentissage chez l'adulte. Conséquence du point précédent, l'adulte s'investira dans la formation si le contenu de l'apprentissage renvoie à des situations réelles, à des situations qui évoquent les problèmes de la vie.
La motivation est stimulée par des facteurs extérieurs (les notes, l'approbation ou la désapprobation du professeur, les pressions familiales). Ce sont les récompenses (et/ou les sanctions) qui servent de stimulation.	La motivation chez l'adulte. La motivation doit faire appel à des facteurs intérieurs, comme le désir d'accroître son image de soi ou son image de professionnel, ou encore de disposer d'un plus grand pouvoir, d'une plus grande emprise sur sa vie.

Tableau 9 : Tableau de synthèse Andragogie versus pédagogie (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6)

Nous retiendrons que la formation, lorsqu'elle s'adresse à des adultes, est appelée selon les auteurs cités *supra* à tenir compte :

- du besoin de savoir de ce dernier qui aura un effet sur sa motivation : « Les adultes sont motivés pour une formation s'ils découvrent ce qu'ils peuvent gagner à effectuer cette formation. » (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6)
- du respect de son autonomie « Ils n'accepteront pas que d'autres leur imposent leur volonté » (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6) ;
- de la prise en compte de son expérience « L'expérience est la source première de l'apprentissage chez les adultes. » (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6)
- du contenu de l'apprentissage « Ces derniers seront d'autant plus disposés à s'investir dans l'apprentissage que le contenu de l'enseignement laisse entrevoir qu'ils seront mieux armés pour affronter leurs situations de vie » (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6)
- et son orientation en lien avec les situations de travail « l'adulte s'investira dans la formation si le contenu de l'apprentissage renvoie à des situations réelles, à des situations qui évoquent les problèmes de la vie » (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6)

La prise en compte de ces éléments semble participer et favoriser l'apprentissage. Au cours du XXe siècle, le développement de la pédagogie et de l'andragogie a eu pour effet de centrer les préoccupations des formateurs autour de l'apprenant :

> Aussi, on conçoit que dans tout processus d'acquisitions (de connaissances ou d'aptitudes, de compétences, de savoir-faire, savoir-être), le contenu de l'apprentissage doit être pris en compte, certes, mais aussi et surtout l'apprenant, la situation d'apprentissage, les motivations, les relations au savoir, au groupe, au monde, et qu'entrent en ligne de compte une multitude de contextes (relationnel, organisationnel), de variables (leviers, freins) à ne pas négliger (Chiousse, 2001, p. 17).

En effet, la formation a pour objectif la transmission d'un savoir, mais plus particulièrement l'appropriation de ce dernier. La formation est donc intimement liée au concept d'apprentissage comme un processus de transformation. L'apprenant va mettre en œuvre un travail d'appropriation, quant au formateur, lui, il va élaborer des dispositifs de formation favorisant cette appropriation. « Il y a, en effet, de la part de l'apprenant un travail d'appropriation qui se met en place et de la part du formateur, un travail spécifique pour favoriser cette appropriation » (Chiousse, 2001, p. 17).

Le développement de la formation des adultes et en particulier la formation continue soulève différents enjeux pour les concepteurs. D'une part, la recherche de l'efficacité de la formation est de plus en plus exprimée par rapport au développement de l'individu, notamment dans les demandes formulées par les commanditaires : « les entreprises et administrations commanditaires, si elles envisagent le développement de l'individu, formulent essentiellement, elles, leurs demandes en termes de résultat à atteindre et de performances à accomplir » (Chiousse, 2001, p. 9). L'auteur compare la formation des adultes à une religion : « une religion de masse (avec une croyance forte : l'amélioration des conditions de vie - sociale et professionnelle - que peut apporter la formation et un dieu : le savoir qui va décliner en connaissances et compétences particulières) » (Chiousse, 2001, p. 13). La formation est partout, omniprésente dans les organisations dont les établissements de santé.

D'autre part, l'évolution des différents courants de recherche en pédagogie et en andragogie depuis le XXe siècle a ouvert la réflexion à la place accordée aux apprenants par les enseignants, notamment au travers du concept d'apprentissage. Les débuts du XXe siècle ont vu apparaître les courants du pragmatisme (Dewey), du behaviorisme (Watson, Skinner), puis la pédagogie nouvelle au milieu du siècle (gestalthéorie de Piaget, le constructivisme de Vygotsky, Léontiev, Bruner et Bandura). Chiousse précise en évoquant la pédagogie de Dewey que les pratiques des formateurs sont interrogées : Dewey estime qu'en aucun cas « l'enseignement ne doit être conçu comme la simple transmission d'un savoir établi. L'apprenant doit être amené, par l'expérience qu'il acquiert, à s'approprier les connaissances par ses propres moyens et être en mesure d'en évaluer la valeur et la relativité » (Chiousse, 2001, p. 18). Les théories constructivistes et interactionnistes « signalent ainsi que : premièrement, l'apprenant est un sujet actif et deuxièmement, il agit et réagit en fonction de son environnement (formateur, groupe, contexte général de l'apprentissage) » (Chiousse, 2001, p. 21).

En ce qui concerne la formation continue des professionnels de santé en France, elle repose essentiellement sur un dispositif : le développement professionnel continu (DPC). Ce dispositif est apparu dans un contexte d'évolution exponentielle des techniques médicales, mais aussi en regard des évolutions de la société et des attentes de la population dans le champ de la santé (Marin, 2019). Il s'inscrit dans la dynamique de l'approche par compétences, les dispositifs de formation issus du développement professionnel continu s'appuient sur l'association de temps de formation et de temps d'évaluation des pratiques professionnelles. Les enjeux de la création du développement professionnel continu :

> vont bien au-delà de la volonté de garantir l'actualisation des connaissances des professionnels de santé. Il permet à la fois le maintien et le développement des connaissances et compétences des professionnels de santé. Il vise aussi à assurer l'élaboration de références et de pratiques professionnelles partagées au sein des équipes pluriprofessionnelles, permettant de construire un cadre d'exercice commun (Marin, 2019, p. 42).

Notons que le développement professionnel continu accorde une place importante à l'évaluation des pratiques professionnelles. La Haute Autorité de santé assure en collaboration avec l'agence nationale pour le développement professionnel continu (ANDPC) l'évaluation des méthodes de DPC en contrôlant leur qualité scientifique et pédagogique. Le développement professionnel continu ouvre vers un projet de certification des compétences médicales (Marin, 2019). Cette certification périodique sera pour les infirmières dès 2023.

Ainsi, la formation continue des professionnels de santé s'appuie actuellement sur des modalités conformes au dispositif de DPC associant des temps de formation et d'évaluation de pratiques professionnelles. Dans la situation qui nous préoccupe, les dispositifs de formation concernent un public d'adultes. Ce sont deux dispositifs de formation en situation de travail. Il nous semble important de s'interroger sur les points identifiés par Delvaux et Tilman (2012) pour la conception des dispositifs. D'une part, il s'agit de prendre en compte la demande des commanditaires et la recherche d'efficacité des dispositifs de formation sur l'appropriation du savoir par les professionnels de santé. D'autre part, il s'agit d'identifier le besoin en formation des professionnels de santé, respecter leur autonomie, s'appuyer sur leurs expériences, et orienter le contenu de l'apprentissage sur les situations de travail pour améliorer l'appropriation des savoirs. Nous nous sommes appuyés pour guider l'intervention sur la définition suivante : « La formation est l'action de se doter de moyens pour permettre l'acquisition de savoirs par une personne ou un groupe, dans une perspective contractuelle, en lien avec un contexte donné en vue d'atteindre un objectif » (Ardouin, 2017, p. 9). L'ingénierie de formation s'est intéressée alors à la prise en compte des points suivants : le besoin de savoir des adultes dans notre situation, ce qui aura un effet sur la motivation, la prise en compte de leur expérience de nouvel-arrivant ou d'usagers du dispositif, du contenu de l'apprentissage et de son orientation en lien avec les situations de travail.

2.3 Les étapes de l'ingénierie de formation

L'ingénierie de formation s'est peu à peu imposée « comme une nécessité dès lors que la formation est devenue une préoccupation pour les entreprises, dans la mesure où elle est apparue comme un facteur de développement de leur compétitivité » (Ardouin, 2017, p. 13). Cette réflexion souligne la mise en tension de la notion de compétence et de performance comme un véritable enjeu stratégique pour les organisations : « trente années de pratique et d'évolution du secteur ont montré que la formation professionnelle continue et intimement liée au travail, à la conjoncture économique, au marché de l'emploi et à son évolution » (Parmentier, 2012, p. 1). Le Boterf (2011) définit l'ingénierie de formation comme « l'ensemble coordonné des activités de conception d'un dispositif de formation (cursus ou cycle de formation, centre de formation, plan de formation, centres de ressources éducatives, session ou stage…) en vue d'optimiser l'investissement qu'il constitue et d'assurer les conditions de sa viabilité » (Le Boterf, 2011, p. 385). Dès l'apparition de ce terme dans les années 1970, l'auteur souligne :

> qu'il s'agissait de concevoir et de mettre en place des systèmes de formation professionnelle dont les missions étaient de former dans un délai rapide des cadres moyens, des techniciens supérieurs et des ingénieurs. Ces dispositifs devaient être performants et efficients, très fortement finalisés sur des objectifs professionnels, il leur était demandé de fonctionner avec le meilleur rapport coût/efficacité (Le Boterf, 2011, p. 384).

Petit à petit, le terme d'ingénierie de formation s'est différencié, en tenant compte des objets sur lesquels s'appliquent l'ingénierie (dispositifs de formation/ingénierie pédagogique) et l'amplitude (macro ou micro). À la fin des années 1980, l'ingénierie de formation a vu sa place relativisée par rapport à une approche plus large de l'ingénierie de développement des compétences, ce que Le Boterf nomme l'ingénierie de contexte. « La formation ne pourra être efficace que si elle est articulée avec l'organisation du travail » (Ardouin, 2017, p. 14), c'est la professionnalisation des acteurs qui est visée. Pour Ardouin :

> l'ingénierie de formation consiste à faire l'analyse complète du travail et à monter un projet de formation adapté, pour aider l'entreprise et toute organisation (ONG, collectivité, association, territoire), à évoluer et à devenir plus performante, mais aussi pour que l'individu puisse progresser à l'intérieur de son projet (Ardouin, 2017, p. 14).

Ainsi, l'auteur va proposer une dynamique de l'ingénierie de formation autour de deux axes : apprentissage/production, individu/collectif qu'il représente dans le schéma ci-dessous.

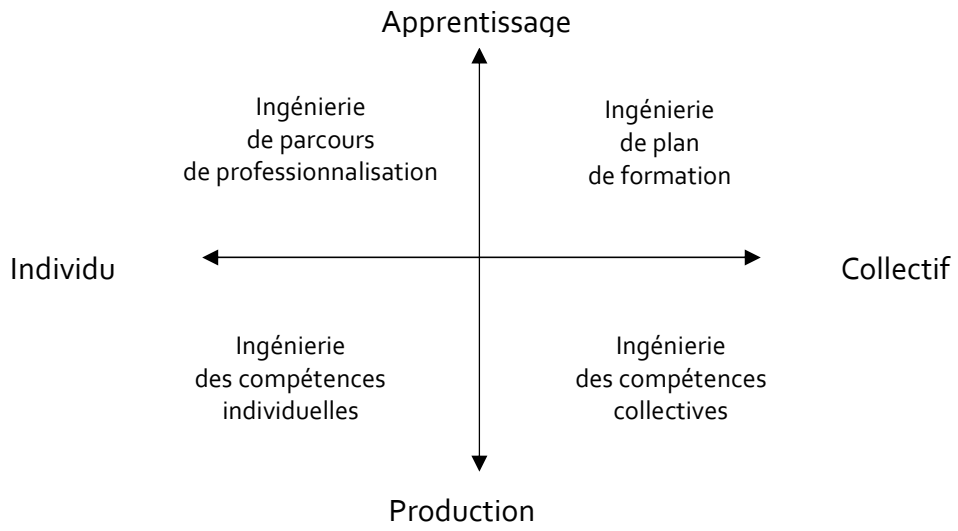


Figure 11 : Dynamique de l'ingénierie de formation (Ardouin, 2017, p. 17)

Dans l'ingénierie de formation, Ardouin décrit trois niveaux : l'ingénierie des politiques, l'ingénierie des systèmes de formation, l'ingénierie pédagogique. Les deux groupes de travail sont plus particulièrement dans ce dernier niveau : « Nous retrouvons ici ce qui caractérise le travail pédagogique : le choix des supports, des contenus, des formateurs ou des intervenants, le choix des logiques de transmission et des méthodes d'apprentissage » (Ardouin, 2017, p. 23). Pour répondre à la commande de la CoMéDiMS, les deux groupes de travail se placent entre des actions d'ingénierie de formation (analyse des besoins, montage des dispositifs, planification, gestion logistique, partenaires, évaluation de la formation) et des actions d'ingénierie pédagogique (identification des prérequis, stagiaires, évaluation des acquis, préparation des contenus et des supports) (Ardouin, 2017).

La contractualisation de la R-I a mis en relation différents acteurs, leurs objectifs et attentes, « dans ce système d'acteurs, chacun a ses objectifs et ses attentes, dictées tant par l'institution, la place dans l'organisation que par ses propres priorités » (Ardouin, 2017, p. 27). Nous pouvons nous interroger sur les attentes, les objectifs et les priorités pour les différents acteurs au sein des groupes de travail que nous accompagnons, mais également dans l'espace plus large du tiers-espace socio-scientifique de la R-I (qui réunit le CoPil et les groupes de travail) : quelles sont les attentes des acteurs en termes de formation ? Leurs objectifs ? Leurs priorités ?

Ardouin (2017) va alors distinguer quatre grandes phases dans l'ingénierie de formation, que l'ingénieur va coordonner et piloter : analyser, concevoir, réaliser, évaluer. Parmentier (2012) : décrira ces étapes à l'identique. Elles sont représentées et déclinées en sous-étapes décrivant ainsi le plan de formation dans le schéma ci-dessous.

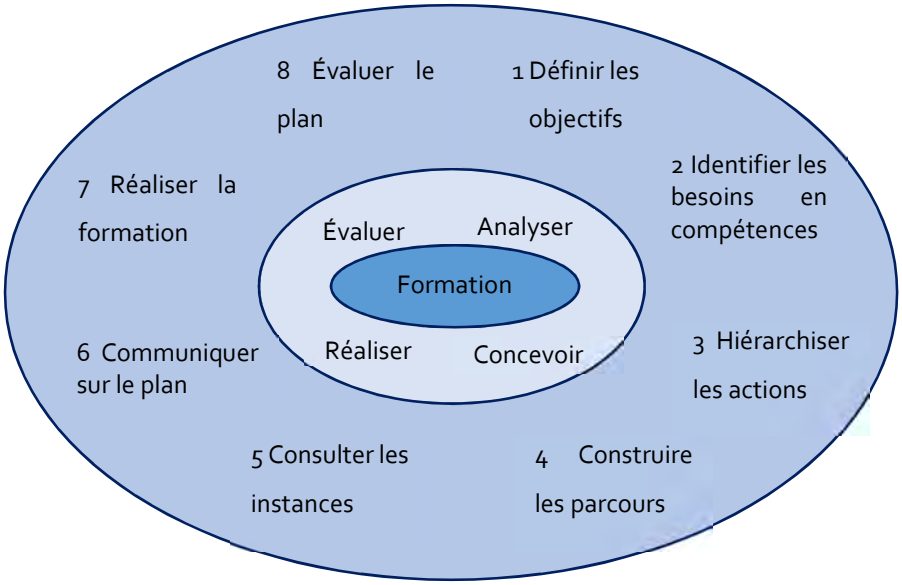


Figure 12 : Différentes phases du plan de formation (Ardouin, 2017, p. 172)

L'ingénierie de formation aboutit au plan de formation, « L'ingénierie de formation permettra de définir l'itinéraire pédagogique : aussi appelé scénario, conducteur, macro, etc. ; il s'agit de la description du parcours pédagogique que va réaliser chaque apprenant au cours de l'action de formation » (Parmentier, 2012, p. 7). Nous notons que « Les frontières entre l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique ne sont pas toujours bien délimitées. Elles sont parfois ténues et poreuses » (Parmentier, 2012, p. 7).

	Ingénierie de formation	Ingénierie pédagogique
Les objectifs	Objectifs de formation : Buts généraux assignés à une action de formation	Objectifs pédagogiques : quantifiables et mesurables
Livrable	Plan de formation	Scénario pédagogique et progressions
Première segmentation	Dispositifs de formation : caractère légal, par exemple, plan, DIF, CIF, période de professionnalisation	Dispositif pédagogique : Assemblage de modules pédagogiques en vue d'acquérir des compétences
Seconde segmentation	Action de formation (assez proche du dispositif pédagogique)	Module pédagogique
Sous-section	Cahier des charges	Séquence
Évaluation	Évaluation de la formation	Évaluation pédagogique
Responsable	Responsable de formation	Formateur
Promoteur	DRH et directions opérationnelles	Responsable de formation
Négociée et mise en œuvre	Avec le CE et les IRP	Directement avec les participants

Tableau 10 : Caractéristiques de l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique (Parmentier, 2012)

Dans la situation que nous accompagnons, les groupes de travail pluridisciplinaires mettent en œuvre une situation d'ingénierie de formation. Ils s'intéressent à l'analyse du mandat des commanditaires (analyse de l'environnement, du contexte de l'émergence de la formation) puis ils mettront en œuvre une phase de conception du dispositif (définition du parcours, des outils, des scénarios). Enfin, ils aborderont la phase de réalisation par la consultation des instances et une phase de test des dispositifs co-construits pour terminer par l'élaboration des outils nécessaires à la phase d'évaluation.

2.3.1 Analyser ou identifier l'intention du dispositif

Pour l'ensemble des auteurs que nous avons convoqués, la phase d'analyse est primordiale pour construire un dispositif de formation et elle garantit la réussite de la démarche. Il s'agit « de l'analyse de la demande et de son contexte. C'est une compréhension fine de l'environnement, du cadre socioprofessionnel dans lequel on se situe et des enjeux et objectifs des commanditaires » (Ardouin, 2017, p. 37). Enlart et Mornata, ajoutent :

> en effet comment a-t-on pu imaginer que l'on puisse concevoir des formations - en particulier pour les entreprises - sans se demander qu'elles étaient les attentes, les besoins, le contexte et sans se soucier de la manière dont on pourra évaluer les résultats de l'action ? (Enlart & Mornata, 2006, p. 27.)

Pour les auteurs, l'analyse des besoins est une phase préparatoire à la conception du dispositif (Enlart & Mornata, 2006). En décrivant un exemple d'analyse d'un dispositif de formation qui vise le développement de compétences, elles soulignent que plusieurs éléments sont analysés : l'environnement, le lieu, les dispositifs en place, les acteurs, les formateurs. Parmentier (2012) distingue l'analyse des besoins faisant référence aux salariés qui est centrée sur l'analyse des compétences et la définition de la stratégie de formation qui découle de l'analyse construite par le management. La première étape que nous avons accompagnée au travers de l'analyse s'est centrée sur la formalisation de la demande des commanditaires par une analyse systémique, c'est-à-dire qu'elle a porté sur les besoins de l'organisation et ceux des apprenants, mais également elle a pris en compte le contexte et l'environnement dans lesquels seront mis en œuvre les dispositifs. Il s'agissait « de comprendre l'organisation, son fonctionnement, les acteurs et leurs enjeux, les objectifs déclinés, voire les objectifs sous-jacents ou cachés » (Ardouin, 2017, p. 38).

Nous proposons de décrire cette étape dans le schéma ci-dessous :

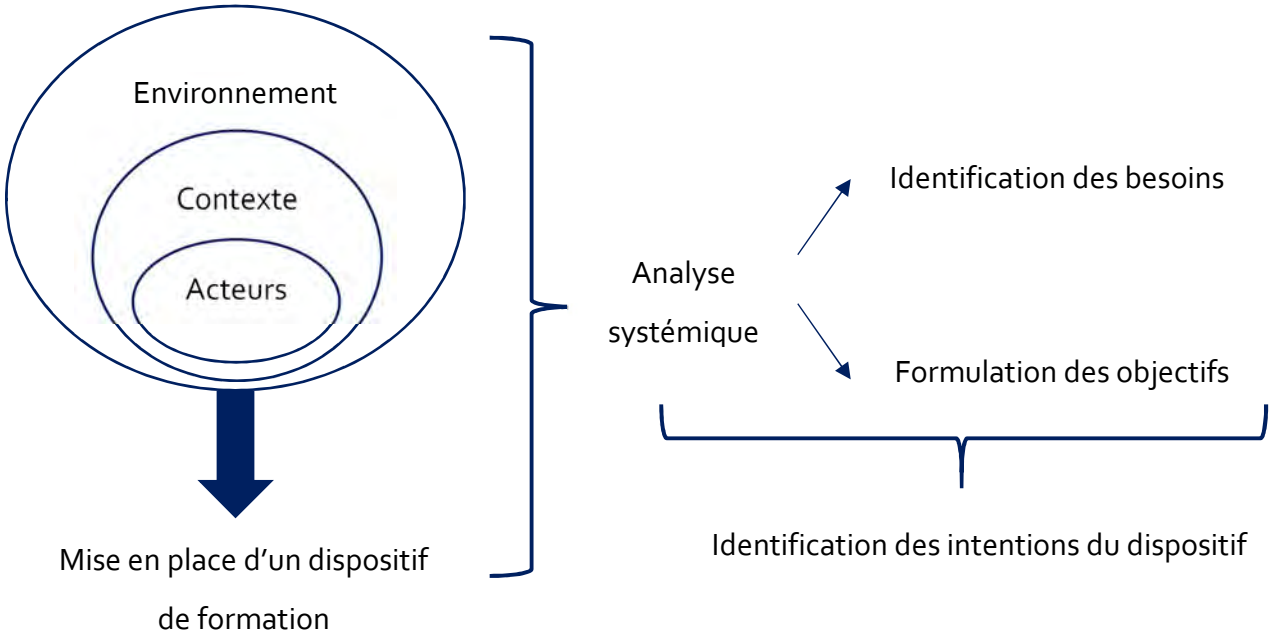


Figure 13 : Proposition de schématisation de la phase d'analyse des besoins (Hédacq, 2023)

Les relations entre l'environnement, le contexte et les acteurs amènent à un projet concernant la mise en place d'un dispositif de formation. L'analyse systémique réalisée par les concepteurs permet l'identification des besoins et la formulation des objectifs : ce qui correspond à l'identification de l'intention du dispositif.

2.3.2 Concevoir ou penser les expériences dispositives

Concevoir correspond à « imaginer des dispositifs innovants, créer des actions spécifiques et adaptées à l'environnement étudié précédemment » (Ardouin, 2017, p. 39). Pour Enlart et Mornata, la conception représente la phase de fabrication des dispositifs et des séquences soulignant « qu'une partie de l'efficacité de la formation réside dans la façon dont elle a été conçue » (Enlart & Mornata, 2006, p. 6). C'est au travers de la « conception du dispositif pédagogique que se fait le lien entre les objectifs de formation, terminant la phase précédente et les objectifs d'apprentissage, débutant la phase suivante » (Enlart & Mornata, 2006, p. 10). Elles représentent cette phase comme suit :

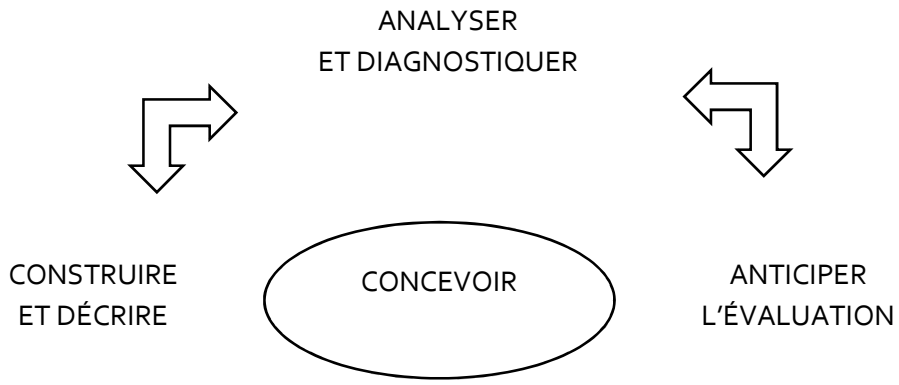


Figure 14 : La conception des dispositifs de formation (Enlart & Mornata, 2006, p. 25)

Elles proposent la définition suivante de la conception : elle « a pour objet, dans le cadre d'une commande institutionnelle, de concevoir des dispositifs et des séquences pédagogiques qui soient les plus pertinents possibles pour l'apprenant en référence au contexte organisationnel et professionnel qui est le sien » (Enlart & Mornata, 2006, p. 27). Cette phase met donc en relation le contexte, le contenu et les apprenants. Les auteurs argumentent qu'en fonction du poids de l'un ou l'autre des éléments, cela révèle un degré de criticité attribué par les concepteurs et l'ancrage de la démarche de conception portera sur ce point. Dans la situation qui nous préoccupe, l'ancrage s'est porté sur les apprenants. La priorité pour répondre à la demande des commanditaires a été de travailler sur l'appropriation du savoir par les apprenants. Ardouin (2017), souligne que la phase de conception aboutit à l'élaboration du cahier des charges qui comprend une description précise du projet de formation : objectifs, acteurs, organisation, calendrier, moyens, résultats, évaluation. Elle aboutira à la contractualisation du projet (Ardouin, 2017).

2.3.3 Réaliser

Cette phase correspond à la mise en œuvre de la formation. Le responsable de l'ingénierie de formation dans cette étape va être dans le pilotage de la formation. Il va réaliser trois grandes activités : l'animation, le pilotage, la communication. Cette phase dans la recherche que nous avons menée a été largement impactée par la crise sanitaire du COVID 19, ce qui ne nous a pas permis de mettre en place les différentes phases de tests que nous souhaitions réaliser initialement. Elles ont été décalées sur l'année 2022/2023. Nous avions imaginé que cette phase serait mise en place par les acteurs des groupes de travail, avec un accompagnement par la doctorante sur les premières phases de tests (construction de séquences pédagogiques, construction des dispositifs instrumentaux…), nous avons dû adapter cette possibilité.

2.3.4 Évaluer les effets du dispositif

Différentes formes d'évaluation peuvent être présentes au sein d'un dispositif de formation, elle peut également avoir différentes fonctions en fonction des objectifs de l'évaluateur. De Ketele (2010a) décrit différentes démarches d'évaluations et différentes fonctions, synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Fonctions→ **Démarches ↓**	**Orientation** *Préparer une nouvelle action*	**Régulation** *Améliorer une action en cours*	**Certification** *Certifier le résultat d'une action*
Sommative *Mettre une note*	Ex. 1 : Attribuer une note à un test de prérequis langagiers Ex. 2 : Orienter un étudiant sur la base d'un dossier de notes scolaires (comme au terme du collège)	Ex. 1 : Attribuer une note à une interrogation en cours d'apprentissage sur les règles d'accord Ex. 2 : Noter sur 10 points un « quizz test » de 10 questions de compréhension sur un texte en cours d'analyse	Ex. 1 : Attribuer une note à une composition française Ex. 2 : Noter en fin d'année un test composite (analyse, conjugaison…)
Descriptive *Identifier et décrire*	Ex.1 : Identifier parmi 10 prérequis de la lecture, ceux qui sont déjà maîtrisés par un élève du préscolaire Ex. 2 : Identifier dans les questions d'examen de français de l'an dernier les questions qui posent problème	Ex.1 : Repérer dans la classe les élèves qui n'ont pas réussi un exercice individuel de conjugaison pour organiser un tutorat Ex. 2 : Organiser un test diagnostique sur un apprentissage important (voir technique présentée dans le texte)	Ex. 1 : Remplir un bulletin descriptif (cocher dans une liste d'objectifs du cours de français ceux qui sont atteints de façon stable) Ex. 2 : Rédiger un certificat mentionnant et décrivant les compétences langagières acquises
Herméneutique *Donner sens*	Ex. 1 : Orienter un étudiant vers une filière littéraire sur la base de nombreux indices (résultats scolaires, observations, entretien) Ex. 2 : Analyser finement en début d'année une première dictée et un premier texte libre des nouveaux élèves en vue de préparer les premières séquences	Ex. 1 : Observer et analyser les productions des élèves pendant une séquence de travail individuel en classe Ex. 2 : Analyser les résultats d'un test diagnostique à la lumière d'une analyse de la façon dont les séquences d'apprentissage antérieures ont été réalisées	Ex. 1 : Préparer une réunion de parents sur la base d'un portfolio des productions significatives de ses élèves Ex.2 : Certifier le passage de classe, non seulement sur la base des notes obtenues en fin d'année, mais en tenant compte d'autres indices pertinents

Tableau 11 : Croisement fonction et démarches de l'évaluation (De Ketele, 2010a, p. 30)

L'auteur présente ainsi des démarches de l'évaluation et des fonctions de l'évaluation. Il souligne « On peut distinguer au moins trois fonctions principales de l'évaluation : évaluer pour orienter une nouvelle action à entreprendre ; évaluer pour améliorer une action en cours ; évaluer pour certifier socialement une action considérée comme terminée » (De Ketele, 2010a, p. 26). Ainsi, il décrit l'évaluation certificative comme l'action qui sert à « certifier socialement » en prenant pour exemple l'école : « Au terme de…, nous certifions que l'élève X a réussi ou échoué ou atteint tel degré de performance et qu'il a donc les acquis suffisants en … pour… » (De Ketele, 2010a, p. 26). L'évaluation d'orientation sert à préparer une nouvelle action. L'évaluation de régulation « est un processus qui doit permettre de prendre des décisions pour améliorer l'action (c'est-à-dire ici l'apprentissage) en cours (la séquence d'apprentissage concernée n'est pas terminée) » (De Ketele, 2010a, p. 26). En ce qui concerne les démarches, trois peuvent également être décrites. La démarche sommative consiste à sommer (au sens algébrique du terme), c'est-à-dire additionner des éléments (j'additionne des points censés

représenter des niveaux de performance) ou soustraire des éléments (je soustrais des points d'un maximum en fonction des erreurs), en tenant compte, consciemment ou inconsciemment, des pondérations accordées aux éléments (De Ketele, 2010a, p. 28). La démarche descriptive consiste à identifier et décrire les éléments ou les caractéristiques de l'objet à évaluer. La démarche herméneutique, quant à elle, obéit à quatre caractéristiques essentielles : le recueil d'un ensemble d'indices de nature diverse (indices quantitatifs ou/et qualitatifs, de sources variées) ; une tentative pour organiser les indices en un ensemble cohérent qui donne sens ; un processus de validation d'une hypothèse parmi plusieurs hypothèses alternatives ; la démarche globale sous forme d'un raisonnement (de nombreux professionnels parlent de « raisonnement clinique ») (De Ketele, 2010a, p. 28).

Nous retiendrons que les quatre étapes de l'ingénierie de formation : analyser les besoins, concevoir les dispositifs, réaliser et évaluer seront réalisées par les deux groupes de travail. Nous accompagnerons les acteurs dans ce travail d'ingénierie de formation en proposant tout le long de la démarche des savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation pour guider les acteurs dans l'ingénierie de formation.

3) Référentialisation et ingénierie de formation : opérationnalisation de l'enquête évaluative

Les deux premières parties de ce chapitre ont permis d'identifier les liens entre les différentes dimensions qui caractérisent les dispositifs de formation. Nous avons décrit en particulier le processus fondamental et le processus opérationnel par rapport aux étapes à mettre en œuvre pour l'ingénierie de formation. Le processus opérationnel est composé des étapes de l'ingénierie de formation décrites par Ardouin (2017) et Parmentier (2012). Nous avons choisi et proposé aux groupes de travail pour co-élaborer les dispositifs de formation de nous appuyer sur la démarche de référentialisation telle qu'elle a été conceptualisée par Figari, Remaud et Tourmen en 2014. Cette démarche est décrite par les auteurs comme une enquête évaluative. La notion d'enquête faisant référence aux travaux de Dewey (1938). Plus particulièrement nous retiendrons que la référentialisation est une démarche qui :

> considère précisément que les mesures politiques et les mesures d'actions sociales […] doivent être traitées comme des hypothèses. Ce qui est une condition nécessaire pour qu'elles soient effectivement soumises à l'évaluation, c'est-à-dire à l'observation des conséquences qu'elles produisent quand on agit sur elles (Figari et al., 2014, p. 10).

Dans la recherche que nous avons menée, la démarche de référentialisation a été opérationnalisée afin que les acteurs des groupes de travail mènent une action d'enquête évaluative sur les dispositifs de formation. Notre choix de mettre en œuvre cette démarche pour co-élaborer des dispositifs de formation repose sur ses deux axes forts que nous décrivons ci-dessous.

3.1 Les deux axes forts de la démarche de référentialisation

La démarche de référentialisation repose sur deux principes : l'enquête au sens de Dewey (1938) qui est dans cette situation « évaluative » et un principe participatif, démocratique (Mayen, 2014). « L'enquête évaluative permet une transformation et une reconstruction du matériel qu'elle traite » (Mayen, 2014, p. 11), ici l'objectif visé par les groupes de travail concerne la construction des dispositifs de formation par cette démarche d'enquête évaluative. Le principe participatif de la référentialisation lui donne ce que les auteurs nomment un caractère « démocratique ». Nous retiendrons que :

> La référentialisation consiste fondamentalement à aider les acteurs concernés par une mesure politique, une action, un dispositif, à être partie prenante de l'enquête évaluative et à tirer, pour eux-mêmes et leurs actions à venir, les conséquences de ce qu'ils auront compris par la participation à l'enquête. Il y a aussi là quelque chose de démocratique dans la référentialisation (Mayen, 2014, p. 11).

3.1.1 L'enquête évaluative

La démarche de référentialisation nous précise les auteurs, peut s'appliquer à différents objets : des dispositifs éducatifs, des politiques, des projets, des programmes, des outils pédagogiques, des compétences (Figari et al., 2014). Dans notre situation, l'objet de l'évaluation concerne les dispositifs de formation. L'évaluation est identifiée « comme une pratique de pensée s'inscrivant dans une recherche de sens des situations particulières » (Figari et al., 2014, p. 16). Pour les auteurs, cette conception de l'évaluation se rapproche de la définition que Dewey (1938) donne à l'enquête. Elle s'intéresse à toutes « les situations de la vie dans lesquelles l'individu est amené à adopter une conduite réflexive et à élaborer de nouvelles connaissances[116] à cette occasion » (Thievenaz, 2019a, p. 20). Pour Dewey, « l'enquête est la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié » (Dewey, cité par Thievenaz, 2019a, p. 20). Ainsi, la « démarche d'enquête désigne une activité d'investigation et d'exploration du réel permettant au sujet de sortir du doute et de la confusion pour parvenir à rétablir un équilibre dans la situation et à retrouver de la continuité dans l'expérience » (Thievenaz, 2019a, p. 20).

Ce qui amène Gros (2011) à décrire un schème de l'enquête comme un processus avec différentes phases. Nous retiendrons cinq phases :

- L'antécédent de l'enquête : la situation indéterminée. L'auteur souligne que « le propre d'une situation indéterminée est d'être incertaine, instable et troublée » (Gros, 2011, p. 4). Dans la situation que nous étudions, l'antécédent de l'enquête peut correspondre

[116] Dans cette situation le terme connaissance fait référence à l'individu, dans notre situation l'enquête est collective, les énoncés qui y seront produits seront validés socialement et prendrons alors le statut de savoirs.

au constat des commanditaires : « *Malgré la mise en place de divers dispositifs de formation et/ou de diffusion du savoir, des écarts de pratiques évitables (les événements indésirables médicamenteux, les résultats des évaluations des pratiques professionnelles en interne ou en externe…) persistent* ». Ce constat a été confié aux deux groupes de travail ;

- L'institution d'un problème : Pour l'auteur, cette phase consiste en « une première sélection des données : le repérage des éléments constitutifs et stables de la situation originelle », […] ces observations constituent les éléments du problème » (Gros, 2011, p. 4). Dans la situation d'ingénierie de formation que nous avons accompagnée, cette phase correspond à l'analyse de la demande des commanditaires par le recueil des données sur les événements indésirables et les résultats des évaluations fournis par la CoMéDiMS amenant à l'identification d'une interrogation : *quel dispositif de formation pourrait être efficace sur les pratiques professionnelles des professionnels de santé ?*
- La détermination de la solution du problème « l'observation des faits et la suggestion d'idées se développent en corrélation dans le processus d'enquête » (Gros, 2011, p. 5). Dans cette phase, nous pouvons identifier la formulation d'hypothèses « qui anticipent les possibilités conséquentes : une hypothèse est une idée qui, si elle est vraie, permet la résolution du problème ; c'est une idée qui trouve sa valeur fonctionnelle dans son efficacité pratique » (Gros, 2011, p. 5). Une des hypothèses que les groupes de travail expérimentent pourrait être exprimée comme suit : « *des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir co-construits par un groupe pluridisciplinaire sont plus efficaces sur la transformation des pratiques des professionnels* » ;
- Le raisonnement : « c'est l'ensemble des opérations qui consistent à faire l'examen des hypothèses suggérées et de leurs implications possibles » (Gros, 2011, p. 5). Elles sont alors comparées et classées par valeur. Les acteurs peuvent ainsi déterminer le choix le plus opérationnel. Les groupes de travail vont pouvoir en testant définir les besoins en formation, les objectifs, construire un dispositif en envisageant les intentions, les expériences et les effets, etc. ;
- L'expérimentation : « jusque-là, les éléments mis en place restent provisoires, dans le sens où leur caractère opérationnel n'est qu'hypothétique, non prouvé dans les faits » (Gros, 2011, p. 5). Dans cette phase, les acteurs testent concrètement une hypothèse par rapport aux faits observés et sélectionnés. Dans la situation que nous avons accompagnée, les acteurs vont tester les dispositifs et réaliser une action de régulation en fonction des résultats.

L'enquête s'arrête au moment où la situation originelle est unifiée par la mise en place des opérations qui modifient réellement les conditions existantes.

Nous retiendrons que l'enquête au sens de Dewey (1938) est une source de production de connaissances pour l'individu, qui a pour objectif de rétablir la continuité dans le cours de l'activité qui aurait été interrompu par l'identification d'un problème. La CoMéDiMS est confrontée à une situation indéterminée « *les dispositifs de formation qu'elle conçoit ne sont pas aussi efficaces que ce qu'ils pourraient être* ». Elle a confié à deux groupes de travail pluridisciplinaires une mission d'ingénierie de formation. Nous avons proposé à ces derniers de mener une enquête évaluative. Pour cela, ils vont instituer le problème par l'analyse du contexte de la demande. Puis, ils chercheront à déterminer la solution du problème en émettant une hypothèse, raisonner et enfin expérimenter une ou plusieurs hypothèses. Nous pensons que le processus de l'enquête évaluative amènera les groupes de travail à produire des savoirs. Au sein des temps de rencontre, les acteurs sont amenés à énoncer leurs connaissances afin de participer à la co-élaboration des savoirs contextualisés sur la situation indéterminée du départ. Nous nous appuyons sur cette enquête évaluative collective comme une démarche d'élaboration des savoirs contextualisés au sein du tiers-espace socio-scientifique.

3.1.2 La dimension participative

Nous nous intéressons dans ce sous-chapitre aux effets de l'enquête sur les individus en lien avec le principe participatif de la démarche de référentialisation. Ce principe semble rejoindre également la conceptualisation de la démocratie de Dewey (Dewey & Zask, 2018). Il s'agit de pouvoir participer à l'enquête (ici, évaluative), quel que soit son statut dans l'organisation. Il s'agit tout d'abord de pouvoir « prendre part » activement aux décisions :

> le membre d'un groupe n'est pleinement intégré que si, tout en subissant, pour le meilleur et le pire, les conséquences des activités du groupe en question, il jouit du pouvoir de contribuer au processus de prise de décision concernant la conduite future du groupe dont il fait partie (Dewey & Zask, 2018, p. 31).

Ensuite, il s'agit de « faire l'expérience de ». Dewey souligne l'importance de l'expérience dans le processus d'élaboration des connaissances[117] : « À l'inverse, l'expérience véritable désigne cette phase durant laquelle une connaissance est constituée par un sujet qui s'engage dans un processus cognitif sans rapport avec la représentation, la contemplation ou la reconnaissance d'une idée prétendument déjà là » (Dewey & Zask, 2018, p. 35). Dewey rajoute que la participation (coopération) est présente dans n'importe quels groupes sociaux « n'importe quel groupe social même dans une bande de voleurs, nous trouvons un intérêt partagé par tous les membres et nous constatons un certain degré d'interaction et de coopération avec les autres groupes » (Dewey & Zask, 2018, p. 165). Il rajoute donc que dans la notion de participation

[117] Nous gardons ici le terme connaissances que Dewey exprime. La connaissance étant liée à l'expérience d'une situation pour un individu. Dans la situation que nous accompagnons, l'enquête se déroulant dans des groupes de travail nous accompagnons les acteurs dans la verbalisation de leurs connaissances. Elles sont ensuite socialement valorisées et peuvent prendre alors le statut de savoirs. Ces éléments seront développés dans le chapitre 5.

démocratique, l'absence de hiérarchisation en fonction du statut ou du rôle des acteurs est une condition incontournable :

> Pour posséder un grand nombre de valeurs en commun, tous les membres du groupe doivent avoir une chance égale de prendre et de recevoir, de partager des entreprises et des expériences très diverses. Autrement, les influences qui feront de certains des maîtres réduiront les autres au rang d'esclaves. Et l'expérience de chaque partie perd en signification quand le libre-échange des modes divers d'expérience vitale s'arrête (Dewey & Zask, 2018, p. 166).

De plus, il considère que cette diversité est une ressource favorisant ce qu'il appelle une émulation intellectuelle. Le partage d'une expérience dans un groupe hétérogène va permettre de diminuer un certain enfermement dans des comportements de défense, ce qu'en management, est parfois évoqué comme une forme de résistance au changement :

> Quand il y a des séparations rigides entre les classes qui empêchent le libre-échange des expériences - plus l'action tend à devenir routinière de la part de la classe désavantagée, et capricieuse, stérile et provocatrice de la part de la classe qui a la position matériellement la plus fortunée (Dewey & Zask, 2018, p. 167).

Dewey souligne ainsi le rôle de la science sur cette prise de conscience : « La science devrait surtout contribuer à faire découvrir les relations existantes entre l'homme et son travail – y compris les relations avec les autres hommes qui y participent – qui mobiliseront intelligemment son intérêt pour bien faire ce qu'il fait » (Dewey & Zask, 2018, p. 168). Par la mise en œuvre d'une démarche de R-I qui s'appuie sur la démarche de référentialisation, nous avons accompagné une démarche d'enquête de type évaluative visant l'objectif de faire découvrir aux différents acteurs les relations qu'ils entretiennent avec le travail et les relations qu'ils entretiennent entre eux autour de l'objet du savoir. Il s'agit pour l'ensemble des acteurs engagés dans la démarche d'ingénierie de formation de produire des savoirs contextualisés sur les dispositifs de formation. Ainsi, nous retiendrons de l'enquête qu'elle :

> S'inscrit dans l'ambition de contribuer à une réforme des manières classiques d'aborder le statut de la connaissance (ou des connaissances), mais aussi de la façon dont celles-ci se construisent. Elle concrétise une pensée tournée, vers le monde de l'agir selon laquelle il convient de s'interroger sur les conséquences des savoirs plutôt que sur leur essence (Thievenaz, 2019b, p. 144).

Proposer la démarche de référentialisation aux deux groupes de travail contribue selon nous à rapprocher les deux sphères : celle de la Recherche et celle de l'Intervention autrement dit à contribuer au rapprochement science et action. La référentialisation devient un opérateur de co-élaboration des savoirs contextualisés rapprochant la visée heuristique et la visée praxéologique de la R-I.

3.2 Opérationnalisation de la démarche de référentialisation dans une perspective de conception des dispositifs

Dans ce sous-chapitre, nous allons exposer la manière dont nous avons opérationnalisé la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) pour accompagner l'ingénierie de formation. Nous nous sommes appuyés sur la démarche décrite par Figari et Tourmen (2006) dans le cadre d'une évaluation de programme-dispositif et sa description dans l'ouvrage de Figari, Remaud et Tourmen (2014).

3.2.1 Conceptualisation de l'évaluation

La première phase décrite concerne « la conceptualisation par l'évaluateur du processus d'évaluation envisagé face à un objet, conceptualisation intégrée à la méthodologie elle-même et qu'elle va éclairer et justifier » (Figari et al., 2014, p. 72). L'évaluation, selon la définition à laquelle nous nous référons dans cette situation, peut se définir comme « l'acte par lequel on formule un jugement de valeur portant sur un objet déterminé (individu, dispositif) par le moyen d'une mise en relation entre deux types de données que certains auteurs appellent référé (données sur le sujet ou la situation à évaluer) et référent (données de l'ordre de la norme, de l'objectif, de l'idéal) » (Hadji, 1992 cité par Figari et al., 2014, p. 42). La conceptualisation représente le regard que va porter l'évaluateur (ici, les acteurs des groupes de travail) sur la situation (les dimensions des dispositifs à construire).

Pour Rodrigues (2006), trois paradigmes[118] de l'évaluation peuvent être identifiés :

- Paradigme objectiviste : ce paradigme a largement dominé sur la première moitié du XXe siècle, il s'appuie sur le fait que l'activité d'évaluer « serait un processus objectif qui permettrait de mesurer la performance, en recueillant des informations à l'usage exclusif du sujet évaluateur (à savoir l'enseignant, l'école ou l'État) » (Rodrigues & Machado, 2012, p. 148) ;
- Paradigme subjectiviste : souligne « la complexité des situations à évaluer parce que construites par des acteurs […]la compréhension des résultats requiert la connaissance des intentions des acteurs et de la manière dont ils interprètent les situations » (Rodrigues cité par Figari et al., 2014, p. 42) ;
- Paradigme interactif : « dans cette perspective, les acteurs de l'évaluation, selon Rodrigues, ne sont pas exclusivement envisagés comme des objets déterminés (approche objectiviste) ni comme des sujets déterminants (approche subjectiviste), mais comme des partenaires en co-évaluation (Rodrigues cité par Figari et al., 2014, p. 42).

Les acteurs des groupes de travail et du CoPil, les commanditaires et les chercheurs participent à la référentialisation des dispositifs de formation, le paradigme mobilisé se rapproche du

[118] Le paradigme est défini au sens de Kuhn (1962) comme un modèle cohérent de représentation du monde et d'interprétation de la réalité largement accepté dans un domaine particulier.

paradigme interactif. Cardinet (1990) « appelle cette évaluation une évaluation négociée : une confrontation des analyses externes et internes en vue de rechercher la signification la plus complète des résultats d'un apprentissage ou d'une formation » (Cardinet cité par Figari et al., 2014, p. 42). L'ensemble des acteurs pourront en s'appuyant sur les référentiels co-élaborés par les groupes de travail, prendre la décision (ou pas) de mettre en place les dispositifs co-construits et évaluer leurs efficacités sur le terrain.

3.2.2 Modélisation

La deuxième phase décrite par Figari, Remaud et Tourmen (2014) concerne la modélisation de l'évaluation envisagée. « L'évaluation consiste à comparer différentes données décrivant des dimensions jugées représentatives de l'objet et que l'évaluateur va isoler et observer » (Figari et al., 2014, p. 73). Trois dimensions[119] ont été dégagées pour la première phase d'enquête évaluative :

- Le contexte de l'action à évaluer : ce qui relève des déterminants ;
- La stratégie des acteurs concernés : objectifs et processus d'élaboration et de réalisation des dispositifs ;
- Les productions : les résultats.

Le schéma suivant symbolise le jeu de relations entre les trois dimensions :

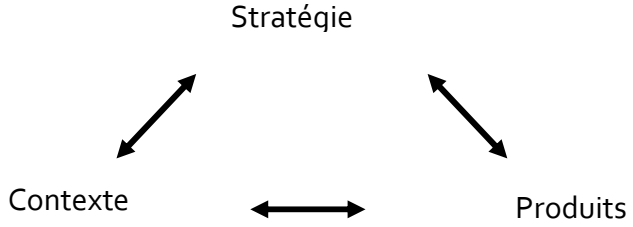


Figure 15 : Première formulation du modèle d'évaluation (Figari et al., 2014, p. 73)

Pour les auteurs, l'hypothèse de travail qui explique ce schéma consiste à poser le contexte comme un élément pouvant expliquer les stratégies et à suggérer que les stratégies orientent les types de productions qui s'ensuivront et que ces mêmes productions sont censées provoquer des effets sur le contexte préexistant. Cette modélisation repère les relations entre les trois dimensions I, C, P (Induit = contexte ; Construit = stratégies ; Produits = productions), comme synthétisées dans le schéma ci-dessous (figure 16). Ainsi, le contexte (c'est-à-dire l'environnement, la population, la situation) est lié à la stratégie (dispositifs). Les choix réalisés pour élaborer le dispositif (projets, dispositifs, méthodes) vont avoir des effets sur les produits

[119] Le terme dimension ici, représente l'aspect significatif de quelque chose, quels sont les différents aspects d'un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants du CHU ou quelles sont les dimensions significatives de la procédure rangement des armoires à pharmacie.

(performances, compétences, pratiques). L'évaluation interne de type régulation va permettre au groupe de travail de distinguer :

- Entre I et C : une régulation d'ingénierie consistant à réadapter les moyens, les supports et autres ressources aux premiers diagnostics opérés ;
- Entre C et P : une régulation pédagogique consistant à reconsidérer les méthodes d'intervention en fonction des réactions, difficultés ou autres phénomènes décelés en cours de fonctionnement ;
- Entre P et I : une régulation de feed-back à partir de la confrontation entre la situation ayant fait l'objet de l'évaluation et la situation initiale (Figari et al., 2014).

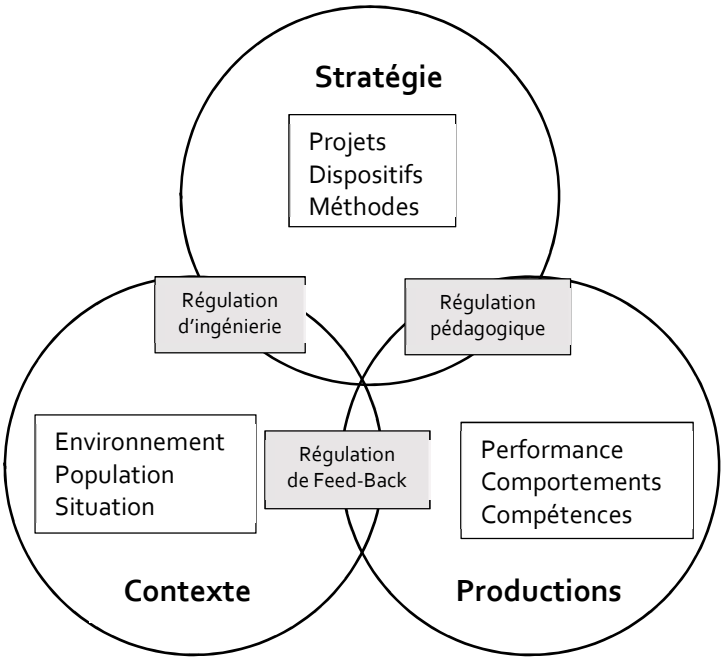


Figure 16 : Modélisation de l'évaluation (Figari et al., 2014, p. 76)

Nous nous sommes appuyés sur la modélisation présentée ci-dessus pour réaliser l'enquête évaluative.

3.2.3 L'instrumentation

> C'est la construction des outils d'enquête qui adoptent les formes classiques de l'observation, de l'interrogation et de l'analyse, dans une logique de référentialisation : les indicateurs, une fois construits, appellent la formulation de questions ou d'items qui sont eux-mêmes insérés dans des instruments adaptés. » (Figari et al., 2014, p. 74).

La situation d'ingénierie de formation que nous avons accompagnée sous forme d'enquête évaluative pour identifier les dimensions importantes des dispositifs a nécessité plusieurs temps

de construction d'outils de recueil de données. Nous retiendrons[120] pour les deux groupes de travail :

- Une analyse rétrospective d'une banque de données des EIM analysés par la CoMéDiMS. Nous avons dans un premier temps construit cette banque de données puis elle a été stabilisée dans un travail collaboratif avec l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS (Annexe 14) ;
- Une analyse des comptes rendus REMED des événements indésirables médicamenteux via le logiciel IRaMuTeQ®. Nous avons proposé lors d'un *focus group* les résultats de cette analyse aux acteurs du groupe 1 (Annexe 15) ;
- Deux questionnaires à destination des professionnels de santé. Ces deux questionnaires ont été co-élaborés par les acteurs des groupes de travail (Annexes 16 et 19) ;
- Cinq grilles d'évaluation des dispositifs ces dernières ont été co-élaborées par les acteurs des groupes de travail (Annexe 17)

Nous noterons que « L'ensemble de ces instruments servira à récolter les informations que le référentiel aura convoquées » (Figari et al., 2014, p. 74). Cette phase d'instrumentation est importante pour l'enquête évaluative. D'une part, elle permet aux acteurs des groupes de travail de prendre part activement dans l'élaboration des outils, de faire des choix, de se positionner sur l'utilité de tels ou tels items. D'autre part, cette expérience de l'instrumentation est un temps fort de la production de savoirs contextualisés : par la découverte puis la maîtrise des méthodologies de la conception d'outils d'enquête et analyse des résultats, « leur analyse consistera à mettre en relation les informations obtenues pour chaque élément du modèle ICP avec les autres éléments » (Figari et al., 2014, p. 74).

Nous retiendrons que la démarche de référentialisation a été opérationnalisée en s'appuyant sur le « protocole de référentialisation » que Figari, Remaud et Tourmen (2014) ont décrit. Il est synthétisé dans le tableau ci-dessous :

[120] L'ensemble de ces outils co-construits par les groupes de travail seront présentés dans le chapitre 9.

Phase 1 Exploration	Analyse du mandat	Quel contexte ?
		Quelles stratégies ?
		Quelles productions ?
Phase 2 Procédure centrale de référentialisation	Éléments à évaluer	Quelles dimensions de l'objet à observer ?
	Référents	À partir de quoi attribuer un sens à l'information ?
	Critères	Quels aspects représentatifs de l'objet à évaluer choisir pour porter un jugement ?
	Indicateurs	Quelles caractéristiques observables permettent la vérification du degré d'atteinte du critère ?
Phase 3	Instrumentation	Quels outils employer pour renseigner les indicateurs ?
Phase 4	Interprétation	Quelles significations attribuer aux résultats ?

Tableau 12 : Les différentes phases du protocole de référentialisation (Figari et al., 2014, p. 80)

3.3 Co-élaboration des référentiels par les groupes de travail

La référentialisation conduit les acteurs à produire des référentiels. Figari souligne que :

> Si le dispositif est l'agencement des différentes parties, des composantes d'un matériel, d'un appareil, d'une machine, métaphoriquement et abusivement assimilées à des organes (modèles mécaniques ou biologiques sous-jacents ?), le référentiel est un schème d'intelligibilité construit en vue d'un repérage, à partir d'une analyse de situation (Figari, 1994, p. 12).

Pour coconstruire les dispositifs de formation, les acteurs des groupes de travail ont procédé à une analyse de la demande des commanditaires. Ils ont identifié, dans cette phase d'analyse, les caractéristiques qui pour eux décrivent chacun des dispositifs. Cette phase est nommée par la phase d'analyse du mandat (Figari et al., 2014). Elle repose sur trois interrogations : quel contexte ? Quelles stratégies ? Quelles productions ? Elle correspond à la prise de connaissance par les acteurs des groupes de travail de la commande évaluative des commanditaires : « *Comment améliorer l'efficacité des dispositifs de formation ?* ».

3.3.1 De l'analyse de la demande à la notion de référentiel

Les dispositifs éducatifs répondent à des préoccupations diverses (Figari, 1994). Les concepteurs de dispositifs ou de projet de formation recherchent les curriculums[121] les plus adaptés, ils s'intéressent à la façon de les construire, ils étudient les effets que produisent une formation sur les pratiques professionnelles ou les compétences des formés. Dans notre situation, la CoMéDiMS a identifié que les dispositifs de formation existants n'ont pas les effets attendus sur les pratiques professionnelles des soignants. Les groupes de travail ont analysé la demande de conception des dispositifs (analyse du mandat) en l'approfondissant, la questionnant, en recherchant les différents enjeux qu'elle peut soulever et en définissant les éléments essentiels qu'elle comporte et qu'il est primordial de prendre en compte (Figari et al., 2014). Cette phase d'analyse pour les groupes de travail est représentée comme suit :

Traitement de la demande d'évaluation				
Demande initiale	**Annonce de l'objet formel d'évaluation**	**Repérage du contexte**	**Analyse de la demande initiale**	**De la demande aux problématiques**
Amélioration des dispositifs de formation sur la pratique d'administration médicamenteuse	Les dispositifs de formation	La prise en charge médicamenteuse du patient	Diagnostic de la situation d'écart de pratiques	Questions d'évaluation propres à chaque élément à observer

Tableau 13 : Le traitement de la demande d'évaluation (Hédacq, 2023)

Les auteurs soulignent que le mandat contient en clair ou en implicite différentes informations. Il annonce « l'objet formel de l'évaluation concernée (une politique, des apprentissages, un dispositif de formation, des méthodes de formation, des performances et des compétences) » (Figari et al., 2014, p. 82) ; Il permet « le repérage des éléments de contexte (situations appelant une opération d'enquête) et des enjeux qui conditionnent le projet d'évaluation (demandes des partenaires, pression éventuelle sur les résultats attendus) » (Figari et al., 2014, p. 82). Il contient l'analyse du questionnement initial contenu dans le document faisant office de mandat. C'est-à-dire une interprétation et la compréhension des questions et/ou des attentes des commanditaires (Figari et al., 2014). Enfin, l'évaluateur procède à la transformation du mandat en contrat d'évaluation, c'est-à-dire qu'il organise ses propositions de réponse au mandat (Figari et al., 2014).

[121] Le curriculum « désigne la manière de formaliser la réflexion autour d'un programme de formation dès lors que ce dernier est d'une certaine ampleur qui permet de le distinguer d'un simple dispositif pédagogique » (Demeuse et al., 2013, p. 315).

Cette phase de la démarche d'enquête évaluative a permis l'identification des premiers éléments définissant le contexte (la prise en charge médicamenteuse du patient, les écarts de pratiques de ce processus). Les acteurs des groupes de travail ont pu ainsi émettre une première formulation d'une problématique d'évaluation en regard de ce qu'ils ont identifié dans l'analyse de la demande. Dans notre situation, cette interrogation a concerné les dispositifs : *quel dispositif de formation co-construit mettre en place pour sécuriser la pratique d'administration médicamenteuse ?* Cette interrogation est partagée entre les acteurs des groupes de travail et les commanditaires.

La notion de référentiel se retrouve dans plusieurs éléments constituant le système de formation continue. Il existe des référentiels d'emploi qui sont des informations de synthèse sur une activité professionnelle, des référentiels de compétences issus des référentiels d'activités qui déclinent l'ensemble des connaissances et attitudes professionnelles pour occuper un emploi, etc. (Ardouin, 2017). Pour élaborer un plan de formation, les concepteurs vont s'appuyer sur les référentiels métiers qui décrivent les activités des professionnels, les référentiels de compétences qui identifient les différents savoirs à maîtriser, les référentiels de formation qui vont développer les objectifs à atteindre, les contenus pédagogiques, etc. Dans notre situation, par l'enquête évaluative, les acteurs vont coconstruire les référentiels définissant les dispositifs de formation. Le terme référentiel qui est utilisé dans diverses disciplines (mathématiques, physique …) devient pour Figari (1994), un « appareil construit », un « système de référence ». Il s'agit en s'appuyant sur la modélisation du « programme-dispositif » (Figari & Tourmen, 2006) de distinguer ainsi les « Intrants » qui renvoient au contexte ainsi qu'aux finalités du dispositif, les « Construits » qui renvoient de leur côté aux processus qui se déploient au cœur du dispositif, et les « Produits » qui renvoient aux effets.

Les acteurs des groupes de travail s'engagent dans la démarche de référentialisation, par l'analyse de la demande des commanditaires (le mandat). Leur objectif « consiste à entreprendre une recherche de référence pertinente (à la fois universelle et particulière) pouvant expliquer et justifier la conception et l'évaluation d'un dispositif éducatif » (Figari, 1994, p. 48). L'auteur souligne « qu'il s'agit de tenter de comprendre une petite partie du monde qui nous entoure : les dispositifs éducatifs. Et dans cette partie, une plus petite encore : celle qui relève de leur agencement, de leur ingénierie, de leur évaluation » (Figari, 1994, p. 49).

Nous retiendrons que le travail des acteurs va se concentrer sur la conception des référentiels définissant les dispositifs de formation en réponse à la demande des commanditaires. En particulier, il s'agit d'identifier le système de référence à partir duquel ils pourront effectuer des choix de conception des deux dispositifs. Ce système de référence est composé des dimensions, référents, critères et indicateurs que nous allons définir ci-dessous.

3.3.2 Référents, indicateurs et critères

En reprenant la définition de l'évaluation de Hadji (1992) à laquelle nous faisons référence *supra,* l'évaluation est une pratique qui peut être définie comme « la mesure de l'écart (ou du moins comme l'appréciation de la relation) entre l'objet à évaluer, appelé référé et un comparant (le référent, notion connue et répandue dans la littérature spécialisée) » (Figari et al., 2014,

p. 68). Cette définition de l'évaluation permet de comprendre que c'est le référent qui construit le sens de l'évaluation. Par exemple, dans une situation d'évaluation par l'attribution d'une note, la note obtenue à un examen par un apprenant n'a pas la même signification pour l'évaluateur que pour les parents. Le référentiel est un ensemble organisé de référents, « il est apte à offrir un choix d'éléments censés représentatifs de l'objet, assortis de la formulation de critères et/ou d'indicateurs proposés comme éléments d'un guide méthodologique » (Figari et al., 2014, p. 69). Ainsi, dans le référentiel, le référent peut correspondre « aux objectifs à atteindre fixés par les concepteurs par rapport auxquels sont évalués les résultats » (Figari, 1994, p. 37), dans une approche normative. Mais il peut être aussi « la proposition d'un cadre de pensée, définissant implicitement les contours possibles d'une institution éducative qui laisserait aux acteurs la possibilité de tracer sur ce système en pointillés le trait plein représentant l'itinéraire qu'ils ont choisi » (Figari, 1994, p. 39). Dans cette dernière proposition, l'élaboration du cadre de références est préalable à la conception de l'évaluation d'un système de formation, ce qui amène la question de la référentialisation comme démarche de construction des référentiels. Ainsi, les référents peuvent être plusieurs pour « un élément à évaluer en tant que porteurs potentiels d'influences, d'effets, de résultats » (Figari et al, 2014, p. 86). Nous retrouvons en exemple ces différents éléments dans le tableau ci-dessous :

Éléments à évaluer en tant que porteur potentiel d'influences, d'effets, de résultats	Référents possibles
• Environnement • Structures, Organisation • Missions • Populations	• Existence repérée des déterminismes de la situation concernée • Règlement interne • Modes de collaboration avec les populations et les partenaires concernés • Textes officiels
• Dispositifs • Fonctionnement curriculaire • Moyens engagés	• Objectifs, projets • Politique interne de développement de la réussite • Stratégies conçues
• Impact sur l'environnement • Changement de comportement • Réalisation des musions actions • Résultats obtenus par les élèves	• Attentes des acteurs • Objectifs, projets résultats espérés • Objectifs, projets résultats espérés • Moyennes locales, régionales, ou nationales

Tableau 14 : Identification des référents (Figari et al, 2014, p. 86)

Le référent est ensuite décliné en critères et en indicateurs. Les critères sont définis par les auteurs comme le modèle méthodologique des référents. « Les référents constituent le pôle de signification d'une procédure évaluative, ce sont les critères qui en sont le modèle méthodologique. » (Figari et al., 2014, p. 87). Les auteurs soulignent que cela « revient à privilégier les aspects de l'objet qui serviront à apprécier et à juger sa valeur » (Figari et al., 2014, p. 87). Dans notre situation, nous en avons utilisé quatre : pertinence, efficacité et conformité, efficience (Bonniol & Genthon, 1989).

Les critères, tel que nous les avons définis, restent des notions qualifiées de « vagues », ils seront précisés et décrits par les indicateurs. Ainsi, les indicateurs sont soit une information jugée représentative d'un phénomène (généralement statistique) ou soit les dimensions

concrètes d'un critère (Figari et al., 2014). Nous nous appuyons sur la deuxième définition. « Il s'agit d'un élément observable constituant le signe de la présence d'un phénomène et permettant d'en mesurer le niveau. » (Figari et al., 2014, p. 92).

Le référent donne le sens de l'évaluation, le référé correspond à l'élément observé qui sera comparé par l'évaluateur au référent en s'appuyant sur les indicateurs et les critères. Le référé concorde « à ce qui est constaté ou appréhendé de façon immédiate, ce qui fait l'objet d'une investigation systématique ou d'une mesure » (Lesne, 1984 cité par Figari, 1994, p. 44). Pour Barbier, le référé quant à lui « représente ce à partir de quoi un jugement de valeur est porté…le référé est une représentation des faits » (Barbier, 1985, p. 64). Enfin, nous retiendrons comme définition de l'évaluation envisagée comme la relation entre référent et référé :

> Une réflexion (pour ne pas la réduire à une mesure) sur l'écart entre le référent (qui fixe l'état final nécessaire ou souhaitable et joue un rôle instrumental) et le référé (qui désigne la partie de la réalité choisie comme « matériau » pour cette réflexion ou cette mesure) (Figari, 1994, p. 44)

Nous retiendrons de cette partie apportant les définitions que : le référentiel est un cadre de référence construit permettant de caractériser un objet à évaluer ici les dispositifs de formation. Il comporte des critères et des indicateurs permettant d'effectuer une action de mise en relation entre les référents définis et les référés observés. Cette mise en relation correspond à l'évaluation. Dans notre situation, les référentiels des dispositifs sont co-construits par l'ensemble des acteurs participant à la référentialisation.

3.3.3 Référentialisation des dispositifs de formation : identification des référents

La définition du dispositif de formation que nous avons abordé en début de chapitre souligne la complexité des éléments dont il est constitué (intentions, expériences, effets). Le rôle des dispositifs est par exemple difficile à étudier, car intimement lié aux contextes dans lesquels ils sont construits et mis en œuvre (Aussel, 2013).

Pour Figari, il existe trois dimensions (qu'il met en relation) en s'appuyant sur le modèle de Stufflebeam, qui sont des axes permettant de définir les dispositifs éducatifs. Premièrement, les déterminants correspondent aux induits (I), ils concernent les éléments liés à l'environnement, les acteurs, les diagnostics, les recherches de solutions. Ils « induisent les choix éducatifs justifiant la mise en place de tels ou tels dispositifs. Ils permettent à notre sens de définir l'intention du dispositif. Dans notre situation, les induits des deux dispositifs sont comme suit :

- Pour l'environnement : ils concernent la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Pour les acteurs : les professionnels de santé de l'établissement et préférentiellement les infirmiers et les sages-femmes responsables de l'administration médicamenteuse ;
- Pour le diagnostic : il s'agit d'un écart de pratiques représenté par les événements indésirables médicamenteux et des dispositifs de formation déjà en place jugés par les commanditaires comme insuffisamment efficaces.

Dans un premier temps, l'intention du dispositif s'oriente vers une intention normalisante : il s'agit de réduire les erreurs médicamenteuses évitables en rendant conformes les pratiques des nouveaux-arrivants, et les modalités de rangement des armoires à pharmacie.

Deuxièmement, le construit (C) correspond aux projets, programmes ou curriculums, ici, il s'agit d'identifier quels types d'expérience, les dispositifs envisagés vont permettre pour les apprenants ou les utilisateurs ? Quels sont les objectifs de formation identifiés ? Troisièmement, il s'agit de repérer les effets du dispositif sur les produits (P), c'est-à-dire les caractéristiques des projets finis, les résultats, les effets. Dans notre situation, cela concerne dans les deux dispositifs de formation les effets sur les pratiques des professionnels de santé. Cette dernière interrogation va conduire à envisager les effets du dispositif.

L'auteur souligne que l'évaluation est présente dans ces trois dimensions avec des fonctions différentes. Pour le premier niveau, il fait référence à la fonction diagnostique de l'évaluation, le deuxième niveau renvoie à la fonction de régulation et le dernier niveau a une fonction sommative. Identifier les référents des dispositifs de formation, va reposer pour les acteurs sur ces trois interrogations, en particulier, il s'agira d'y répondre en identifiant les caractéristiques des induits, construits et produits. Dans sa fonction compréhensive de la démarche de référentialisation, elle doit permettre de :

> Savoir si (en termes de oui ou non) et en quoi (en termes de quantités relatives) le dispositif éducatif comporte : une délimitation du contexte (induit), une dimension d'élaboration collective ou individuelle (construit), le traitement des résultats et des effets (le produit) (Figari, 1994, p. 56).

Nous retiendrons que ces « trois dimensions constituent le noyau auquel peuvent être ramenés l'ensemble des processus et des procédures caractérisant le fonctionnement des dispositifs éducatifs » (Figari, 1994, p. 57). Ces trois dimensions sont indissociables. Trois applications de ce schéma ICP sont possibles, dont une qui nous intéresse plus particulièrement : il s'agit de décrire le fonctionnement d'un dispositif autour d'un système de dimensions stabilisées. Figari conclut en disant :

> Un dispositif éducatif n'est que la partie visible d'une construction complexe : dans une situation sociale, économique, environnementale (cf. ce qui a été appelé plus haut l'induit), naît, sous de multiples expressions, un projet de formation (cf. le construit) - qu'il soit personnel, collectif ou institutionnel - donnant lieu à une planification et une conception organisationnelle qui relèvent de l'agencement du dispositif, ainsi qu'à des structures et à des mécanismes (cf. le produit) qui constituent le dispositif lui-même (curriculum, cycle, organisme, établissement, stage, opération, etc.) (Figari, 1994, p. 63)

Synthèse du chapitre 4
Co-construire les dispositifs de formation par une enquête évaluative

Les dispositifs de formation peuvent être décrits au travers d'un processus fondamental composé de l'intention, de l'expérience et des effets du dispositif. En particulier, l'intention des dispositifs de formation met en tension une intention normalisante et une intention émancipatrice. L'expérience recherchée est plutôt active et les effets de l'ordre du modelage (Aussel, 2013). Le processus opérationnel est porté par différents acteurs. Il est composé de quatre phases : l'analyse des besoins, la conception, la réalisation et l'évaluation des dispositifs c'est-à-dire les phases de l'ingénierie de formation (Ardouin, 2017).

Dans la R-I que nous avons menée, nous accompagnons deux groupes de travail dans une démarche d'ingénierie de formation (Ardouin, 2017). Il s'agit pour les acteurs des groupes de travail de définir les dimensions importantes des dispositifs de formation. Nous nous sommes engagés avec les acteurs dans une démarche de référentialisation (Figari et al., 2014). L'opérationnalisation de la démarche de référentialisation a suivi les quatre phases d'ingénierie de formation d'Ardouin (2017) : analyser, concevoir, réaliser et évaluer. Pour chacune des phases, les acteurs des groupes de travail ont défini des référents, critères et indicateurs nécessaires à l'élaboration des référentiels déterminant les dispositifs de formation (chapitre 9). Ces deux référentiels permettent à la fois la conception des dispositifs et pourront être utilisés par les commanditaires à des fins d'évaluation-régulation.

La référentialisation (Figari et al., 2014) s'appuie sur un principe participatif fort qui potentialise l'engagement des acteurs dans le projet. Nous pensons que la démarche de référentialisation ainsi opérationnalisée dans une situation d'ingénierie de formation participe à la co-élaboration des savoirs contextualisés de la Recherche-Intervention au sein du tiers-espace socio-scientifique. Elle permet de mettre en interaction les savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation, les savoirs d'experts de la CoMéDiMS et les savoirs d'action des professionnels de santé. Elle favorise également dans le processus de co-élaboration des savoirs une dynamique émancipatrice des acteurs en potentialisant leur engagement dans le projet et en favorisant leur participation à la prise de décision (Hédacq & Broussal, 2021). L'enquête évaluative est pensée dans la recherche que nous avons menée comme un moyen de réaliser une co-élaboration de savoirs contextualisés de manière démocratique. Il s'agit « d'accroître et de diversifier les intérêts partagés en commun des groupes socioprofessionnels en favorisant des interactions plus libres dans les groupes et en changeant les habitudes de ces derniers (Dewey & Zask, 2018).

Chapitre 5 - Co-élaborer des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique

La réponse à la demande des commanditaires s'appuie sur un travail « d'élucidation et de négociation des intérêts réciproques de trois types d'acteurs situés chacun dans des univers différents » (Rhéaume, 2007, p. 67). Dans la situation qui nous préoccupe, nous identifions « un intérêt académique pour le chercheur, un intérêt d'efficacité pratique pour le professionnel, une résolution de divers problèmes de vie pour les membres » (Rhéaume, 2007, p. 67). En regard de l'hypothèse d'un rapprochement possible entre science et action participant, à la notion de « tierce voie » (Robert & Marcel, 2019), il s'agit dans la R-I que nous avons menée de répondre à la demande formulée par les commanditaires par une co-élaboration de savoirs contextualisés. C'est au sein de ce qui est la concrétisation la plus manifeste du trait d'union de la R-I : le tiers-espace socio-scientifique (TESS) que cette co-élaboration des savoirs se produit.

Nous allons dans ce chapitre définir l'objet de notre recherche, le tiers-espace socio-scientifique, que nous inscrivons dans le prolongement des travaux de Marcel (2020b) comme un espace de co-élaboration de savoirs. Nous nous intéresserons plus particulièrement dans les paragraphes suivants au processus de co-élaboration des savoirs qui a lieu dans cet espace (Marcel, 2020b). Pour répondre à la visée praxéologique et transformative de la R-I, les acteurs évoluant au sein du TESS vont produire des savoirs d'abord contextualisés, c'est-à-dire directement en lien avec le changement visé. Cela repose sur la rencontre des savoirs d'expert, des savoirs d'action et des savoirs académiques. Puis, dans un deuxième temps, ces savoirs contextualisés vont être généralisés pour répondre à la visée heuristique de la R-I (Marcel, 2020b).

Nous commencerons par décrire la notion de « tiers-espace » et « d'entre deux » (1), puis nous détaillerons le travail de définition que nous avons effectué par rapport aux notions d'informations, de connaissances et de savoirs en soulignant le rapport que ces termes entretiennent entre eux (2). Enfin, nous proposerons une modélisation du processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS (3).

1) Le tiers-espace socio-scientifique : un « entre-deux »

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre deux de notre écrit, la démarche de Recherche-Intervention est mise en œuvre par les chercheurs en sciences de l'Éducation et de la formation comme une réponse singulière aux demandes d'accompagnement du changement (Bedin, 2013 ; Marcel & Broussal, 2017, Marcel, 2020b). Notons « qu'au cœur de la R-I, la co-élaboration d'un tiers-espace socio-scientifique permet l'articulation des visées heuristiques (sur), transformatives (pour) et critiques (par), ciblant principalement l'émancipation des

participants, ainsi que la mise en œuvre de la dimension participative (le avec) » (Encyclopé-LEeE, 2020).[122]

1.1 Installer un espace entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention

« Le tiers-espace socio-scientifique de la R-I (TESS) assume, porte, garantit, opérationnalise, concrétise et fait vivre la démarche de R-I » (Marcel, 2020b, p. 1). Il est représenté, matérialisé par le trait d'union qui relie les termes : Recherche et Intervention. Comme décrit dans le chapitre 2, les débuts de sa théorisation datent des travaux de Marcel (2010), qui lui attribue la dénomination de tiers-espace socio-scientifique (TESS). Il peut être schématisé comme suit :

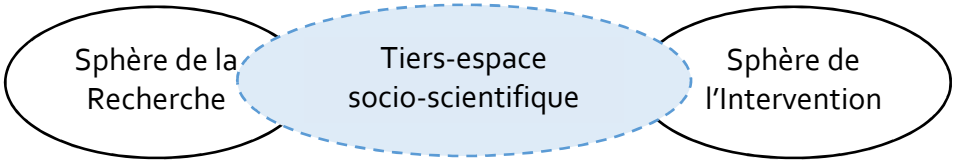


Figure 17 : Schématisation du TESS au sein de la R-I (Hédacq, 2023)

Cette première schématisation met en exergue le fait que le TESS est un espace qui vient s'installer « entre » deux sphères distinctes : la Recherche et l'Intervention.

1.1.1 La notion de « tiers-espace »

Tout d'abord, nous souhaitions souligner que le terme « espace » est défini en regard du qualificatif qui lui est associé : le « tiers ». L'espace est une étendue, une surface délimitée [123] comme dans l'habitat avec l'espace de vie. Le qualificatif de « tiers » associé à celui d'espace par le trait d'union fait référence à la notion de « tiers-espace » décrite par Bazin (2013). Pour l'auteur, « Le tiers est cette part d'humanité qui fait exister l'espace. C'est une manière d'habiter le monde » (Bazin, 2013). L'auteur part du constat suivant : « une partie de l'activité humaine se situe dans un tiers secteur qui échappe aux modalités classiques d'évaluation et de validation » (Bazin, 2013). Il rajoute que ces espaces « posent de nouveaux repères dans notre façon de construire notre identité et de se projeter dans l'avenir, bref de faire société » (Bazin, 2013). Ce qui nous intéresse particulièrement dans cette réflexion de Bazin, c'est la reconnaissance qu'il donne à ces espaces en ce qui concerne la production de solutions. Elle semble venir des individus pris au cœur des situations : « Les réponses ne sont pas à chercher autre part qu'*in vivo*, au cœur des situations sociales, dans un mouvement du bas vers le haut (bottom to up) » (Bazin, 2013).

[122] https://revue.leee.online/index.php/info/encyclope-leee/recherche-intervention
[123] https://www.cnrtl.fr/definition/espace#

Pour l'auteur également, ces tiers-espaces se mettent en place dans des situations où il existe un besoin de dialogue : « Ce sont des situations horizontales et si elles se construisent en conflit ou en opposition avec les situations normées et instituées, c'est qu'il manque des interfaces pour créer les conditions d'un dialogue » (Bazin, 2013). Ces tiers-espaces semblent donc avoir un rôle de médiation entre différents acteurs pris dans une situation. Leurs ouvertures posent les conditions d'une rupture avec un fonctionnement antérieur et ils semblent être des espaces de production de solutions par l'horizontalité qu'ils peuvent induire. Nous pouvons retrouver dans cette description que propose Bazin des similitudes avec le tiers-espace de la R-I tel qu'il est décrit par Marcel (2010) concernant :

- L'horizontalité du TESS : « Comme il n'y a pas de hiérarchie entre les connaissances et les savoirs des acteurs, qu'ils soient scientifiques (théoriques et méthodologiques, principalement), professionnels, expérientiels ou d'usage, il n'y a pas non plus de hiérarchie de tâches » (Marcel, 2020c).
- La participation des acteurs à un projet : « Il est constitué autour d'un projet commun, il est relayé ensuite par l'hétérogénéité des statuts, des spécialités et des acteurs, mais il est surtout dépendant de l'abolition de toute hiérarchie symbolique » (Marcel, 2020c).

Bazin (2013) identifie dans le tiers-espace, trois figures : le contre-espace pour sa dimension sociopolitique ; le tiers-paysage pour sa dimension écologique et écosystémique ; le tiers-lieu pour sa dimension d'auto-fabrication économique et culturelle. Il explicite que « le tiers-espace aménage des formes écosystémiques : diversité (écodéveloppement), interdépendance (transaction), régulation (micro politique). La forme écosystémique indique que la réponse est dans le système, dans sa capacité à créer du lien en matière d'intelligence sociale. Cette caractéristique met l'accent sur le caractère participatif qui peut se développer au sein des tiers-espaces, ce qui fait sens avec le principe participatif de la R-I qui s'exprime dans le TESS. Au sein de la R-I, le collectif qui prend en main le projet (CoPil et groupes de travail) tient sa force dans l'hétérogénéité des statuts des acteurs, hétérogénéité qui est vue comme une ressource. La démarche de R-I est une démarche de recherche participative, elle donne à chacun des acteurs « la possibilité de prendre part à l'ensemble du travail. Sans masquer les différences et les spécialités de chacun qui constituent autant de ressources et de richesses, l'ensemble des participants prend part à un projet collectif englobant recherche et intervention » (Marcel & Bedin, 2018, p. 81). Cela fait référence pour nous à la notion de « diversité » de Bazin (2013) : plus les ressources sont hétérogènes et nombreuses, plus le tiers-espace est riche en compétences et en savoirs.

Nous rappelons que l'enquête (Dewey, 1938) évaluative que nous avons mise en œuvre au sein du TESS débute par l'identification d'une situation indéterminée. Son objectif est de retrouver une continuité dans l'action à l'issue de la démarche d'enquête. Bazin (2013) explicite que :

> Le tiers-espace favorise les processus de résilience. C'est une manière de s'en sortir face à l'adversité, d'absorber une perturbation et de retrouver ses fonctions dans un nouvel équilibre. La résilience produit une défense-protection, un équilibre face aux tensions, une confiance dans l'engagement, une positivité de soi (Bazin, 2013).

Cette notion de résilience souligne que le tiers-espace socio-scientifique de la R-I doit également présenter une forme d'adaptation, de plasticité, face aux difficultés qu'il pourrait rencontrer pendant la mise en œuvre du projet. Il s'agit de s'appuyer sur :

> un art du bricolage où l'innovation sociale répond aux conditions de la précarité : la prise en compte de l'aléatoire dans une culture de l'incertitude, l'absence de projet au profit du processus, le dialogue avec les matériaux pour de nouvelles formes, la revalorisation des situations marginalisées (Bazin, 2013).

Cela fait référence également à la plasticité de la commande de la R-I, qui doit à la fois être suffisamment formalisée, mais qui nécessite par la mise en tension de la Recherche et de l'Intervention garder une marge d'adaptation (Marcel, 2012).

Le tiers-espace socio-scientifique peut être qualifié de « morceau de société qui se met en recherche sur elle-même » (Bazin, 2013). Fort de ses ressources hétérogènes et de son horizontalité dans les interactions entre les acteurs, il est un lieu de production de savoirs par les activités que les acteurs mettent en œuvre dans cet espace.

1.1.2 La notion de « sphère »

Dans la schématisation du tiers-espace socio-scientifique que nous proposons, il est le reflet du trait d'union entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention. Une sphère peut se définir comme une étendue restreinte où s'exerce l'action de quelque chose[124]. Ainsi, au sens figuré, le terme sphère est utilisé pour représenter un domaine d'activité ou de connaissance[125]. Nous retrouvons, des exemples de sphère dans notre vie quotidienne avec la sphère professionnelle, la sphère politique, la sphère familiale, etc.

Dans la démarche de R-I, la sphère de la Recherche est représentée par les acteurs du monde académique, les chercheurs (dans notre situation par la doctorante, mais également par l'UMR EFTS). La sphère de l'Intervention est constituée par les professionnels de santé présents au sein des groupes de travail, mais également par ceux du comité de pilotage. Ce sont eux qui portent le projet, le mettent en œuvre, le valident, le valorisent. Au sein de la R-I, nous avons identifié une particularité pour la sphère de l'Intervention. Cette dernière est composée de deux catégories d'acteurs. D'une part, nous avons les professionnels de santé, appartenant à la CoMéDiMS, c'est-à-dire les commanditaires de la R-I qui sont porteurs d'un savoir qualifié « d'expert » (chapitre 1 de notre écrit). D'autre part, nous avons les professionnels de santé des groupes de travail, provenant de différents services de soins, de différents pôles d'activités, qui possèdent un savoir qualifié de « savoir d'action » au sens de Barbier (2011). À l'issue de l'analyse de la demande formulée par les commanditaires, nous nous sommes interrogés sur :

[124] https://www.cnrtl.fr/definition/sphère#
[125] https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sphere#

comment une sphère professionnelle porteuse d'un savoir d'expert et une sphère professionnelle porteuse d'un savoir d'action pourraient-elles coconstruire des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir ?

Le tiers-espace socio-scientifique de la R-I va s'installer à l'interface des deux sphères (Gurnade, 2016), notons qu'elles sont différentes « par leurs finalités, la nature et la validation de leurs savoirs, les langages mobilisés, les modalités de légitimation de leurs travaux, leurs démarches, leurs méthodologies, leurs acteurs et leurs activités » (Gurnade, 2016, p. 64). Marcel (2010), parle d'oppositions décrites et présentées dans le tableau ci-dessous :

Recherche	Intervention
Connaître : développer la connaissance scientifique	Faire : résoudre des questions et des problèmes pratiques
Questionnement (pour partie) émancipé du social et ancré dans le champ scientifique (problématisation)	Questionnement pragmatique et contextualisé
Construire des connaissances scientifiques tendant vers l'universalité	Élaborer des solutions très contextualisées et peu transférables
Validité scientifique : la communauté scientifique (publications, thèses)	Validité sociale : l'efficacité de l'action
Transparence de la démarche (notamment méthodologique)	Opacité de la démarche (bricolage, intuition, tâtonnement, etc.)
Rendre compte : primat des moyens mis en œuvre	Rendre des comptes : primat des résultats obtenus

Tableau 15 : Les oppositions entre Recherche et Intervention (Marcel, 2010)

Ce que nous caractérisons par le terme sphère dans la recherche que nous menons concerne un groupe d'individus hétérogène par son (ses) savoir (s), son statut ou son rôle dans l'institution, qui poursuit des objectifs différents (connaître/résoudre), qui élaborent des savoirs de natures différentes (académiques/contextualisés) dont la validation est différente (pour les uns elle sera scientifique pour les autres sociale). Dans la recherche que nous avons menée, deux sphères appartiennent à la sphère de l'Intervention : celle représentée par la CoMéDiMS et celle représentée par les professionnels de santé.

1.1.3 La notion « d'entre »

Pour penser et construire le tiers-espace socio-scientifique comme un « entre deux » entre la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention (divisée elle-même en deux sphères, la sphère du savoir d'expert et la sphère du savoir d'action), nous nous appuyons sur les travaux de Jullien (2018). Les oppositions que nous pouvons identifier entre les deux sphères sont de l'ordre de leurs objectifs : « faire » pour l'une, « connaître » pour l'autre. Notons une opposition également des acteurs qui évoluent au sein d'elles : les chercheurs d'une part et les professionnels d'autre part et d'autres éléments représentés dans le tableau ci-dessus (Tableau 15).

Si nous considérons ces oppositions comme des différences, c'est-à-dire si leurs identifications permettent d'établir une distinction, alors l'analyse de ces dernières ne permettra pas de production « il ne se passe rien entre deux termes distingués » (Jullien, 2018, p. 211). La notion de différence pour Jullien sous-tend un concept identitaire : « la différence suppose d'abord une identité - disons : un genre commun - au sein de laquelle la différence marque une spécification » (Jullien, 2018, p. 192). La différence à une fonction : elle sert à identifier (Jullien, 2018). Ainsi, évoquer une différence entre la Recherche et l'Intervention c'est prendre le risque d'en positionner l'une par rapport à l'autre dans un rapport hiérarchique. Jullien (2018) utilise plutôt le terme d'écart : « l'écart ne donne pas à poser une identité de principe ni ne répond à un besoin identitaire, mais il ouvre, en séparant les cultures et les pensées, un espace de réflexivité entre elles où se déploie la pensée » (Jullien, 2018, p. 197).

En s'appuyant sur cette conception de « l'écart » et de « l'entre », le tiers-espace socio-scientifique caractérisé comme un « entre-deux » vient permettre une mise en tension des finalités de la sphère de l'Intervention et de celle de la Recherche. Les deux sphères mises en tension vont produire et se maintenir en activité. S'il existe, un « entre », c'est qu'il existe un « écart ». Jullien rajoute, « c'est, de ce fait, une figure, non de rangement, mais de dérangement, à vocation exploratoire : l'écart fait paraître les cultures et les pensées comme autant de fécondités » (Jullien, 2018, p. 197). Dans un premier temps, identifier le tiers-espace socio-scientifique comme un « entre deux », c'est permettre à deux entités (la Recherche et l'Intervention) qui s'opposent, de se mettre en vis-à-vis « les sortir l'une et l'autre de cette indifférence mutuelle en les instaurant en vis-à-vis : de sorte que l'une puisse à la fois dévisager l'autre et s'y dévisager » (Jullien, 2018, p. 187). Puis par l'installation de ce vis-à-vis, laisser place à l'écart et donc au tiers-espace comme un « entre deux » entre les deux sphères.

L'écart met en tension ce qu'il a séparé, « mais, par cette mise en regard que constitue par lui-même chaque écart repéré, par ce recul offert, j'ouvre, du seul fait de ce dispositif un espace de réflexivité » (Jullien, 2018, p. 199). Il rajoute que « mettre en tension c'est à quoi l'écart doit opérer » (Jullien, 2018, p. 199). Nous pouvons souligner qu'un espace de réflexivité dans cette situation est un « espace-temps propice à la réflexion sur la pratique » (Bourgeois & Merhan, 2017). Prenant l'exemple de la philosophie, il évoque Platon et Aristote : « on sait qu'Aristote se sépare de la fameuse théorie des idées, mais ne peut pour autant s'écarter du statut formalisant de l'Eidos ; ou bien encore se sépare-t-il du mathématisme de Platon, mais ne peut renoncer pour autant à l'exigence axiomatique et démonstrative des mathématiques » (Jullien 2018, p. 204). « L'écart » permet une réflexion sur l'action (Schön et al.,1994), qui peut être décrite comme : un recul spatiotemporel par rapport à la scène de l'action, une explication de l'action et une conceptualisation de l'action (Bourgeois, 2014).

Le tiers-espace socio-scientifique dessine ses contours par la formulation de la demande sociale qui va mettre en vis-à-vis la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention et plus particulièrement leurs finalités. La demande formulée ouvre les premières lignes de l'espace, de « l'entre-deux » : « L'entre-deux n'est pas fusion indifférenciée de deux pôles (liberté et contrainte, réalité et imaginaire, sujet et objet), mais attestation d'un espace de médiation irréductible entre ces deux-ci. L'entre-deux ne dissout pas les pôles, il les met en relation » (Peeters & Charlier, 1999, p. 21-22). La médiation est ici entendue au sens d'Hennion « les

mondes reliés ne sont pas déjà là, il n'y a rien entre quoi faire communiquer les êtres, tout est dans cet « entre » (Hennion, 2016, p. 117).

Dans notre situation, les commanditaires ont formulé une demande d'accompagnement d'un changement au travers de l'amélioration des dispositifs de formation. Cette demande a émergé lors d'un temps de présentation par la doctorante de la démarche de Recherche-Intervention (sa méthodologie, ses résultats possibles) ce qui peut correspondre au premier vis-à-vis entre la sphère de la Recherche en sciences de l'Éducation et de la formation et la sphère de l'Intervention. Le temps de formulation de la demande a été ici un échange socio-scientifique. La demande a permis l'ouverture du tiers-espace socio-scientifique. L'analyse de la demande a favorisé l'identification des différents enjeux qu'elle soulève. Par la mise en œuvre de la démarche de R-I, la finalité qui est visée par les commanditaires est de résoudre leurs questions et leurs problèmes pratique en s'inscrivant et en adossant cette visée praxéologique à la visée heuristique d'une démarche de recherche. Nous avons accompagné deux groupes de travail responsables de l'ingénierie de formation. La mise en relation de la Recherche et de l'Intervention est identifiée à ce moment précis lors du passage de la formulation de la demande à la commande contractualisée. Cet espace va donc favoriser une forme de partenariat entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention autour d'objectifs communs tout en laissant une marge d'autonomie à chacune des deux sphères. Il va se concrétiser par la commande qui acte et pose le cadre du TESS. Au préalable de la rédaction de la commande, une phase de négociation va permettre l'identification des conditions de la mise en place de la R-I et notamment la co-élaboration du TESS : « parce qu'elle est partenariale, la R-I est fondamentalement le fruit d'une action négociée » (Merini & Ponté, 2008, p. 84). L'étape de la négociation précède la contractualisation de la commande (clef de voûte de la démarche de R- I). Elle « permet aux trois parties commanditaires, partenaires et chercheurs-intervenants, d'interagir et de poser les conditions de leurs engagements » (Aussel, 2015, p. 96), définissant ainsi les finalités de la sphère de la Recherche et de la sphère de l'Intervention. La commande doit « préserver les différences entre l'intervention et la recherche au niveau de leurs objectifs (transformer/connaître), de leurs modes de validation (scientifique/non scientifique), mais elle permet leur mise en relation et leur enrichissement réciproque » (Marcel, 2012, p. 101). Elle nécessite d'acter deux conditions incontournables. D'une part, les acteurs soutiennent et affirment dans la co-élaboration de la commande la visée heuristique de la R-I. D'autre part, la mise en œuvre du principe participatif est explicitée et définie au travers de la constitution du comité de pilotage et des groupes de travail.

La finalité de la recherche a porté, au travers de la co-construction des dispositifs, sur l'étude du processus de co-élaboration des savoirs (le « sur ») qui semble favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs (le « par ») au sein du TESS. Nous avons également réaffirmé que la réponse à la demande formulée s'appuierait sur un principe participatif fort (le « avec »). Le TESS est ainsi caractérisé dans la R-I que nous avons menée, comme un « tiers-espace » permettant en son sein une articulation des finalités de la sphère de la Recherche et de celle de l'Intervention par un enrichissement réciproque de ces deux sphères. La R-I que nous menons s'intéresse pour la visée heuristique plus particulièrement à l'espace entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention : « Pour relier ce que tout sépare, il convient d'explorer "les espaces entre" » (Herreros, 2000, p. 207).

1.2 L'hétérogénéité des acteurs comme ressource

« Le TESS est institué par la signature de la commande : elle pose le cadre sur la base duquel il sera co-élaboré selon une structuration en trois cercles » (Marcel, 2020a, p.103). Il est la représentation effective de la dimension participative. Pour nous, cet élément de définition du TESS est central dans le processus de co-élaboration des savoirs. Le premier cercle du TESS est constitué de deux instances, le comité de pilotage (CoPil) et le ou les groupes de travail (GTra). Dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, les deux instances du TESS sont composées d'acteurs ayant des statuts professionnels différents au sein du centre hospitalier universitaire de Toulouse[126].

Notons que 34 personnes au total sur l'ensemble des groupes de travail et du CoPil se sont engagées dans la démarche de Recherche-Intervention. Chacun d'entre eux possède des représentations, des connaissances et des savoirs sur la demande formulée par les commanditaires. Chacun d'entre eux poursuit des objectifs différents par leurs participations à la démarche de R-I. Nous avons particulièrement veillé à ce que ces deux instances soient représentatives de l'ensemble des acteurs du CHU qui pouvait être concerné par le projet, nous avons également recherché une parité entre le nombre de représentants, femmes et hommes.

1.3 Les finalités du TESS de la R-I

Reprenons la définition que nous avons proposée de la R-I dans le chapitre deux de notre écrit : « La démarche de R-I « est basée sur l'articulation des visées heuristiques, critiques et praxéologiques qui s'avèrent indissociables » (Marcel, 2020b, p. 1). Le terme « visée » pour nous rejoint dans cet écrit la notion d'objectif et de finalités. La démarche de R-I est en lien avec l'accompagnement ou la conduite d'un changement. Elle se déroule dans un contexte social (école, santé, formation continue, etc.). En s'appuyant sur le principe fondateur de la participation, la démarche de R-I que nous avons conduite poursuit simultanément et en articulation ces trois visées : heuristique, praxéologique, critique. La visée heuristique poursuit un objectif d'élaboration de savoirs scientifiques à partir de la mise en œuvre d'une recherche contextualisée. La visée praxéologique correspond à la co-élaboration de savoirs contextualisés (pour l'action), ces savoirs sont utilisés pour des modalités de transformation. La visée critique accorde quant à elle une place importante à l'émancipation des acteurs : déplacements, capacités d'agir, etc. (Marcel, 2020b, p. 2). L'auteur souligne que :

> La recherche en sciences de l'éducation et de la formation revendique traditionnellement, comme l'ensemble des recherches en SHS[127], la visée de production de savoirs scientifiques (ce qui renvoie à sa fonction heuristique) et une réflexion distanciée sur les conditions de cette production et sur sa diffusion et les

[126] Chapitre 2 point 2.4.3.
[127] SHS : Sciences Humaines et Sociales.

> modalités de son utilisation (ce qui renvoie à sa fonction critique). Or, ces deux fonctions se trouvent chahutées par la mobilisation potentielle d'une troisième, portant sur l'action et la pratique et ciblant leur efficacité, la fonction praxéologique. La perturbation est même renforcée et relayée lorsque le choix est fait de mobiliser une démarche participative, soucieuse de l'engagement de l'ensemble des acteurs au sein de cette démarche (Marcel, 2020b, p. 1).

Les visées de la R-I sont en fait pour l'auteur l'expression des fonctions (au sens des missions) de la recherche en sciences de l'Éducation et de la formation. La fonction heuristique va s'attacher à produire des savoirs scientifiques. Pour cela, elle met en œuvre une démarche de recherche autour :

> D'une problématisation (potentiellement déclinée en hypothèses), par le respect rigoureux de méthodes, par la mobilisation explicite de cadres théoriques, par une confrontation à l'empirie, par des principes (transparence, reproductibilité, falsification, validités), le tout encadré par des règles déontologiques fortes (voire des arbitrages éthiques) (Marcel, 2020b, p. 7).

Les savoirs ainsi produits participent au progrès de l'humanité et visent une forme d'universalité. La fonction praxéologique, quant à elle, « repose sur un primat de l'action sur un travail de praxis sur « la destruction des barrières qui ont divisé la théorie et la pratique (selon la formulation de Dewey, 1929) et sur la primauté de l'acteur » (Marcel, 2020b, p. 8). Elle va s'attacher à produire des savoirs contextualisés centrés sur l'action et une recherche d'efficacité de ces savoirs sur la résolution de la demande initiale formulée. Marcel (2020b) souligne en particulier qu'elle peut être caractérisée par une connaissance par l'action, l'acteur va pouvoir donner du sens à son action par son interaction avec l'ensemble des savoirs du collectif. L'efficacité des savoirs co-construits « se doit d'intégrer un triple niveau d'efficacité : efficacité pour l'acteur, efficacité pour les partenaires directs du groupe de travail et efficacité pour les commanditaires de la R-I (explicitée par la commande) » (Marcel, 2020b, p. 9). Enfin, la fonction critique va concerner en particulier le processus d'émancipation des acteurs qui se produit au sein du TESS. Marcel, la caractérise en s'appuyant sur les dimensions de l'activité critique de Lévy-Leblond (1996) en les rapprochant de De Munck (2011). Il souligne une dimension productrice qui concerne le processus de recherche (par rapport à la validité des résultats), une dimension médiatrice qui concerne la diffusion des résultats à l'externe, et une politique qui concerne le processus de socialisation de la recherche (Marcel, 2020b). Nous développerons l'émancipation des acteurs en lien avec la visée critique dans le chapitre 6 de notre écrit.

2) Le tiers-espace socio-scientifique : un espace de co-élaboration des savoirs

Nous portons notre attention dans cette deuxième partie de chapitre sur la notion de co-élaboration des savoirs au sein du TESS. Nous nous appuyons sur la description de Marcel qui décrit trois temps de co-élaboration des savoirs, plus particulièrement dans ce que l'auteur appelle des cercles de participation (Marcel, 2020b). Le premier cercle de participation (la construction du « en commun ») va « co-élaborer des savoirs dits contextualisés par

l'articulation des démarches heuristiques et des démarches praxéologiques » (Marcel, 2020b, p. 4). Le deuxième cercle (la conquête de la reconnaissance) permet d'ouvrir à l'externe les savoirs ainsi co-élaborés, au travers des produits de l'intervention qui sont présentés en dehors des groupes de travail, ce cercle peut permettre de faire « monter en généralité des savoirs contextualisés » (Marcel, 2020b, p. 5). Le troisième cercle (l'essaimage) ouvre vers une autonomie des deux sphères, il favorise par « la montée en généralité des savoirs contextualisés, une stabilisation de savoirs scientifiques » (Marcel, 2020b, p. 5). Nous portons notre regard sur les deux premiers cercles de participation.

Dans un premier temps, nous allons aborder le travail de définition des notions d'information, de connaissances et de savoirs que nous avons réalisés. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise une information, une connaissance ou un savoir dans une visée d'objectivation de la co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique : à partir de quels éléments pourrions-nous décrire ce processus au sein du TESS ?

Nous soulignerons en synthèse les définitions sur lesquelles nous nous appuierons pour analyser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS (chapitre 10).

2.1 Travailler les définitions des termes information, connaissance et savoir

Chaque acteur du groupe de travail qui s'est engagé dans la démarche de R-I possède des connaissances et des savoirs sur la demande formulée par les commanditaires. Le TESS est considéré comme un espace de mise en circulation des savoirs des acteurs (Gurnade & Marcel, 2015) : « Le terme de circulation rend mieux compte que celui de diffusion de la destination de ces premiers résultats ; les analyses sont avancées, discutées, controversées, déplacées, contrariées, reprises, dans un mouvement de transport qui est aussi un processus de transformation » (Herreros, 2001, p. 113). Le TESS favorise la circulation des savoirs, mais surtout il est envisagé comme un espace de co-élaboration de savoirs contextualisés.

2.1.1 La notion d'information

« La théorie de l'information vient de la cybernétique où l'information désigne une donnée développée par un système afin de régler son comportement » (Atallah, 1991 cité par Gardiès, 2012, p. 86). L'information est définie dans le dictionnaire historique de la langue française comme : « l'information que l'on porte à la connaissance d'un public (…) élément ou système pouvant être transmis par un signal ou une combinaison de signaux » (Rey, 2010). Quéré souligne que nous sommes dans notre environnement entouré d'informations et qu'elles nous permettent d'organiser notre expérience, il décrit que « dans tous ces cas, un état de choses, un fait, une situation ou un événement véhicule une information sur un autre état de choses, un autre fait, une autre situation, ou un autre événement (qui peut être passé ou futur) » (Quéré, 2000, p. 335). Il identifie des caractéristiques de l'information. Elle « requiert un support qui indique quelque chose de différent de lui-même : ce sont essentiellement des faits, des états de choses, des situations ou des événements qui véhiculent de l'information » et « l'information transmise implique un récepteur et est relative à lui, en particulier aux informations dont il dispose déjà » (Quéré, 2000, p. 339). « Informer quelqu'un, c'est le mettre au courant de quelque chose, lui faire connaître un événement, une situation ou un état de choses déterminé »

(Quéré, 2000, p. 340). La personne, ainsi informée, va s'approprier l'information et la stocker dans ses connaissances de la situation qu'elle rencontre. Elle peut (ou pas) décider de prendre une décision en regard de cette information. Ainsi, « l'information, en son sens ordinaire, met en jeu un sujet épistémique, c'est-à-dire un sujet doté de connaissances, muni d'attentes et capable d'apprendre sur les états de choses, les situations et les événements du monde, de former des pensées à leur sujet et de communiquer ce qu'il sait, ce qu'il a appris ou ce qu'il a formé comme pensées » (Quéré, 2000, p. 340). La notion d'information « suppose donc aussi un processus de communication et des opérations à la fois d'organisation du message et de calcul de sa valeur informative ou de sa teneur de signification » (Quéré, 2000, p. 342). « L'échange d'information entre l'émetteur et le récepteur non pas uniquement une unité linguistique, mais une unité de sens » (Prax, 2019, p. 63). La circulation de l'information est à l'origine de la production des connaissances et des savoirs chez les acteurs (Gurnade, 2016).

2.1.2 La notion de connaissance

La connaissance peut se définir, comme l'action ou le fait d'apprendre quelque chose par l'étude et/ou la pratique ; résultat de cette action ou de ce fait : compétence en quelque chose, expérience de quelque chose [128]. Cette définition renvoie à deux caractéristiques de la connaissance : c'est un résultat, un fait et c'est acquis par l'étude et/ou l'expérience. Notons que la connaissance met en relation un individu et une situation. Elle est le résultat de l'expérience personnelle : « nous connaissons quand nous connaissons effectivement, c'est-à-dire quand notre enquête conduit à des conclusions qui règlent le problème dont elle procède » (Dewey, 2014, p. 214). La connaissance se différencie de l'information sur plusieurs éléments (Prax, 2019) :

> Pour qu'une information devienne connaissance, il faut que le sujet puisse construire une représentation qui fasse sens. Pour cela, l'information reçue subit une série d'interprétations (filtres, retraitements), liées aux croyances générales (paradigme), au milieu socioprofessionnel, au point de vue, à l'intention, au projet de l'individu porteur. Contrairement à l'information, la connaissance n'est pas seulement mémoire, item figé dans un stock, mais toujours activable selon une finalité, une intention, un projet. Il y a dans la connaissance une notion de process, la construction d'une représentation finalisante d'une situation, en vue d'une bonne fin (Prax, 2019, p. 63).

D'un point de vue didactique, « une connaissance est ce qui réalise l'équilibre entre le sujet et le milieu, ce que le sujet met en jeu quand il investit une situation » (Laparra & Margolinas, 2010). Pour Margolinas, « la connaissance vit dans une situation ». La notion de situation « représente dans le cadre de l'autonomie des acteurs, leur travail de construction de sens, travail indispensable notamment du fait que ces situations sont souvent le point d'intersection

[128] https://www.cnrtl.fr/definition/connaissance#

d'institutions diverses et hétérogènes générant des conflits de règles ou de croyances » (Sirota, 1993, cité par Margolinas, 2014, p. 16). Ainsi, dans une situation, l'individu va mobiliser des connaissances ou en construire par l'expérience pour faire face à cette situation. De cette expérience, il va acquérir/produire de nouvelles connaissances. Comme le souligne Pastré (2006), la didactique professionnelle cherche à analyser l'activité et à identifier les mécanismes de développement des connaissances. Il expose que la connaissance « n'est pas quelque chose d'extérieur à l'activité, mais quelque chose d'inscrit en elle et qui sert à l'orienter et à la guider » (Pastré, 2006, p. 3). Il distingue d'ailleurs deux formes de connaissance, une forme prédicative ou discursive de la connaissance qui s'exprime en énoncés, et une forme opératoire qui a pour objectif de guider et d'orienter l'action (Pastré, 2006).

Chez Nonaka et Takeuchi (1997), le terme connaissance est décliné en deux catégories : la connaissance dite tacite et celle dite explicite. Les connaissances tacites sont des « connaissances personnelles, difficiles à formaliser en pensée et en parole et souvent liées à un contexte particulier […] profondément enracinées dans l'action et l'expérience d'un individu […] elles sont difficiles à communiquer et à partager avec les autres » (Autissier et al., 2018, p. 66). Les connaissances dites explicites, quant à elles, sont « des connaissances codifiées donc facilement transmissibles entre individus » (Autissier et al., 2018, p. 66). Ce modèle montre une zone de flottement avec la définition des savoirs d'action et ne semble pas appartenir au même modèle cognitif que celui proposé par Barbier (2011).

Barbier propose la définition suivante : « la connaissance est le résultat d'un processus d'intériorisation par les personnalités de réalités qui leur sont extérieures et tout particulièrement d'énoncés sur le monde » (Barbier, 2011, p. 13). Cette définition est explicitée comme suit : « la notion de connaissances renvoie à des états mentaux qui seraient le produit d'expériences cognitives de relation entre des sujets et des objets » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 48). Pour que la construction de sens s'opère chez l'individu faisant face à une situation, il existe une étape d'intériorisation. Les connaissances deviennent des « états mentaux » c'est-à-dire proche de la notion de produit issu d'expériences cognitives et plus particulièrement « des énoncés qui s'inscriraient dans une histoire des sujets concernés » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 48). Elles sont « variables d'un individu à un autre, elles ne sont pas dissociables des sujets qui en sont les supports ou détenteurs supposés, elles ne sont pas cumulables et conservables au sens strict, mais intégrables et activables » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 49). Il semble exister un mécanisme d'appropriation des connaissances par les individus, pour que les connaissances soient mobilisées dans les situations :

> La connaissance ce n'est pas une simple information qu'on traite, classe, stocke comme un objet. C'est une réappropriation par un être humain, par le biais de sa culture, de son milieu socioprofessionnel, de sa représentation personnelle, de son affectivité…Elle devient vivante, elle s'enrichit au fur et à mesure de ses échanges (Prax, 2019, p. 60).

2.1.3 La notion de savoir

Le savoir est un concept qui possède de multiples « caractéristiques » et il existe de nombreuses manières de distinguer les différentes formes de savoirs (Pesce, 2019) par exemple selon : le

type ou la nature du savoir ; leurs usages ou leurs effets ; la catégorie d'acteurs à l'origine des savoirs ou ceux qui en font usage ; les modalités de production ; le statut épistémique ou la valeur de ces savoirs. Barbier et Galatanu soulignent que « bon nombre des notions actuellement en usage pour désigner les sujets humains dans leurs rapports avec leurs activités sont polysémiques et/ou font régulièrement l'objet de glissements sémantiques[129] » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 32). Comme pour le terme connaissance, le terme savoir est utilisé « tantôt pour désigner des énoncés, tantôt pour des composantes identitaires » (Barbier, 2011, p. 9). Dans le langage courant, le savoir peut faire référence « à une réalité extérieure aux individus, communicable et transmissible (par ex. une procédure technique), tantôt au contraire une réalité indissociable des agents individuels et collectifs qui en sont le support (ex. un savoir-faire) » (Barbier, 2011, p. 9).

Barbier et Galatanu décrivent différentes caractéristiques du terme « savoir » :

> les savoirs sont des énoncés socialement valorisés, des énoncés propositionnels associés de façons relativement stables à des représentations ou à des systèmes de représentation sur le monde et sa transformation faisant l'objet d'une reconnaissance sociale et d'un contrôle se situant dans le registre de la validité (épistémique : vrai/faux, pragmatique : efficace/inefficace) et considérées comme susceptibles d'être investis dans des activées de pensée, de communication ou de transformation de l'environnement (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42).

Wittorski reprend également cette définition : les savoirs sont des « énoncés communicables socialement validés » (Wittorski, 2007, p. 149). Du point de vue de la didactique, la caractéristique de socialement validée est identifiée dans la définition de Margolinas (2014) qui considère que le savoir « est une construction sociale et culturelle qui vit dans une institution » (Douglas, 2004 cité par Margolinas, 2014, p. 15)

Lorsque la notion de savoirs désigne un énoncé, une réalité extérieure aux sujets humains et qu'ils sont susceptibles d'être transmis, ils font partie de la catégorie des « savoirs objectivés » (Barbier & Galatanu, 2004). Les savoirs objectivés correspondent à la même zone sémantique que la culture, les règles, les valeurs. Ils sont des réalités ayant le statut de représentations ou de système de représentation ayant donné lieu à des énoncés propositionnels et faisant l'objet d'une valorisation sociale sanctionnée par une activité de transmission-communication, conservables, cumulables, appropriables. Ces énoncés propositionnels font l'objet d'un jugement social se situant dans le registre de la vérité ou de l'efficacité. Ils formalisent une représentation du réel, ils énoncent un lien entre cette représentation et l'objet représenté (Barbier, 2011). Lorsqu'ils désignent un état, une réalité au contraire indissociable du sujet humain, ils deviennent des « savoirs détenus » (Barbier & Galatanu, 2004), ils « s'inscrivent dans la zone sémantique des capacités, connaissances, compétences, aptitudes. Ils sont des

[129] Pour les auteurs le terme sémantique est synonyme de lexique.

réalités dont la présence n'est jamais qu'inférée ou supposée, à partir d'un constat d'un comportement, d'une pratique, d'une action ou d'un ensemble d'action (Barbier, 2011, p. 10). Nous retiendrons une première distinction entre la notion de « savoirs détenus » et celle des « savoirs objectivés ».

Dans deux mobilisations différentes, Barbier (2011), souligne qu'il existe deux types d'énoncés : des énoncés de type « affirmatif » et des énoncés de types « opératifs ». Les énoncés « affirmatifs » apparaissent « dans le contexte d'activités de production de représentations sur le réel, comme les actes de connaissance d'un objet, d'une personne, d'une situation physique et sociale » (Barbier, 2011, p.14). Ces derniers apparaissent dans des contextes de transformation du réel et se situent sur le registre du vrai/faux (Barbier, 2011). Les énoncés affirmatifs sont découpés en deux types. Ils peuvent être des énoncés « descriptifs », c'est-à-dire directement relatifs à un objet, savoirs factuels ou explicatifs. Ils sont relatifs à des relations entre des classes d'objets, d'événements ou de situations. Ils apparaissent alors dans des situations « d'établissement de faits, de recueil de données, de production d'information » (Barbier, 2011). Ils peuvent être des énoncés dits « explicatifs » relatifs à des relations entre des classes d'objets, d'événements ou de situations (Barbier, 2011). Ces énoncés « apparaissent à l'occasion d'activités d'analyse, de compréhension, d'interprétation » et « ils ont une grande importance dans les activités préalables ou accompagnant les activités de transformation du réel : analyse de situation, diagnostic, production de savoir » (Barbier, 2011, p.15).

La deuxième mobilisation concerne les énoncés de type « opératif » apparaissant dans le contexte direct d'activités de transformation du réel (Barbier, 2011). Les acteurs qui les énoncent sont dans « une activité de prise de conscience, d'explicitation et de mise en mots » (Barbier, 2011, p.15). Nous nous appuierons également sur cette description fine des caractéristiques des énoncés pour objectiver la co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS.

Nous retiendrons que : « Parler d'un savoir, c'est, nous l'avons vu, tenir un discours sur un énoncé. Parler d'une capacité ou d'une attitude, c'est tenir un discours sur un sujet social » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 58). Le savoir est identifiable dans l'analyse des énoncés des acteurs qui les formulent. Ainsi, « sous l'aspect de la relation, le savoir se manifeste par une manière d'être du sujet dans son monde, une manière de se situer en lui et de le percevoir » (Schlanger, 2009, p.21).

Le travail de définition que nous avons réalisé *supra* nous amène à retenir que : « Le mot information peut désigner le fait d'informer, c'est-à-dire l'acte de communiquer à autrui un élément de connaissance qu'il ne possédait pas et ne pouvait pas trouver en lui-même. Il peut désigner aussi le résultat de cet acte : le renseignement, la nouvelle » (Reboul, 2010, p. 19). Nous retiendrons également que l'information dépend toujours d'une source extérieure et qu'elle peut être transmise. À sa réception, l'individu s'approprie l'information selon son système de référence et choisit soit de la stocker, soit de mettre en œuvre une action en regard de son interprétation. Cette définition nous permettra de distinguer au sein du TESS les énoncés qui sont de l'ordre d'une information et ceux qui sont de l'ordre des savoirs. Nous retiendrons également que la connaissance est une construction de sens par un individu, élaborée dans l'expérience d'une situation, elle est appropriée et intériorisée par ce dernier, afin qu'elle soit mobilisable et activable dans d'autres situations. Le processus de construction de la connaissance semble être interne à un individu inscrit dans un environnement. Il s'appuie sur une réappropriation et une construction de sens et « résiste » à la notion de co-construction. Enfin, le « savoir est une relation entre le sujet et son monde, un produit celui de leur interaction ; un résultat, c'est-à-dire quelque chose qui à sa manière subsiste après cette interaction, qui possède une certaine autonomie et qui de ce fait est employable et transmissible » (Schlanger, 1978, cité par Wittorski, 2007, p. 56). Ils sont identifiables sous forme d'énoncés, socialement valorisés et transmissibles. Ils peuvent représenter soit une réalité extérieure (savoirs objectivés) soit une réalité indissociable du sujet (savoirs détenus) (Barbier & Galatanu, 2004). Nous nous appuierons sur ces définitions pour identifier au sein du TESS les savoirs en interaction et ceux qui seront co-élaborés. Il s'agira pour nous d'observer et d'identifier les différents énoncés formulés concernant des « savoirs détenus » et des « savoirs objectivés ». Cette identification nous permettra de caractériser les savoirs qui circulent au sein du TESS et de distinguer le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés.

2.2 Co-élaboration des savoirs au sein d'un espace socio-scientifique

Le savoir est issu d'une construction sociale (Barbier, 2011). Pour comprendre leur « ordonnancement social, il semble souhaitable d'analyser les conditions de leur énonciation, de leur communication, de leur mobilisation et éventuellement de leur valorisation » (Barbier, 2011, p.10). En examinant les conditions de leurs énonciations, nous pouvons observer que les savoirs vont être caractérisés en fonction de leurs natures (savoirs d'actions, théoriques…). Les définitions que nous avons proposées ci-dessus vont nous permettre d'esquisser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS que nous essayons dans cette recherche d'objectiver. Prax souligne que :

> Dans une perspective sociocognitive, une société ne peut émerger sans flux de connaissances. L'échange d'informations et de connaissances est le ciment qui construit une société. Les systèmes sociaux sont basés sur une communication qui prend du sens pour et entre leurs agents. Le langage y devient l'outil d'élaboration et de partage d'une vision commune de l'environnement, d'équilibration, au sein de la communauté et avec le monde extérieur (Prax, 2019, p. 65).

En ce qui concerne la construction des savoirs, Barbier souligne que « les savoirs paraissent faire l'objet d'une construction sociale dont la signification peut être élucidée par le repérage des contextes de leur apparition et de leur développement » (Barbier, 2011, p. 10). L'auteur distingue, trois types d'espaces sociaux (Barbier, 2011). Il distingue un premier type, les espaces sociaux qui privilégient leurs mobilisations : ces espaces sont représentés par l'espace du travail ou celui de vie. Dans cet espace, on peut observer la production des savoirs, leur mobilisation et leur communication. Au niveau professionnel, ces espaces sociaux sont représentés par les temps de collectif de travail ou de relation d'apprentissage comme le tutorat. Dans ce type d'espace, on peut identifier des savoirs d'actions, comme le savoir d'expérience, ou le savoir professionnel (Barbier, 2011). Le deuxième type concerne des espaces sociaux à fonction dominante de production de savoirs. Ces espaces sont plutôt représentés par des espaces de recherche :

> Dans de tels espaces, la production de savoirs prend bien entendu au contraire les caractéristiques d'une pratique présentant une autonomie relative et régie par des règles spécifiques (explicitation des démarches, confrontation des résultats, accumulation, etc.). À la différence de la situation précédente, pour être mobilisés, les savoirs ainsi produits doivent faire l'objet d'un transfert ou d'une transposition dans la logique d'un autre champ (Barbier, 2011, p. 11).

Notons que pour être mobilisés, les savoirs produits dans ce type d'espace doivent faire « l'objet d'un transfert ou d'une transposition dans la logique d'un autre champ » (Barbier, 2011, p.11). Ici, nous retrouvons plutôt par rapport à leur construction sociale des savoirs qualifiés de disciplinaires, académiques, scientifiques ou technologiques et se rapprochant de la dénomination : savoirs théoriques. Le dernier type concerne des espaces à fonction dominante de communication et de diffusion des savoirs en vue de leur appropriation. Ces espaces font référence à la formation qu'elle soit initiale (école) ou continue. Les constructions sociales associées à ces espaces renvoient à la notion de savoirs de référence, des savoirs curriculaires ou didactisés. Dans ce type d'espace, également, est associée la notion de savoirs théoriques.

Barbier rajoute que lorsqu'on évoque des « savoirs considérés comme des composantes identitaires, ces phénomènes de construction sociale paraissent présenter des effets encore plus forts » (Barbier, 2011, p. 12). L'espace de production du savoir va teinter celui-ci d'une caractéristique, d'une logique d'application. Nous retiendrons que « Le savoir est l'œuvre d'individus, mais d'individus travaillant en coopération, dépendant les uns des autres, se faisant part de leur expérience et de leurs idées. » (Budd, 1979, p. 431)

Nous allons dans les paragraphes ci-dessous identifier les différents savoirs (par rapport à leurs natures) qui vont entrer en interaction au sein du TESS. Puis, selon les trois cercles de participation, nous décrirons les caractéristiques de la co-élaboration des savoirs au sein du TESS. Enfin, nous proposerons en dernière partie un modèle de co-élaboration de savoirs au sein d'un espace socio-scientifique qui mobilise une enquête au sens de Dewey (1938) de type « évaluative ».

2.2.1 Mettre en interaction une diversité de savoirs au sein du TESS

Dans notre situation, tout d'abord, nous pouvons distinguer différents savoirs par rapport à leurs natures qui sont susceptibles d'entrer en interaction au sein du TESS en regard de la diversité des acteurs présents. Pour rappel, dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, nous retrouvons des chercheurs en sciences de l'Éducation et de la formation porteurs d'un savoir scientifique, des professionnels de santé porteurs d'un savoir qualifié « d'expert » dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse du patient, des professionnels de santé de différentes disciplines, porteurs de savoirs d'action. Pour les professionnels qualifiés « d'expert », nous faisons référence à la notion d'expertise au sens de Lascoumes : « l'expert est celui qui détient un savoir particulier dans un milieu professionnel. Il est un spécialiste reconnu parmi les autres professionnels de sa spécialité » (Lascoumes, 2002, p. 370). Il est aussi « devenu celui qui est appelé en tant que spécialiste dans un autre espace professionnel que le sien pour aider à produire un jugement » (Lascoumes, 2002, p. 371). En regard des définitions de Barbier (2011) du savoir que nous avons retenues *supra,* nous pouvons distinguer au sein du TESS : trois types de savoirs différents de par leurs natures.

Dans un premier temps, nous identifions des savoirs dits théoriques : « des savoirs sont dits théoriques lorsqu'ils sont établis et reconnus par et dans une communauté scientifique et culturelle donnée, à une époque donnée (certaines lois de la physique classique, par exemple), en dominante, selon un critère de vérité » (Wittorski, 2007, p. 149). Ils sont « traditionnellement assimilés à des savoirs disciplinaires, qu'il s'agisse de disciplines de recherche ou d'enseignement, ou même de disciplines professionnelles. » (Barbier, 2011, p. 4). Une discipline est un champ de savoir spécifique. Les savoirs scientifiques « n'ont pas vocation à produire l'action, ils sont mobilisés dans la construction d'un savoir ayant des finalités pratiques. » (Fauré et al., 2017, p. 12).

Dans un deuxième temps, nous identifions des savoirs qui peuvent être dits d'action : « Lorsqu'une communauté sociale (composée des titulaires d'une même activité) décide de valider un énoncé en traduisant une séquence d'action jugée, en dominante efficace » (Wittorski, 2007, p. 150). L'auteur souligne que « le critère est ici celui de l'efficacité pour l'action, l'enjeu est celui de l'organisation de pratiques efficaces localement et de la production d'une identité sociale » (Wittorski, 2007, p. 150). Ces derniers sont « Traditionnellement assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs d'expérience, aux savoirs informels, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action » (Barbier, 2011, p. 4). Ils peuvent être nommés « savoirs relatifs aux transformations du réel » (Barbier, 2011, p. 4).

Et enfin, des savoirs dits professionnels : « lorsqu'une communauté professionnelle ou souhaitant le devenir décide de valider un énoncé traduisant une séquence d'action jugée, en dominante, « distinctive et légitime » en vue de le faire valoir et reconnaître dans l'espace social » (Wittorski, 2007, p. 150). L'auteur souligne que « le critère est ici celui de la légitimité et de la meilleure reconnaissance dans l'espace de reconnaissance choisie et l'enjeu réside dans la lisibilité sociale et la production d'une identité professionnelle » (Wittorski, 2007, p. 150). Les savoirs professionnels selon Leplay (2008) s'appuient sur quatre présupposés : ils ont pour objet des activités de professionnels, ces activités comportent du singulier et du général, ils ont un rapport avec des compétences. Enfin, le quatrième présupposé expose que « les

professionnels en activité acquièrent une expérience et des connaissances tacites, qu'ils sont susceptibles de transformer en énoncés par leur activité de prise de conscience et de réflexivité dans et sur leur activité professionnelle. » (Leplay, 2008, p. 65). Les savoirs professionnels pour l'auteure comportent quatre caractéristiques.

Un « savoir professionnel » est un énoncé qui met en relation les trois types d'éléments suivants :

- Une classe de situations professionnelles,
- Une classe d'actions, correspondant à cette classe de situations,
- Une classe de résultats attendus de cette classe d'actions, dans cette classe de situations.

La relation entre classe de situations et classe d'actions est exprimée par un « jugement de pertinence ». La relation entre classe d'actions et classe de résultats est exprimée par un « jugement prédictif d'efficacité ». L'ensemble de cet énoncé, porté par une personne, est partagé au sein d'un groupe professionnel (Leplay, 2008, p. 66). En conclusion, nous retiendrons que les savoirs professionnels :

> Ne sont ni la juxtaposition de savoirs pratiques, de savoirs techniques, de savoirs scientifiques, ni leur somme, mais des savoirs de ces trois types relus, réinterprétés par une logique de l'action dont les caractéristiques seront celles à prendre en compte : finalités, valeurs, inscription dans une temporalité (Raisky, 1993 cité par Altet, 2008, p. 94).

Les critères de jugement ou de validation cités ci-dessus et associés à certains types de savoirs ne sont pas exclusifs, il s'agit de souligner le critère dominant. Enfin, nous appuyons que les savoirs issus de la recherche qui ne sont pas homogènes : « ne sont pas d'un seul tenant […] elle produit, des théories fondamentales et des savoirs plus procéduraux » (Perrenoud et al., 2008, p. 9). Les représentations sociales associées aux acteurs engagés dans le collectif les assignent à la place d'individus mobilisant préférentiellement tels ou tels types de savoirs. Dans la situation que nous avons accompagnée, les représentations sociales du collectif pourraient ainsi identifier que les savoirs dits théoriques sont majoritairement mobilisés par les chercheurs et les experts (la CoMéDiMS), les savoirs d'action par les professionnels de santé des groupes de travail.

Nous retiendrons que les rapports entre ces savoirs sont en tension. Barbier (2011) parle de paradigme de pensée construit sur un rapport théorie/pratique persistant et étant surinvesti. Ce rapport peut être décrit par deux éléments. D'une part, « la théorie c'est ce qui appartient à l'ordre de l'universel, de l'abstrait, des « hautes terres », du déductif, de l'applicable, du transposable dans la pratique » (Barbier, 2011, p.6). D'autre part, « la pratique c'est ce qui appartient à l'ordre du contingent, du local, de l'éphémère, du complexe, de l'incertain, des « basses terres », de l'inductif, de ce qui nourrit la théorie » (Barbier, 2011, p. 6). Ainsi, les savoirs d'action sont associés à la pratique et les savoirs théoriques aux disciplines. Nous nous intéressons en particulier à explorer la production de savoirs par des acteurs hétérogènes engagés dans une action d'ingénierie de formation.

Dans notre situation et en regard de l'ensemble des définitions décrites *supra,* nous identifions que différents savoirs entrent en interaction au sein du TESS de la R-I. Ces savoirs sont différents par leurs natures (théoriques, d'action, professionnels), mais également par les acteurs qui vont les mobiliser dans cet espace (chercheurs, experts, professionnels de santé). Nous identifions également que leurs contextes d'apparition et de développement (construction sociale) sont différents : espace de mobilisation pour les professionnels de santé, espaces de production de savoirs pour les chercheurs et les experts. Notons aussi que c'est dans un espace nouveau le tiers-espace socio-scientifique que ces mêmes acteurs vont être amenés à co-élaborer des savoirs contextualisés repérables sous forme d'énoncés. Les différentes caractéristiques du savoir que nous avons identifiées nous invitent à formuler des questionnements :

- Comment des professionnels porteurs de savoirs différents, vont-ils pouvoir s'engager dans un projet de co-construction de dispositifs de formation ?
- Comment des professionnels qui produisent habituellement ces savoirs dans des espaces différents (espace de recherche pour les experts, espace de mobilisation pour les professionnels) peuvent-ils confronter/mettre en discussion leurs savoirs produits dans des logiques différentes ?
- Comment ces mêmes professionnels vont-ils parvenir à répondre à la finalité du groupe de travail, c'est-à-dire co-élaborer des savoirs contextualisés ?

2.2.2 Ouvrir un espace socio-scientifique de co-élaboration de savoirs

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 2 de cet écrit, le tiers-espace socio-scientifique de la R-I est un espace de co-élaboration de savoirs contextualisés au sein de deux cercles de participation. Desgagné (1997) souligne que les recherches collaboratives reposent sur l'idée d'un rapprochement entre chercheurs et praticiens et qu'elles supposent « la co-construction d'un objet de connaissance entre un chercheur et des praticiens » (Desgagné, 1997, p. 372). Dans la situation que nous accompagnons, il s'agit de la co-élaboration de savoirs contextualisés dans le cadre d'une recherche participative. Le terme « participative » souligne le fait que les acteurs prennent part à cette élaboration des savoirs qui sont contextualisés c'est-à-dire qu'ils font référence à une pratique professionnelle. Cette co-construction ne se fait pas « sans une prise en compte de la compréhension qu'a le praticien des situations de pratiques à l'intérieur desquelles il évolue » (Desgagné, 1997, p. 373). Notons que la posture du chercheur-intervenant (chapitre 3) par son interaction avec les praticiens peut orienter[130] la co-élaboration des savoirs (Desgagné, 1997). Dans la situation que nous avons accompagnée, nous rappelons que la posture du chercheur-intervenant que nous avons occupé est venue soutenir la mise en interaction des savoirs hétérogènes au sein du tiers-espace socio-scientifique. En tant que médiateur, nous avons veillé au respect des conditions de

[130] C'est-à-dire donner un sens.

fonctionnement du TESS : absence de hiérarchie implicite entre les acteurs, liberté d'expression. L'expérience de Defraigne Tardieu (2012) distingue différents processus dans la co-construction de savoirs : « partage, reconnaissance, qualification et confrontation de ceux-ci pour aller vers la production d'un nouveau savoir validé en commun » (Defraigne Tardieu, 2012, p. 309).

Nous nous appuyons sur la schématisation suivante (que nous avons proposée dans le chapitre 2) pour représenter les phases de co-élaboration du savoir au sein du TESS :

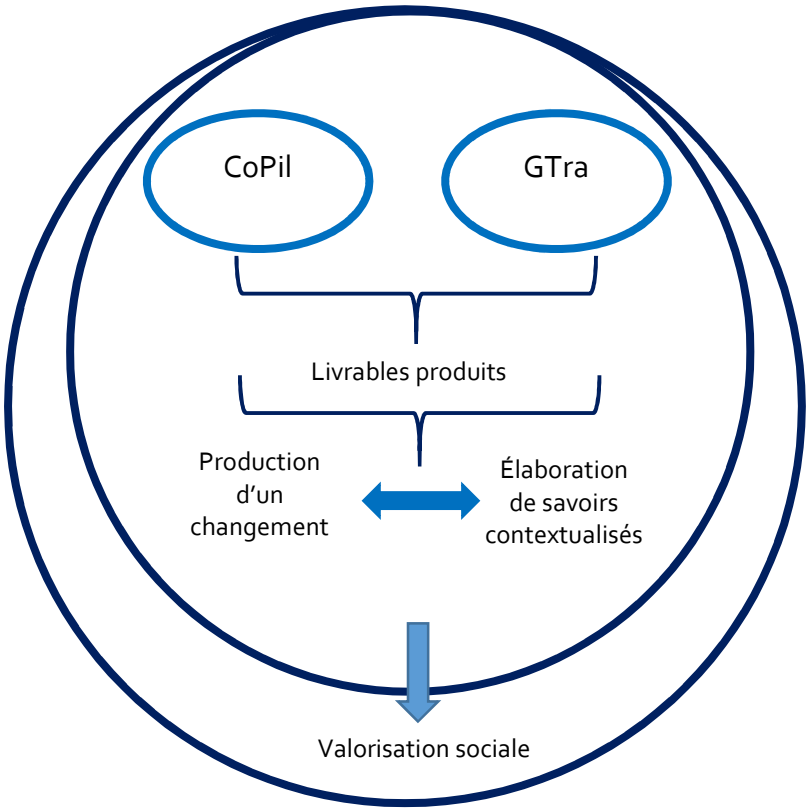


Figure 18 : Les deux premiers cercles de participation du TESS (Hédacq, 2023)

Dans la R-I que nous menons, nous nous intéressons aux caractéristiques de cette co-élaboration des savoirs au sein du TESS et plus particulièrement dans les deux premiers cercles de participation. Nous cherchons à objectiver et caractériser la co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS dans le premier cercle de participation ainsi que leur montée en généralité dans le deuxième cercle de participation.

3) Proposition d'un modèle de co-élaboration de savoirs au sein d'un tiers-espace socio-scientifique

Élaborer signifie « transformer par un long travail »[131]. Le préfixe « co », qui vient du latin « *cum* », c'est-à-dire « avec », souligne ici les notions d'association, de participation, de simultanéité. Co-élaborer pourrait souligner la participation active d'acteurs dans le travail d'énonciation des savoirs permettant de les formuler sous forme d'énoncés au sein du TESS. Dans la recherche que nous menons, nous utiliserons préférentiellement les termes « co-élaborer » ou « co-élaboration » des savoirs au sein du TESS. Nous souhaitons ainsi souligner notre objectif qui s'intéresse à l'identification des étapes de co-élaboration des savoirs dans un tiers-espace socio-scientifique par la participation de différents acteurs. La notion de « co » permet de souligner le caractère participatif de ce travail de transformation des énoncés. Nous chercherons plus particulièrement à proposer une modélisation du processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique. Ce dernier commence par la mise en relation des savoirs de la sphère de la Recherche et ceux de la sphère de l'Intervention. Le savoir co-élaboré sera la traduction du rapprochement entre science et action. Nous pensons que l'engagement des deux sphères dans cette démarche transformative va permettre un changement de représentations, de regard que les deux sphères entretiennent l'une envers l'autre. Puis nous allons, définir les différentes formes possibles de co-élaboration des savoirs en regard des écrits de Mondada (2005). Elle s'est intéressée à l'élaboration des savoirs dans des espaces scientifiques en analysant les interactions des acteurs.

3.1 La modélisation des interactions

Nous souhaitions préciser que le TESS tel que nous l'avons co-construit avec les acteurs au sein de la R-I par la rédaction de la commande peut être décrit comme un espace d'interaction. L'interaction est l'action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes et des groupes[132] . Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Mondada (2005) qui s'intéresse à la manière dont le savoir scientifique est élaboré dans des équipes de recherche, au fil des activités quotidiennes et plus particulièrement dans des laboratoires de recherche. L'auteur, linguiste, porte son regard sur les interactions entre les acteurs et souligne que le « savoir ne jaillit pas *ex nihilo* du cerveau génial d'un individu isolé, mais se constitue progressivement au fil d'échanges, de discussions et de séances de travail où des collectifs réfléchissent ensemble » (Mondada, 2005, p. 10). Ainsi, elle considère que « les réunions de travail de groupe scientifiques sont un lieu privilégié pour observer la façon dont le savoir est accompli dans l'interaction » (Mondada, 2005, p. 61). Elle souligne que « des perspectives différentes s'expriment dans l'interaction. Elles viennent d'énonciateurs différents, d'experts ayant chacun

[131] https://www.cnrtl.fr/lexicographie/Elaborer#
[132] https://www.cnrtl.fr/definition/interaction#

ses compétences, de professionnels engagés différemment dans l'action » (Mondada, 2005, p. 13).

Ces différentes interactions aboutissent à des énonciations d'énoncés explicites, qui peuvent s'affronter dans l'interaction. Elle rajoute que « l'interaction est souvent marquée dans le débat scientifique par la controverse, le désaccord, la négociation » (Mondada, 2005, p. 13). Son constat repose sur le fait que « les objets de savoirs peuvent à tout moment être fragilisés, déstabilisés dans et par la discussion » (Mondada, 2005, p. 13). Pour elle, observer ces interactions entre scientifiques souligne que l'élaboration du savoir est une démarche « d'intelligence collective bouleversant les définitions traditionnelles des places, catégories, identités » (Mondada, 2005, p. 15). L'auteur s'intéresse donc « aux procédés interactionnels par lesquels un objet de discours - argument, thème, idée, solution …- est proposé dans un premier tour de parole pour être ensuite traité, repris, transformé, dans le tour suivant par les interactants » (Mondada, 2005, p. 61). Elle s'appuie sur le principe de la « séquentialité de l'interaction qui souligne la façon dont les objets de discours, une fois introduits par un premier locuteur, sont ensuite accueillis, reconnus, repris, transformés, par un deuxième locuteur (Mondada, 2005, p. 61). La séquentialité de l'interaction :

> permet ainsi d'observer comment tel objet de discours, qui coïncide avec tel objet de savoir - un concept, une thèse, une proposition théorique …- s'est proposé au groupe et comment il est ensuite traité par lui, reconnu comme objet central pour le projet scientifique en cours, ou écarté comme un objet non pertinent (Mondada, 2005, p.62).

Il s'agira donc dans la recherche que nous menons de nous intéresser, aux énoncés formulés par les acteurs dans les espaces d'interactions que nous avons proposés, centré sur l'objectif de co-élaboration des dispositifs de formation. Nous pouvons nous interroger sur les interactions qui vont s'y produire :

- Pourront-elles permettre la co-élaboration des savoirs ?
- Quels seront les savoirs qui seront retenus et validés par les acteurs ?
- Quels sont ceux qui feront l'objet de controverses, de désaccord, de négociation ?
- Est-ce que des changements de représentations dans le rapport savoirs théoriques savoirs pratiques, entre le savoir des experts et celui des professionnels seront observables ?

3.2 De l'expression des savoirs détenus à la formulation des savoirs objectivés

Les acteurs des groupes de travail vont réaliser l'analyse de la demande (construire des dispositifs efficaces) et mettre en œuvre une enquête évaluative afin de définir les dimensions qui caractérisent l'objet de leurs enquêtes : les dispositifs de formation. Cette activité réflexive, menée en interaction avec différents acteurs, s'appuie sur des phases de problématisation, d'analyse des pratiques, de description des activités. En nous adossant à la caractérisation des savoirs de Barbier (2011), nous allons chercher à identifier dans cette activité réflexive, qu'est l'enquête évaluative, le processus d'élaboration des savoirs contextualisés (Marcel, 2020b). La mise en œuvre de l'enquête évaluative s'effectue en s'appuyant sur la participation des acteurs,

ils co-élaborent les solutions en suivant des étapes d'analyse et de questionnement. Nous accompagnons ce processus de co-élaboration des savoirs en utilisant des outils de la sphère de la recherche (entretiens semi-directifs, *focus groups*…). Le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés que nous avons accompagnés au sein du tiers-espace socio-scientifique pourrait être décrit comme suit :

- Une phase d'émergence des savoirs : La phase d'entretiens semi-directifs avec les professionnels engagés dans le projet de recherche va permettre de favoriser une réflexivité des acteurs sur leurs pratiques professionnelles et contribuer au diagnostic de la situation indéterminée ;
- Une phase de formulation des énoncés : La phase de l'enquête évaluative va mettre en interaction des individus porteurs de savoirs et de connaissances différent(e)s. Ces savoirs dits détenus ou ces connaissances dites explicites vont permettre aux acteurs d'entrer en interaction sur l'objet de l'enquête évaluative qu'ils vont mener : les dispositifs de formation.
- Une phase de valorisation sociale des énoncés : au sein du groupe de travail, elle va permettre le passage de l'expression des savoirs détenus à des savoirs objectivés en les stabilisant.

Les énoncés formulés peuvent être sous plusieurs formes : des énoncés affirmatifs (descriptifs ou explicatifs) ou des énoncés opératifs.

Nous proposons une première schématisation de ce processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS qui sera confronté à l'analyse des éléments empiriques.

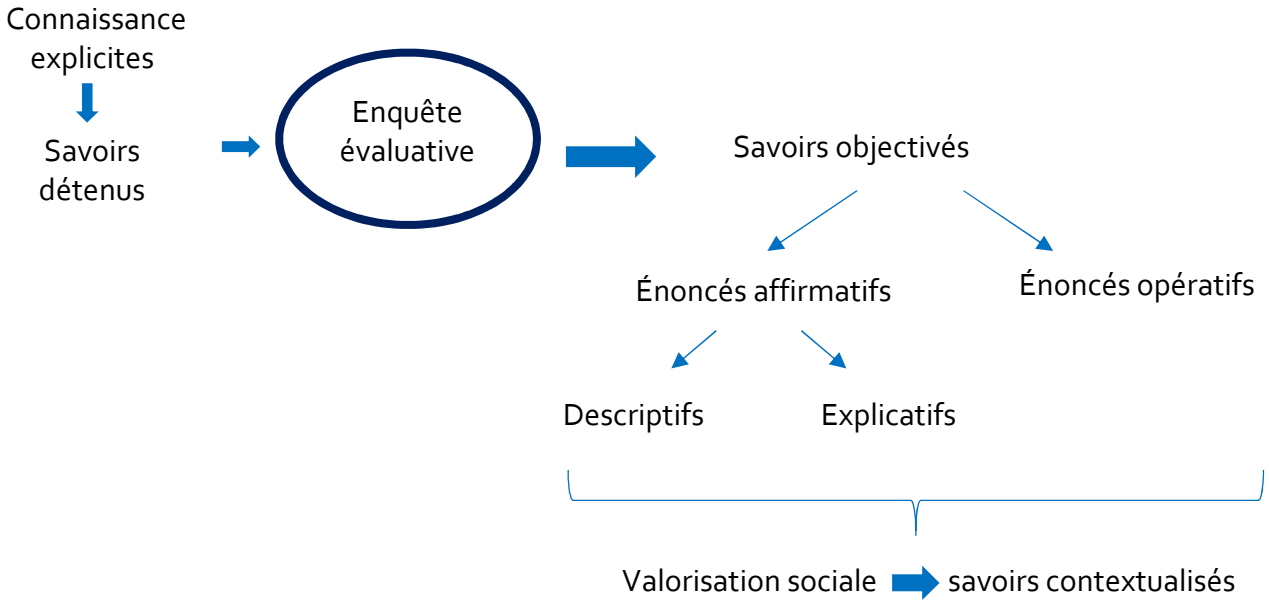


Figure 19 : Processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS (Hédacq, 2023)

Synthèse du chapitre 5
D'un espace « d'entre d'eux » à un espace de co-élaboration des savoirs

Le tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention représente le trait d'union entre la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention. Un « tiers-espace » (Bazin, 2013) peut s'installer dans des situations où il manque des interfaces pour créer du dialogue permettant ainsi de faire émerger des solutions dans des contextes de perturbation de l'action. La co-élaboration des savoirs au sein du TESS repose sur deux conditions la dimension participative forte des acteurs qu'il favorise et l'absence de hiérarchie entre les connaissances et les savoirs des différents acteurs. Caractérisé comme « un morceau de société qui se met en recherche sur elle-même » (Bazin, 2013), il poursuit l'objectif dans la recherche que nous avons menée de retrouver une continuité dans l'action. Il met en relation des acteurs évoluant dans deux sphères différentes, voire opposées (la Recherche et l'Intervention) par leurs finalités (connaître/agir), par la nature de leurs savoirs (savoirs scientifiques/savoirs professionnels), la validation de ces derniers (académique/sociale) et leurs légitimations.

Notons que dans la recherche que nous avons menée, des savoirs d'experts, des savoirs d'actions et des savoirs scientifiques circulent (Gurnade, 2016) et rentrent en interaction (Mondada, 2005). L'ouverture du tiers-espace socio-scientifique permet d'installer un espace « d'entre-deux » (Jullien, 2018), c'est-à-dire qu'il va mettre en tension les deux sphères pour maintenir un « écart » (Jullien, 2018). Cet écart favorise la réflexivité des acteurs des deux sphères en leur permettant de questionner leurs pratiques et d'avoir une réflexion sur l'action d'ingénierie de formation. Au sein du TESS les savoirs contextualisés sont co-élaborés par les interactions des différents acteurs selon trois cercles de participation (construction du en commun, conquête de la reconnaissance et essaimage) permettant leurs montées en généralité (Marcel, 2020b). Ces savoirs sont des « énoncés socialement valorisés et transmissibles » (Barbier, 2011). Le TESS peut favoriser le passage des savoirs détenus aux savoirs objectivés (Barbier & Galatanu, 2004). Ils peuvent être de différents types affirmatifs (descriptifs ou explicatifs) ou opératifs. Dans une visée heuristique, la recherche que nous menons nous cherchons à identifier les caractéristiques du processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS.

Chapitre 6 - Le TESS un espace potentiel d'émancipation des acteurs

Dans le prolongement du chapitre cinq qui s'attachait à décrire le tiers-espace socio-scientifique comme un espace de co-élaboration des savoirs, le chapitre six s'intéresse au lien possible entre « co-élaboration des savoirs » et « émancipation des acteurs » au travers du projet mis en œuvre par le collectif. Nous mettons à l'épreuve l'idée que la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs engagés dans le projet. Nous rappelons ici par le lien entre « co-élaboration des savoirs et émancipation des acteurs » que :

> La R-I, comme nous la concevons, respecte à la fois les exigences scientifiques (épistémologiques, théoriques et méthodologiques) auxquelles toute recherche est soumise tout en répondant dans le même temps à des demandes sociales par la coproduction de recommandations, de dispositifs, de ressources pour aider à penser et à agir autrement dans le respect des personnes et de leurs contextes d'existence (Marcel & Bedin, 2018, p. 80)

Le processus de co-élaboration des savoirs mis en œuvre au sein du tiers-espace socio-scientifique par un groupe d'acteurs hétérogènes produit des « ressources pour aider à penser et à agir autrement » (Marcel & Bedin, 2018, p. 80). Dans cet espace, les savoirs de la sphère de la Recherche et les savoirs de la sphère de l'Intervention (savoirs scientifiques, savoirs experts et savoirs d'action) entrent en interaction. Nous soutenons l'hypothèse d'un enrichissement réciproque contribuant à l'expression « d'une tierce voie » (Robert & Marcel, 2019). Les conditions de fonctionnement de ce tiers-espace socio-scientifique : absence de hiérarchie, participation active des acteurs quel que soit leurs rôles ou leurs statuts dans l'institution au processus de recherche « constituent le terreau du processus d'émancipation » (Marcel, 2020b). Il s'agit dans la situation que nous accompagnons d'amener le collectif à travailler ses rapports aux savoirs et à dépasser une certaine hiérarchisation implicite entre les savoirs d'expert, les savoirs d'actions et les savoirs scientifiques pour co-élaborer des savoirs contextualisés.

Notons que l'engagement de ce collectif dans ce projet vise l'amélioration du contexte professionnel dans lequel il évolue (il s'agit d'accompagner les nouveaux-arrivants dans leur prise de poste et d'améliorer la gestion des armoires à pharmacie qui sont utilisées quotidiennement). Cette possibilité de participer à l'optimisation du contexte professionnel sous-tend l'idée d'une transformation de la situation actuelle vers une situation « meilleure » et symboliquement plus « juste » (Sen, 2012). L'accompagnement du changement par une Recherche-Intervention « assume une fonction transformatrice du social et un engagement pour une recherche citoyenne » (Marcel, 2020b, p. 102). La dynamique émancipatrice des acteurs peut se traduire par des « déplacements depuis des places auxquelles se trouvaient assignés au départ, les participants vers de nouvelles places mieux en phase avec leurs aspirations » (Marcel, 2020b). Ce qui peut signifier dans le contexte professionnel, de pouvoir participer à la prise de décision, aux débats de normes, de se sentir valorisé, d'améliorer sa capacité d'agir dans l'organisation, de participer à l'élaboration des dispositifs. Dans la situation que nous étudions, il s'agit également de favoriser une meilleure reconnaissance et une valorisation des savoirs des professionnels de santé.

Dans un premier temps, nous allons dans ce chapitre définir la dynamique émancipatrice par la description de différentes figures (Galichet, 2014), dimensions (Charbonnier, 2013) et formes (Galichet, 2018a) qu'elle peut prendre (1). Nous aborderons ensuite la notion de collectif engagé autour d'un projet de co-élaboration de savoirs contextualisés favorisant la dynamique émancipatrice des acteurs (2). Enfin, en nous appuyant sur un outil d'évaluation de l'émancipation conçu par Delvaux et Delvaux (2012), nous identifierons les éléments permettant d'objectiver cette dynamique émancipatrice dans un projet collectif (3). Nous distinguons ce qui est de l'ordre d'une logique d'évaluation qui amène à comparer un référé (ce qu'on observe) à un référent (une référence, un idéal) et ce qui est de l'ordre de l'objectivation c'est-à-dire caractériser l'émancipation telle que nous pourrions l'observer dans le tiers-espace socio-scientifique. Dans ce chapitre, nous développerons le questionnement suivant : quels sont les éléments qui nous permettraient d'objectiver que le tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention est un espace potentiel d'émancipation des acteurs ?

1) Décrire la notion d'émancipation

En nous appuyant sur l'approche de Galichet (2014), nous proposons dans les paragraphes ci-dessous d'explorer la notion d'émancipation. Il s'agira d'identifier des descripteurs (Marcel, 2017) de cette notion.

1.1 Des figures différentes de l'émancipation en fonction du contexte politique et social

Le terme d'émancipation prend sa source dans l'antiquité : « au sens propre, l'émancipation désigne l'acte juridique par lequel un maître affranchissait un esclave lui appartenant » (Galichet, 2014, p. 7). La première signification du mot émancipation appartient donc au domaine juridique. Cette signification existe toujours dans les textes du Code civil relatif à l'émancipation des mineurs (article 413-1 à 413-8 du Code civil) : « Le mineur émancipé cesse d'être sous l'autorité de ses père et mère ». L'auteur souligne que très rapidement ce terme a pris une signification métaphorique et une dimension universelle :

> Tous les hommes, d'une manière ou d'une autre, sont esclaves – de leurs passions, de leurs ambitions, de leurs habitudes, de leurs inclinations, mais aussi d'autres hommes qui les dominent par le savoir, la force ou la ruse. Tous ont un maître et même plusieurs. Tous sont invités à s'émanciper (Galichet, 2014, p. 7).

La signification du terme émancipation a constamment évolué en regard des différents contextes historiques et sociaux dans lequel il a été utilisé : « les réflexions contemporaines sur les fins et les moyens de l'émancipation sociale ne peuvent pas être séparées du contexte social spécifique dans lequel elles se développent aujourd'hui, en rapport avec de nouvelles formes de domination que la critique sociale cherche à décrire, contester et combattre » (Cukier et al., 2013, p. 10). Galichet (2014) analyse cette évolution au travers de trois figures de l'émancipation (qui correspondent à des périodes de l'histoire) : antique, classique et moderne proposant ainsi l'identification des caractéristiques (ou descripteurs) décrivant le terme d'émancipation.

1.1.1 La figure antique : « pouvoir commander à soi et aux autres »

Prenons l'exemple de la figure antique, elle se situe dans un contexte de régression du politique « pour l'homme libre, l'essentiel ne se joue plus dans l'agora, dans la gestion collective des affaires publiques, mais dans la sphère privée » (Galichet, 2014, p. 18). Dans cette dernière s'exerce l'autorité du *pater familias* sur les esclaves, les femmes, les enfants. Les causes de la sujétion[133] dans la figure antique sont donc pour l'auteur la dépendance et la passivité et le principe[134] de l'émancipation rejoint une forme de maîtrise de soi, c'est-à-dire la capacité à commander à soi et aux autres : « l'homme libre est celui qui peut s'occuper de soi-même sans être submergé par le souci de sa subsistance ou le désir de plaire » (Galichet, 2014, p. 19). L'émancipation dans cette situation concerne « une personne qui entre dans une logique de libération, d'affranchissement, qui quitte une condition d'assujettissement » (Piot, 2017, p. 356).

À partir de ces deux premières caractéristiques participant à la définition de l'émancipation, Galichet (2014) décrit également un moyen, une finalité et une méthode de l'émancipation. Toujours dans la figure antique, le moyen permettant de s'émanciper correspond à la sagesse, c'est-à-dire se connaître, s'améliorer, se former dans une finalité de « jouir de soi », prendre plaisir à soi-même. Pour atteindre cette sagesse, les exercices, la méditation, les conversations entre amis sont considérées comme des méthodes (Galichet, 2014). Dans la figure Antique, la notion de société plus juste n'existait pas « on est libre ou esclave par nature : il serait absurde qu'un esclave devienne libre (ou un homme libre, un esclave), car ce serait contrarier la nature » (Galichet, 2014, p. 17). À la régression du politique lors de la période hellénistique « l'individualisme l'emporte sur le civisme » (Galichet, 2014, p. 26).

1.1.2 La figure classique : « pouvoir connaître »

Dans une autre perspective, au travers de la figure classique, le principe de l'émancipation se différencie de la maîtrise de soi en s'ouvrant vers quelque chose de plus universel « ce qui est valable pour moi doit être valable pour tous » (Galichet, 2014, p. 28). Ancrées dans un autre contexte sociohistorique et politique, les causes de la sujétion dans la figure classique sont de l'ordre des erreurs, des illusions, de la superstition. Galichet précise que ces dernières empêchent l'individu d'atteindre ses fins : « l'individu n'a pas accès à la rationalité qui le constitue » (Galichet, 2014, p. 28). Il identifie qu'« avec la renaissance et surtout le siècle des Lumières, l'émancipation se socialise et surtout elle se politise » (Galichet, 2014, p. 29). S'émanciper va prendre une autre signification, il s'agira « de se révolter contre l'oppression,

[133] La sujétion peut se définir comme un état de dépendance par rapport à quelque chose, asservissement conscient ou inconscient à une force, à une idée, un sentiment https://www.cnrtl.fr/definition/sujétion#

[134] Ici, le terme principe fait référence à « une proposition fondamentale qui définit un phénomène » (Dictionnaire Larousse).

de résister à toutes les formes de sujétion, détruire les instruments de la domination, s'arracher à l'ignorance » (Galichet, 2014, p. 29).

La question du savoir va donc prendre une place particulière dans la figure classique de l'émancipation « le savoir libère en lui-même et par lui-même » (Galichet, 2014, p. 28). La période de la philosophie des Lumières a valorisé le savoir scientifique et l'a considéré comme libérateur en lui-même, par le seul fait qui dissipe les préjugés et les ignorances qui font le lit de toutes les dominations » (Galichet, 2018b, p. 6). « L'émancipation est dès lors pensée au regard d'une trajectoire d'humanisation dans laquelle la culture et l'école vont jouer un rôle prépondérant » (Broussal, 2017, p. 37). Ce rôle essentiel de la culture peut être identifié dans le rapport et projet de décret relatif à l'organisation générale de l'instruction publique de Condorcet (1792) qui argumente en introduction :

> Messieurs, offrir à tous les individus de l'espèce humaine les moyens de pourvoir à leurs besoins, d'assurer leurs bien-être, de connaître et d'exercer leurs droits, d'entendre et de remplir leurs devoirs. Assurer, à chacun d'eux, la facilité de perfectionner son industrie, de se rendre capable des fonctions sociales auxquelles il a droit d'être appelé, de développer toute l'étendue des talents qu'il a reçus de la nature, et par là, établir entre les citoyens une égalité de fait, et rendre réelle l'égalité politique reconnue par la loi. Tel doit être le premier but d'une instruction nationale ; et, sous ce point de vue, elle est pour la puissance publique un devoir de justice. (Condorcet, 1793)

Condorcet « jette les bases d'une émancipation par le savoir : l'instruction publique » (Galichet, 2018b, p. 7). Notons que dans cette figure apparaît la notion de justice : l'éducation doit être accessible à tous, il est question de rétablir une « égalité ». Par cette notion de justice, nous entendons les notions de « liberté » et les effets sur les « vies que les gens peuvent mener » (Sen, 2012). Au siècle des Lumières, certains philosophes[135] se sont intéressés « aux divers modes de vie que les gens pourraient avoir, sous l'influence des institutions, mais aussi le comportement concret des individus, les interactions sociales et d'autres facteurs déterminants » (Sen, 2012, p. 22). Il s'agit par cette notion de justice d'identifier « qu'être en mesure de raisonner et de choisir est un aspect déterminant de la vie humaine » (Sen, 2012, p. 44). L'émancipation par le savoir s'intéresse à un seuil minimal d'instruction : « c'est l'instruction qui est en soi et par soi principe de formation citoyenne » (Galichet, 2018b, p. 7). L'émancipation prend alors la forme d'une démarche collective.

Dans cette période classique, l'apport de Kant met également en avant la pensée réflexive de chacun : « pour Kant, l'émancipation n'est pas seulement une question de rapport de forces (comme dans le modèle « guerrier » de la conquête du pouvoir), ni une question de diffusion

[135] Sen cite « Adam Smith, Condorcet, Mary Wollstonecraft, Bentham, Marx, John Stuart Mill, par exemple » (Sen, 2012, p. 21).

du savoir (comme dans le modèle « scolaire » de Condorcet) (Galichet, 2014, p. 59). L'émancipation implique :

> Que soit reconnue la valeur de la pensée réflexive, celle qui ne cesse de douter, d'interroger, de critiquer, et ne se confond donc pas avec la connaissance scientifique. On s'émancipe d'abord en pensant avant de s'émanciper en combattant […] L'ennemi est d'abord en soi : c'est cette timidité qui empêche d'oser penser par soi-même, cette crainte de remettre en cause les opinions qu'on a reçues sans même en avoir conscience. Cette puissance anonyme conditionne les dominants comme les dominés, les oppresseurs comme les opprimés (Galichet, 2014, p. 59).

Apparait ici via Kant, la notion de valorisation de la pensée des individus en tant que telle. Nous retiendrons que la figure classique accorde une place importante au savoir comme moyen de l'émancipation permettant de développer chez les individus leurs capacités à connaître. Au-delà du fait de connaître, l'instruction permet aussi aux individus de rentrer en interaction par le langage :

> Il importe que les habitants d'un même pays ne soient plus « distingués entre eux par l'usage d'une langue plus grossière ou plus raffinée », et que « la différence des lumières ou des talents ne (puisse) plus élever une barrière entre des hommes à qui leurs sentiments, leurs idées, leur langage permettent de s'entendre (Condorcet, 2006, cité par Galichet, 2018b, p. 8).

Rappelons que dans les définitions que nous avons retravaillées, le savoir est sous forme d'énoncés socialement valorisés et transmissibles (Barbier, 2011).

1.1.3 La figure moderne : « pouvoir décider »

La troisième figure décrite par Galichet (2014) correspond à l'époque moderne. À partir du XIX^{e} siècle apparaît un nouveau terme : l'aliénation qui désigne « une altération de l'être entier » (Galichet, 2014, p. 62). Dans cette figure, la notion d'émancipation passe de la notion de libération à la notion de transformation radicale de l'individu. Galichet nomme cette figure de l'émancipation la figure individualiste : « l'émancipation implique donc l'éradication de toutes les dominations à la fois. L'émancipation des ouvriers vis-à-vis des patrons est indissociable de l'émancipation des femmes vis-à-vis des hommes » (Galichet, 2014, p. 76). La notion d'émancipation devient complexe : « il faut penser ensemble la domination intérieure et la domination extérieure, l'aliénation et l'oppression » (Galichet, 2014, p. 66).

Nous retiendrons que les trois figures de Galichet peuvent être synthétisées comme suit :

	Figure Antique	Figure Classique	Figure Moderne
Causes de la sujétion	Passivité, dépendance	Erreur, illusion, superstition	Exploitation, aliénation
Principes de l'émancipation	**Maîtrise** Capacité à commander à soi et aux autres	**Vérité** Capacité à connaître	**Autonomie** Capacité à agir, décider, transformer le monde
Moyen de l'émancipation	**Sagesse** Se connaître, s'améliorer, se former	**Raison** Comparer, expliquer, comprendre	**Volonté** S'affirmer, se libérer, s'exprimer, lutter
Finalité de l'émancipation	"Jouir de soi", prendre plaisir à soi-même	Le Progrès de l'humanité	La Révolution
Méthode de l'émancipation	Exercices, méditation, conversations entre amis	Éducation, pédagogie	Militantisme politique (lutte des classes)

Tableau 16 : Les figures de l'émancipation (Galichet, 2014, p.83)

L'approche sociohistorique de l'émancipation par Galichet (2014) nous permet d'identifier que le contexte politique et social va avoir une influence dans la définition de l'émancipation. L'émancipation peut être appréhendée en regard de cinq descripteurs : les causes de la sujétion, le principe de l'émancipation, les moyens, la finalité et les méthodes de cette dernière. Elle ne peut « pas être déconnectée des différents contextes historiques et sociaux dans lesquels les revendications d'émancipation sont formulées, et qui informent directement sur le contenu (Cukier et al., 2013, p. 11). Ainsi, nous relevons qu'on associe « le plus souvent l'émancipation à une forme de libération, de déprise de rapports de domination, ou bien à l'affirmation et au renforcement d'une puissance d'agir collective ou individuelle, ou encore, dans une version légaliste, à la conquête de nouveaux droits » (Cukier et al., 2013, p. 11). Dans le contexte de co-élaboration des savoirs entre deux sphères, la Recherche et l'Intervention, lier la notion d'émancipation permet d'envisager que les acteurs engagés puissent interroger leurs rapports aux savoirs, que les savoirs des uns et des autres puissent s'exprimer de manière égale et être valorisés par le collectif.

1.1.4 La figure post moderne de l'émancipation

« En quelques décennies, nous sommes passés de ce que nous appelons ici la modernité tardive des années 1970-1980 à la post-modernité de ce début de XXI^{e}s » (Boutinet, 2006, p.37). La société dans la figure post-moderne « se trouve obligée d'abandonner ses systèmes de références antérieures marquées par une certaine forme de pérennité, de durabilité, afin de repenser son système de valeurs face à un monde qui nous installe dans le provisoire d'un temps compressé » (Boutinet, 2004, p.96).

Nous allons dans cette partie nous intéresser à la forme que peut prendre l'émancipation pour le sujet dans cette figure post-moderne. Aujourd'hui, de nouvelles causes de sujétion sont identifiées. Les travaux d'Ehrenberg (2010) ou de Dejours (2003) relèvent une souffrance sociale importante et en particulier une souffrance au travail. « Le consensus est net : les

mauvaises conditions de travail, la contrainte de travailler trop rapidement, le travail mal fait, le manque de contrôle sur son travail conduisent à des souffrances psychiques plaçant la santé mentale en première ligne des problèmes du travail flexible » (Ehrenberg, 2010, p. 260). D'autres auteurs identifient une montée dans nos sociétés de l'individualisme : « Le mal, c'est notre individualisme ! Ce privilège des libertés qui nous fait oublier le passé. » (Gauchet, 2007). L'individualisme a plusieurs conséquences : « Il n'y a plus de socle. Les jeunes se sentent menacés par le vide, l'insignifiance. La société produit des êtres en profond malaise qui ne savent pas qui ils sont. » (Gauchet, 2007). Ces nouvelles formes d'aliénation entraînent de nouvelles formes d'émancipation, il peut s'agir de « s'émanciper en adhérant à une identité supposée restaurer l'intégrité de soi » (comme l'appartenance à des mouvements politiques, religieux extrémistes), une émancipation par « la transgression » (casser, brûler, voler...) ou encore de « s'émanciper en se retirant (du système) » (Galichet, 2014). Boutinet (2006) explicite que « C'est ainsi que nos premières décennies de postmodernité voient l'effondrement du sujet, maintenant malmené par les différentes formes d'individualisme qui le laissent seul face à lui-même, sans repères bien identifiables, sans perspectives d'anticipation voire d'émancipation » (Boutinet, 2006, p.41).

1.2 Différentes dimensions de l'émancipation

Différents auteurs évoquent des dimensions de l'émancipation : individuelle (Charbonnier, 2013), collective (Grooaters, 2011), sociale (Garibay & Séguier, 2009) et politique (Grooaters, 2011). Dans sa définition la plus courante, l'émancipation fait référence à un sujet critique : « L'émancipation suppose l'accroissement de l'autonomie de pensée et d'action d'une personne. Elle se traduit dans une plus grande capacité à s'impliquer dans des actions de transformation de sa situation de vie concrète » (Grootaers, 2011, p. 1). Cette définition fait référence à la dimension individuelle de l'émancipation : « l'émancipation a lieu dans un geste de transformation de soi qui ne consiste pas à se conformer aux attentes, voire aux exigences de l'autre » (Charbonnier, 2013, p. 83). Ce qui nous intéresse plus particulièrement dans cette définition, c'est la mise en tension de l'émancipation individuelle avec la notion de représentations. Ainsi, pour l'auteur s'émanciper devient s'éloigner de « la sédentarisation des croyances primaires. S'émanciper, c'est réussir à produire du jeu[136] dans son système de croyances » (Charbonnier, 2013, p. 83). Nous avions évoqué la notion de savoir dans le chapitre cinq comme des énoncés propositionnels qui sont associés à des représentations ou des systèmes de représentations sur le monde (Barbier, 2011). S'émanciper pourrait alors être la possibilité de réviser ses propres représentations que l'on peut avoir du monde : « l'émancipation doit permettre de prendre un recul réflexif » (Charbonnier, 2013, p. 88). Ce qui est a remarqué c'est que l'émancipation telle que l'évoque Charbonnier (2013) met en tension la dimension individuelle et la dimension collective de l'émancipation :

[136] Charbonnier (2013) utilise l'expression « donner du jeu » en référence à l'usage technique du terme jeu par rapport aux rouages d'un mécanisme.

« l'émancipation n'est possible que lorsque je suis acteur au sein d'un agir collectif » (Charbonnier, 2013, p. 93). L'émancipation devient donc un long processus à la fois personnel et collectif (Garibay & Séguier, 2009).

L'émancipation porte en elle une dimension sociale : « l'émancipation passe par une désintoxication des idées aliénantes, par un dépassement des catégorisations sociales qui nous enferment et structurent les inégalités sociales, économiques, politiques et territoriales » (Garibay & Séguier, 2009, p. 64). Freire soutient également l'idée d'une émancipation sociale : « personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde » (Freire, 1974, p. 21). Le courant de pensée de Freire est centré sur l'idée que les hommes se libèrent dans un agir collectif. Son projet est « d'intervenir dans le champ social pour contribuer à libérer les opprimés et les oppresseurs (au travers de l'alphabétisation), intervenir pour améliorer une histoire qui n'est pas écrite, en déplaçant les barrières préétablies par différentes formes de déterminismes (Marcel, 2020a, p. 4).

Nous pouvons rattacher à la dimension sociale de l'émancipation la notion de « place » des individus. Les rapports sociaux nous assignent à des places, l'émancipation nous invite à nous « déplacer ». L'émancipation se traduit alors par :

> des déplacements depuis les « places » auxquelles se trouvaient assignés, au départ, les participants vers de nouvelles places mieux en phase avec leurs aspirations. Ces déplacements correspondent à un gain, parfois simplement symbolique, dans des domaines différents : prise de parole, prise de décision, marge d'action, pouvoir d'agir, autorisations, accès, reconnaissance, etc. (Marcel, 2020a, p.4)

L'émancipation « vise une transformation - plus ou moins radicale - du présent en vue d'une société déprise des rapports sociaux inégalitaires (de classe, de sexe et de race) » (Cukier et al., 2013, p. 8). Nous pourrions rajouter que le rapport aux savoirs peut faire partie des rapports sociaux inégalitaires. L'émancipation pourrait se traduire par un rapport critique aux savoirs (Pereira, 2017) : c'est-à-dire se questionner sur les évidences, faire preuve de discernement.

L'émancipation présente également une dimension politique. Notons que « L'émancipation concerne plus particulièrement les individus qui sont privés du pouvoir ou limités dans l'exercice de ce dernier » (Grootaers, 2011, p. 2). Elle requiert une transformation des personnes, certes, mais elle exige aussi que les acteurs puissent réaliser des transformations institutionnelles qui modifient concrètement et durablement les rapports sociaux de domination. L'émancipation « présuppose une certaine vision et organisation de la société, un certain rapport entre les êtres humains (Poujol, 2017, p. 106). Elle entraîne alors l'expression de diverses revendications : l'application de droits existants ou l'acquisition de droits nouveaux (Galichet, 2014). Dewey place l'émancipation dans sa conception de la démocratie : « quiconque est influencé par les conséquences de telle ou telle activité doit jouir à la fois du droit et du pouvoir de les réguler en faveur de ses intérêts » (Dewey & Zask, 2018, p. 31).

En regard de l'ensemble des éléments explicités, nous pouvons soutenir l'idée que « l'émancipation ce n'est pas la suppression des règles, l'anarchie […]Un monde rendant

possible l'émancipation n'est pas un monde sans règles. Mais c'est un monde où la règle est sans arrêt ouverte à l'interprétation et à la discussion » (Boltanski, 2012, p. 50).

1.3 Différentes formes de l'émancipation

Nous retiendrons que Galichet (2018a) décrit différentes formes ou conditions de l'émancipation :

- L'émancipation capacitive : « s'émanciper c'est acquérir ou accroître ses compétences, augmenter sa puissance d'agir » (Galichet, 2018a, p. 14). C'est-à-dire « acquérir les pouvoirs réels, à la fois physiques et psychiques, de faire des choses qu'on ne pouvait pas faire avant ; d'acquérir une puissance d'agir nouvelle et plus étendue » : ce qui était impossible est désormais possible (Galichet, 2018a, p. 34). Transposer au monde du travail, il s'agit de pouvoir développer ses compétences et donc apprendre pour pouvoir participer à des projets par exemple ;

- L'émancipation permissive : « s'émanciper, c'est acquérir ou accroître ses droits, diminuer les restrictions et limitations de l'action » (Galichet, 2018a, p. 15). C'est-à-dire « cela peut vouloir dire être affranchi des limites et des contraintes légales, morales ou sociales venant restreindre la liberté d'une personne » autrement dit « est désormais permis ce qui est interdit » (Galichet, 2018a, p. 34). Dans le contexte du travail, c'est pouvoir participer à la définition des règles, participer à la prise de décision dans l'organisation ;

- L'émancipation éristique : « s'émanciper peut vouloir dire contester voire renverser une domination, se soustraire à une puissance extérieure venant empêcher, les deux premiers sens, détruire y compris par la violence les obstacles, les instances, les personnes qui s'opposent à la réalisation de soi ». (Galichet, 2018a, p. 34). Il nous semble que cette troisième forme est plus éloignée du contexte dans lequel se situe la recherche que nous menons.

En fonction des situations, l'émancipation peut prendre un caractère individuel, collectif, social ou politique. Nous retiendrons également que « dans le cadre d'une recherche-intervention, c'est sans conteste la deuxième forme d'émancipation qui est concernée (capacitive). La perspective éristique est incompatible avec les principes auxquels la R-I est attachée » (Broussal, 2019, p. 7). La perspective capacitive tend à souligner la dimension individuelle de l'émancipation, notons que dans la démarche de R-I nous nous appuyons au contraire sur une dimension collective de l'émancipation. Nous accordons en particulier de l'importance à la considération suivante : « Il est impossible de vouloir sa propre liberté sans reconnaître celle des autres et vouloir être reconnu par eux comme libre, c'est-à-dire comme auteur de mes actes » (Gorz, 2009, p. 190).

2) Co-élaborer des savoirs au sein du TESS : une pratique émancipatrice ?

Mettre en œuvre une démarche de R-I est un choix de « prendre part dans des changements, au sein d'un contexte social (y compris professionnel, associatif, etc.) en vue d'une amélioration, voire d'un progrès de l'humanité » (Marcel, 2020a, p. 104)). La R-I s'appuie sur l'engagement d'un collectif hétérogène dans un projet. C'est plus particulièrement par la participation des acteurs à ce projet ayant une visée transformatrice qu'une dynamique émancipatrice peut prendre forme. Dans les paragraphes ci-dessous, nous développerons le rapport entre le savoir et l'émancipation, puis nous interrogerons la notion de collectif. Enfin, nous aborderons la recherche participative sous l'angle de la figure post-moderne de l'émancipation (Marcel, 2017). Au travers de la notion de collectif engagé dans une recherche participative, nous questionnerons les liens entre co-élaboration des savoirs et émancipation.

2.1 Le savoir entre « émancipation » et « domination »

Le lien entre savoir et émancipation comme nous l'avons précisé *supra* est apparu à l'époque classique. Le savoir peut être qualifié d'émancipateur lorsqu'il : « vise donc à former un individu critique, conscient de son appartenance à un groupe social, capable de comprendre la condition sociale de ce groupe et de conduire efficacement des actions réfléchies de transformation de cette condition » (Grootaers, 2011, p. 2). Notons que le « le savoir n'est pas seulement un enjeu de connaissance, mais de pouvoir » (Galichet, 2014, p. 44). Ainsi, le savoir scientifique a pris socialement une place importante, dominante par rapport aux savoirs de sens communs : « La médecine, l'astronomie, et même les mathématiques sont d'abord des moyens de se distinguer du commun des hommes, et d'acquérir sur eux une autorité scientifique, mais aussi politique » (Galichet, 2014, p. 45). Si nous regardons l'histoire de la profession d'infirmière, nous pouvons identifier un rapport savoirs théoriques/savoirs pratiques en tension : « la Première Guerre mondiale permet à la fonction infirmière de s'affirmer ; il existe à présent un corps professionnel, pas encore force sociale, mais d'utilité sociale » (Calbéra, 2003, p. 55).

Cependant, nous observons qu'en 1920 la fonction d'infirmière reste définie en regard de celle du médecin : « Le rôle de l'infirmière est de servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin. » (Calbéra, 2003, p. 55). C'est la question de docilité qui nous interpelle. L'infirmière en pratiquant des soins développe des savoirs. Ces derniers semblent à ce moment-là de l'histoire encore inscrits dans un rapport de hiérarchisation. Les savoirs des médecins restent supérieurs socialement à ceux des infirmiers, il faut attendre 1968 pour que les infirmières se positionnent professionnellement par rapport aux médecins (Calbéra, 2003). Lorsque nous regardons la question du savoir infirmier au prisme de la formation, nous noterons que le titre d'infirmier n'est vraiment protégé qu'en 1943. La formation infirmière envisagée à partir de 1913 « doit être essentiellement pratique. L'accès aux savoirs médicaux menacerait en effet la profession médicale dans la mesure où les médecins exercent encore eux-mêmes de nombreuses activités de soins » (Divay & Girard, 2019, p. 68). Depuis 2009, une reconnaissance des savoirs des

infirmiers est en marche. Le référentiel de 2009 a attribué le grade de licence au diplôme infirmier, l'année 2018 a été marquée par la création du diplôme d'infirmière en pratiques avancées[137] et l'année 2019 a confirmé la valorisation du savoir infirmier par l'ouverture d'une section CNU qui acte la naissance de la discipline des sciences infirmières.[138]

Ce retour historique en lien avec le contexte de notre recherche souligne au travers d'un exemple professionnel la relation que le savoir et le pouvoir peuvent entretenir : « le savoir est une action de transformation du sujet pour que lui-même transforme le monde » (Beillerot, 1996, p.135). Nous identifions que le savoir est associé au pouvoir d'agir des individus et à leur possible émancipation :

> Acquérir du savoir permet de s'assurer une certaine maîtrise du monde dans lequel on vit, de communiquer avec d'autres êtres et de partager le monde avec eux, de vivre certaines expériences et de devenir ainsi plus grand, plus sûr de soi, plus indépendant (Charlot, 1997, p. 68).

Le savoir peut être un « objet de domination » ou un « instrument majeur de l'émancipation ». Le rapport savoir théorique/savoirs d'actions souligne cette dualité (Barbier, 2011). Bedin précise que la « connaissance théorique, intrinsèquement, par ses caractéristiques propres donc, joue un rôle dans l'histoire humaine, qu'elle remplit une fonction éducative, culturelle et productive même, qu'elle favorise l'évolution des modes de pensées et d'action pour constituer *in fine* un levier du changement » (Bedin, 2017, p. 313). Les avancées scientifiques ont permis d'améliorer les rapports sociaux (Bedin, 2017), voire de produire les conditions de l'émancipation (Galichet, 2014). Pour autant « l'accès aux produits de la recherche fondamentale souffre d'un obstacle important », « le monde académique produit en premier lieu pour lui-même », « les personnes sur le terrain ont rarement un accès direct aux résultats des recherches en sciences humaines qui pourtant pourraient leur être utiles » (Tilman & Grootaers, 2014, p. 1). Nous retiendrons que :

> Savoir et pouvoir sont intimement liés, non seulement parce que dans nos sociétés, le pouvoir passe par le savoir, que la rétention des savoirs ou leur diffusion opportune sont mécanismes de domination, mais aussi parce que les modes de construction des savoirs et leurs modes de transmission sont liés à la construction du pouvoir agir. (Garibay & Séguier, 2009, p. 212)

Nous interrogeons plus particulièrement dans la recherche que nous avons menée : en quoi un mode de co-production de savoirs contextualisés dans un tiers-espace socio-scientifique peut-il être émancipateur pour les acteurs engagés ?

[137] Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratiques avancées.
[138] Le décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifie la composition du CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, en y intégrant 3 nouvelles filières d'enseignants-chercheurs créées dans les disciplines maïeutiques, des sciences de la rééducation et de la réadaptation, et des sciences infirmières.

2.2 Co-élaboration des savoirs et émancipation

Parmi les stratégies de l'émancipation, Galichet décrit la stratégie constructiviste (Galichet, 2014, p. 165). Nous avons vu que « savoir » et « pouvoir » sont intimement liés. Parmi les stratégies de co-élaboration des savoirs, l'empowerment a fait son entrée en France dans les années 2000 (Bacqué & Biewener, 2015). Cette notion est mobilisée dans certaines recherches participatives comme modèle de démocratie participative, dans certains mouvements sociaux ou de la santé comme une démarche collective d'intervention sociale, comme démarche d'émancipation au niveau social, ou encore en management (Bacqué & Biewener, 2015). L'empowerment correspond à « l'acquisition et l'utilisation d'outils et de connaissances, la prise de conscience de sa valeur et de sa capacité de changer les choses » (Garibay & Séguier, 2009, p. 212). Cela nécessite de passer « par l'action concrète et conduisant à l'exercice d'une influence significative sur son environnement et sa condition » (Garibay & Séguier, 2009, p. 212). Ainsi, Tilman et Grootaers considèrent des similitudes entre « émancipation » et « empowerment (radical) » par rapport à la notion de domination, d'aliénation. L'empowerment encourage à « la prise en main » par les opprimés, cependant, ils reconnaissent que : « Si on peut considérer que l'émancipation et l'empowerment dans son approche radicale apparaissent équivalents, les nombreuses pratiques actuelles qui se revendiquent de l'empowerment ne relèvent cependant pas majoritairement de ce modèle. » (Tilman & Grootaers, 2014).

D'autres pratiques émancipatrices comme l'alphabétisation sociale s'intéressent à l'articulation entre les savoirs et l'émancipation. ATD Quart Monde met en œuvre différentes démarches de « croisement des savoirs » qui repose sur une méthodologie composée de différentes étapes. Successivement, nous notons : « l'émergence des représentations croisées des uns et des autres, l'apport réciproque de connaissances, une réflexion sur les conditions pour devenir acteur ensemble de la lutte contre la misère et une démarche d'évaluation » (Galichet, 2014, p. 197). Le croisement des savoirs poursuit une visée de productions de nouvelles connaissances, mais également de transformation du regard ou des représentations que les acteurs peuvent avoir les uns sur les autres. Il s'agit de chercher des solutions ensemble.

Notons que « les changements de modes de transmission, de mise en commun et de circulation des savoirs ont pour conséquence une transformation de la définition et de la production des savoirs, de leur valorisation, de leur appropriation et donc de leur possible utilisation » (Garibay & Séguier, 2009, p. 212). Les démarches de recherche peuvent être envisagées en regard d'une dimension émancipatrice. Par exemple, ces auteurs soulignent que la recherche-action a utilisé la notion savoir-pouvoir :

> comme moteur de l'action transformatrice en proposant que face à un problème, une situation de crise réelle et vécue, ceux qui vivent et subissent ce problème - et non des chercheurs externes - entreprennent eux-mêmes la recherche qui permettra de connaître plus à fond les tenants et aboutissants du problème. Elle leur permettra d'envisager des solutions (Garibay & Séguier, 2009, p. 212).

La R-I fait partie des sciences participatives qui « favorisent la production de connaissances[139] scientifiques auxquelles des acteurs non scientifiques professionnels - qu'il s'agisse d'individus ou de groupes - participent de façon active et délibérée » (Houillier, 2016, p. 6). Ces recherches participatives ont pour finalités la coproduction des savoirs en s'appuyant sur une conception particulière du savoir. Mais surtout, il s'agit de reconnaître « la capacité des acteurs de la société civile, non seulement à contester, mais à produire les savoirs et les innovations contribuant au bien-être de nos sociétés » (Storup, 2013, p. 5). Nous identifions que le moyen de l'émancipation dans cette situation correspond au collectif engagé dans le projet de recherche. Le savoir est ainsi vue comme un « produit » et un « bien commun » (Storup, 2013). Notons que différents auteurs ont contribué au rapprochement des notions de co-élaboration des savoirs et d'émancipation, dont Freire (1974) qui identifie une hiérarchisation des savoirs entraînant des situations de dominations et qui propose une alphabétisation sociale, ou Dewey qui soutient que la science doit être à l'écoute de la pratique et que la pratique oriente la science (Storup, 2013). La co-élaboration des savoirs au sein d'une recherche participative vise « la production de connaissances nouvelles, la résolution d'un problème identifié par les acteurs et le renforcement des capacités de ces acteurs pour une plus grande autonomie » (Storup, 2013, p. 6). Les recherches participatives amènent à questionner les rapports entre science et société autour de la question du savoir et plus particulièrement l'émancipation des acteurs participant à une co-élaboration de savoirs dans un espace socio-scientifique :

> Une révolution épistémologique et sociale amène aujourd'hui à reconnaître les savoirs et les compétences des parties prenantes pour la résolution d'un problème donné. Il peut s'agir aussi bien des savoirs collectifs d'organisations, d'institutions, de services techniques que des savoirs individuels des praticiens d'un métier, détenteurs de savoir-faire précis (paysans, techniciens, entrepreneurs, artisans, ouvriers, etc.), ou de citoyens désireux de s'impliquer dans la conduite des affaires publiques locales (Faure, 2010).

2.3 La notion de collectif : le besoin des « autres » pour s'émanciper

En reprenant les caractéristiques de l'émancipation (Galichet, 2014) décrite *supra,* une figure post-moderne de l'émancipation pourrait être définie comme suit (Marcel, 2017) :

[139] Houillier (2016) utilise le terme connaissances et non celui de savoir.

Figure post-moderne (utopique) de l'émancipation	
Causes de la sujétion	**L'ultra-libéralisme mondialisé** (individualisme, compétition, peurs, souffrances)
Principes de l'émancipation	**Le déplacement** (Transformer son rapport au monde et aux autres, accéder à une nouvelle place plus conforme à ses aspirations)
Moyen de l'émancipation	**Un collectif réinventé** (hétérogène, provisoire, soudé par l'action, une ressource pour penser autrement, pour rompre l'isolement, pour mettre en mouvement)
Finalités de l'émancipation	**L'utopie** (Transformer son rapport au monde et aux autres regarder ailleurs, plus haut et plus loin)
Méthodes de l'émancipation	**La Recherche-Intervention** (Visées du « sur » et du « pour », principe du « par » et du « avec », reliance, modestie)

Tableau 17 : La Figure post moderne de l'émancipation, (Marcel, 2017, p. 413)

Nous nous inscrivons dans le prolongement de ce modèle. Notons l'importance donnée à « l'autre » dans cette conception de l'émancipation. À la fois, « l'autre » apparaît comme principe de l'émancipation (transformer son rapport aux autres) et comme un moyen au travers du collectif « les autres comme ressource pour voir et penser autrement, aiguiser son esprit critique par la pluralité des approches » (Marcel, 2016, p. 37). Cette conception d'une émancipation collective se rapproche de celle de Freire (2021) qui accorde une place importante à l'émancipation au travers du collectif. Freire (2021) évoque cette conception notamment dans l'ouvrage : *La pédagogie des opprimés* (2021). Dans notre situation « Le terme opprimé pourrait paraître bien fort […] nous en convenons, notamment par rapport aux professionnels, mais rappelons que les professionnels en question sont le plus souvent ceux qui œuvrent au plus bas de l'échelle hiérarchique, ceux à qui échoit « le sale boulot » » (Marcel, 2020b, p. 108). Il s'agit dans la conception de Freire de l'émancipation de souligner que c'est une émancipation collective dont il est question : « L'isolement condamne au statu quo au maintien du statut d'opprimé : seul l'individu est impuissant interdit d'émancipation » (Marcel, 2020b, p. 111).

Au sein de la R-I, les trois cercles de participation amenant à une co-élaboration des savoirs retracent le processus d'une possible émancipation collective :

- Dans un premier temps, pour le premier cercle nommé « la construction du en commun » (Marcel, 2020b), nous pouvons identifier que la dynamique émancipatrice repose sur la participation des acteurs ayant des rôles et des responsabilités différentes dans l'institution (au travers du CoPil et GTra) à la co-élaboration des savoirs dits contextualisés. Cette participation est fondamentale pour la dynamique émancipatrice qu'elle favorise : les acteurs peuvent prendre part activement à la co-élaboration des savoirs dans une visée de changement de la situation initiale.

- Le deuxième cercle « de la conquête de la reconnaissance » nécessite pour les phases de validation sociale des savoirs co-élaborés la confrontation aux autres.
- Enfin, nous pouvons effectuer le même constat avec le cercle « essaimage » qui contribue à faire monter en généralité les savoirs co-élaborés par des phases de validation et de valorisation sociale.

Nous retiendrons que la phase de constitution du collectif permet d'ouvrir un moment de rencontre impulsant la dynamique émancipatrice. Le terme « collectif » est utilisé comme substantif. Ainsi, « le collectif ne renvoie pas à une qualité, un mode d'action ou un type de processus, mais à une personne, un individu ou un sujet collectif […] le collectif paraît d'emblée doté d'un certain nombre de capacités d'action » (Kaufmann & Trom, 2010, p. 9).

Précisons que le projet de R-I ne sert pas à désigner des « oppresseurs » et des « opprimés », mais à rétablir une forme d'équilibre dans les relations, les interactions entre différents individus pris dans des situations sociales qui tendent à une certaine disparité (comme dans le rapport savoirs théoriques/savoirs pratiques, ou la définition des règles de travail uniquement de manière descendante…). Retenons que : « L'oppression ne se réduit pas à la personnalisation des oppresseurs, mais que la domination relève d'un processus plus large, fortement relayé par des modes d'expression, de décision, d'organisation du travail ou du social et de gestion des travailleurs ou du peuple » (Marcel, 2020b, p. 112). Au travers de la participation à la R-I, c'est donc l'ensemble des acteurs qui est invité à s'émanciper. Nous nous appuyons sur une paraphrase des propos de Freire (1970) pour souligner l'émancipation possible des acteurs par leur participation à un projet collectif au sein du tiers-espace socio-scientifique : « personne n'émancipe autrui, personne ne s'émancipe seul, les hommes s'émancipent ensemble par l'intermédiaire du monde » (Cornet & de Smet, 2013). Il s'agit alors au sein de la R-I de co-construire un collectif hétérogène, pour un temps donné, portant un projet entrant ainsi dans une phase de rencontre et de dialogue entre les individus. Le tiers-espace socio-scientifique ouvre la possibilité de « faire ensemble en assumant les différences » (Marcel, 2017)

3) L'outil de Delvaux et Delvaux : des « postures d'analyse » de l'émancipation

À ce stade de notre réflexion, nous nous interrogeons sur les possibilités d'objectiver la dynamique émancipatrice dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, en quelque sorte comment la dynamique émancipatrice se traduit-elle et pourrait-elle être observable dans le tiers-espace socio-scientifique au sein duquel un collectif porte un projet de co-élaboration des savoirs ?

Les recherches participatives revendiquent que la co-élaboration des savoirs permet la valorisation et la reconnaissance des savoirs pluriels, ainsi qu'une augmentation de la capacité d'agir des individus ce qui renvoie à la fois à la mise en tension d'une dimension individuelle et collective de l'émancipation et politique et sociale. Il s'agit ici d'objectiver ces éléments.

Dans la littérature que nous avons consultée, peu d'outils d'analyse permettent d'appréhender la dynamique émancipatrice. Nous avons identifié que Delvaux et Delvaux (2012) ont élaboré une « grille d'analyse permettant d'évaluer un processus de formation visant l'émancipation

des apprenants » (Delvaux et Delvaux, 2012, p. 1). Nous avons constaté que cet outil a été mobilisé dans différentes recherches en sciences de l'Éducation et de la formation. Gurnade (2016) s'appuie sur cet outil pour identifier : « dans quelle mesure le savoir favorise l'émancipation au sein d'un observatoire « vivre sa jeunesse » (Gurnade, 2016, p. 117). Meurie (2019), développe une grille détaillée à partir de celle de Delvaux et Delvaux (2012) pour « identifier en quoi un dispositif pédagogique tel que la pédagogie renversée peut se mettre au service de l'engagement et du processus émancipatoire des apprenants » (Meurie, 2019, p. 195). Broussal (2019) l'adapte à un contexte de recherche pour repérer les dynamiques émancipatrices en jeu au sein d'une Recherche-Intervention (Broussal, 2019). À notre tour, nous mobilisons cette grille d'analyse pour appréhender au sein du TESS de la Recherche-Intervention la dynamique émancipatrice en jeu dans une action de co-élaboration des savoirs.

Nous allons dans les paragraphes ci-dessous retravailler en regard du contexte de la recherche que nous menons chacune des définitions qui composent cet outil pour l'adapter à la situation que nous allons étudier.

3.1 Les fondements de la grille d'analyse de Delvaux et Delvaux (2012)

La grille d'analyse que Delvaux et Delvaux (2012) ont conçue s'intéresse au processus d'émancipation au sein d'une formation à l'Institut Supérieur de Culture Ouvrière (ISCO). Dans cette formation :

> Il s'agit pour les étudiants d'acquérir un regard critique et constructif sur le monde qui les entoure, de mieux le comprendre en décodant les enjeux économiques, politiques, sociaux et culturels à la fois proches et globaux, et enfin, de maîtriser les savoirs utiles à l'action collective (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 2).

Cette formation s'appuie sur un aspect collectif important, il est question par l'engagement dans un projet collectif d'accepter une certaine remise en question, de travailler ensemble pour une société plus démocratique (Delvaux & Delvaux, 2012). Dans cette formation, notons la mise en tension de la dimension individuelle et de la dimension collective de l'émancipation. Nous pouvons identifier que « la finalité de l'émancipation peut être pensée sur le plan individuel », mais « qu'elle a aussi, incontestablement une dimension collective » (Grootaers & Tilman, 2009). Par émancipation, les auteurs entendent : des transformations des personnes et des transformations des rapports sociaux dans les institutions (Grootaers & Tilman, 2009). Elle vise à permettre aux acteurs de devenir des individus critiques au sens de :

> quelqu'un qui est capable d'identifier des problèmes et de se poser des questions concernant ses situations concrètes de vie, qui peut avoir accès à des sources documentaires concernant ces problèmes et ces questions, qui peut comprendre les informations et les explications reçues, qui peut mobiliser et tirer parti de ce savoir, bref, quelqu'un qui est en mesure d'exercer son esprit critique et de réfléchir hors des sentiers battus, est relativement peu aliéné par rapport à quelqu'un qui réfléchit à travers des moules de pensée le plus souvent implicites et non remis en question. (Grootaers, 2011, p. 2)

L'ISCO est amenée à étudier « une variété de questions sociétales dans une perspective de progresser vers une société plus humaine, plus juste et solidaire » (Baudot & Huart, 2011, p. 19). Dans cette visée, l'ISCO favorise le développement chez les adultes « d'une prise de conscience critique des réalités de la société, des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation, des attitudes de responsabilité et de participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique » (Baudot & Huart, 2011, p. 19). Cet outil est schématisé comme suit :

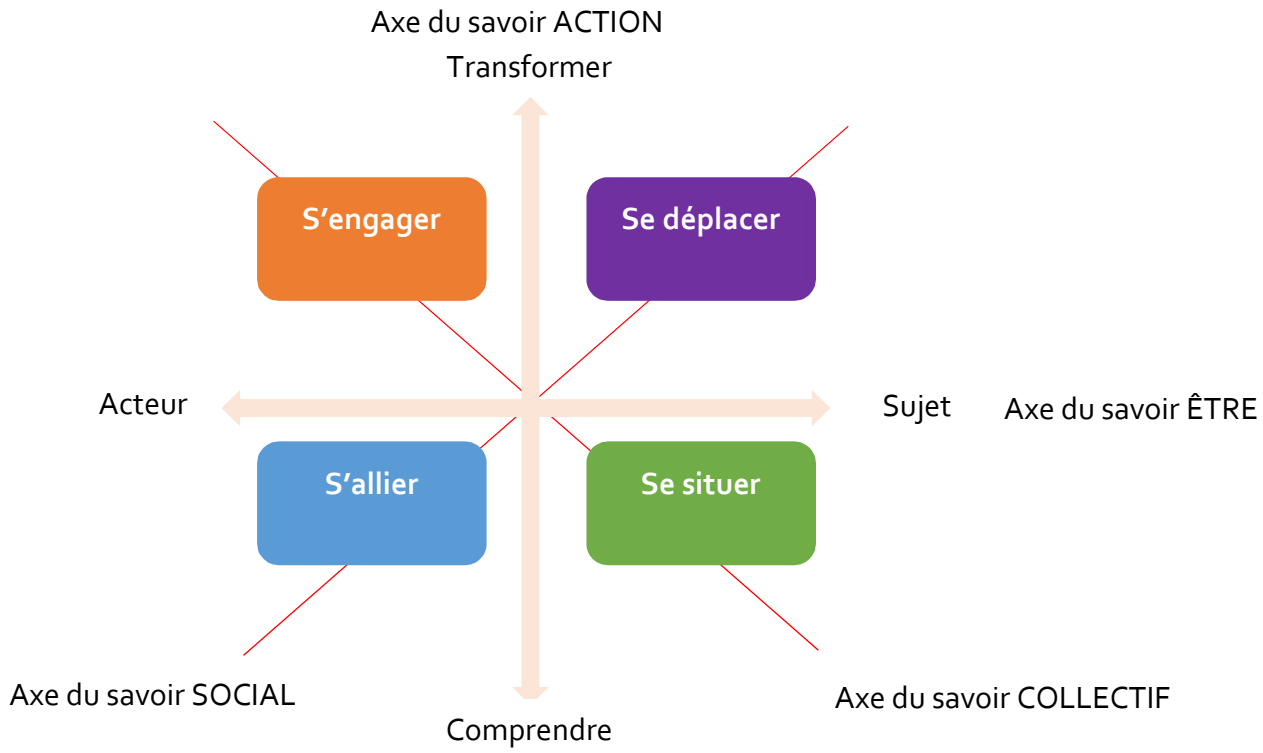


Figure 20 : Grille d'évaluation de l'émancipation (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3)

Il est nommé par les auteurs CIRCEPT pour CIRculaire et ConCEPT. C'est un outil qui permet de mettre en relation différentes représentations d'un thème afin d'obtenir une représentation finale d'un concept. Il est composé d'un axe lié au savoir ACTION avec des pôles opposés (comprendre et transformer) et d'un axe lié au savoir ÊTRE (sujet et acteur). Quatre postures entourent les axes, elles sont nécessaires au processus d'émancipation sociale et culturelle, individuelle et collective des acteurs (Delvaux & Delvaux, 2012). Nous allons décrire dans les sous-chapitres suivants la grille que nous avons retravaillée.

3.2 La colonne vertébrale de l'outil : l'axe du savoir Action traversé par l'axe du savoir Être

La colonne vertébrale de l'outil est l'axe du savoir Action composé de deux éléments indispensables à l'émancipation : la compréhension et la transformation de la personne. Cet axe est alors traversé par l'axe du Savoir Être qui personnalise le

> processus d'action et se décline en un individu sujet et un individu acteur. (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3).

3.2.1 L'axe du savoir Action : « comprendre » et « transformer »

Dans cet outil, l'émancipation et la notion de savoir sont liées. L'axe du savoir Action est composé de deux éléments indispensables à l'émancipation : « comprendre » et « transformer ». Tout d'abord, nous relevons que la dimension « action » fait référence à la définition de l'émancipation individuelle. L'objectif par l'accompagnement des groupes de travail au sein du TESS est de : développer l'esprit critique des personnes, les aider à structurer leurs pensées pour qu'ils puissent construire « une opinion personnelle face aux questions et problématiques qui les entourent et les affectent » (Baudot & Huart, 2011, p. 19). Cette dimension « action »[140] est présente dès l'engagement des personnes dans le projet. Dans le cadre de la R-I que nous avons accompagnée, l'action est représentée par la co-élaboration des dispositifs de formation. Les personnes engagées dans le projet cherchent à co-produire des savoirs contextualisés pour améliorer leurs conditions d'exercice professionnel (gestion des armoires à pharmacie ou prise de poste des nouveaux-arrivants). Le point de départ est une situation insatisfaisante que vivent les individus. Derrière le projet individuel de participer à l'élaboration d'un dispositif de formation, il peut se cacher un projet plus égalitaire conforme aux valeurs que portent les personnes. Baudot et Huart (2011) ont observé ce point lors de l'accompagnement d'un groupe de femmes (femmes et démocratie). Cette dimension « action » n'est possible que si la prise de parole dans le groupe est encouragée et facilitée pour que l'espace de co-élaboration des savoirs soit un espace libre et démocratique.

Pour la dimension « savoir », ils décrivent que : « La transformation du participant ne se réalise pas toute seule de manière spontanée. Elle suppose une démarche et un public spécifiques, qui sont l'un et l'autre fortement imbriqués dans le projet » (Baudot & Huart, 2011, p. 22). Ici c'est la dimension collective de l'émancipation qui est interrogée (Charbonnier, 2013). Les personnes engagées dans le projet vont être amenées « à comprendre les choses ensemble par l'échange et de peser sur elles pour les transformer, les humaniser, les rendre plus justes et égalitaires » (Baudot & Huart, 2011, p. 19).

C'est en ayant accès aux différents savoirs permettant d'analyser la situation, de la décrire, l'explorer que la transformation est envisageable. Grootaers (2011) décrit trois étapes permettant à l'individu de passer de « comprendre » à « transformer ». Il est nécessaire de comprendre sa situation, décoder son fonctionnement et celui de son groupe, et mener l'action (Grootaers, 2011). Les conditions de réalisation du projet participatif vont favoriser « la compréhension de la situation vécue par la personne (le collectif) en lien avec le contexte ; le

[140] Baudot et Huart (2011) décrive la dimension « action » et la dimension « savoir » (Baudot & Huart, 2011, p. 22).

décodage de son fonctionnement individuel et en groupe ; l'élaboration de stratégies de changement » (Grootaers, 2011, p. 3).

Pour « comprendre », le collectif peut s'appuyer sur différents savoirs en fonction de la situation dont il est question (Grootaers, 2011). « Le choix des notions, des concepts et des explications à mobiliser et à utiliser dépend de chaque situation en particulier ainsi que du registre d'action choisi par la personne ou le groupe » (Grootaers, 2011, p. 5). Au sein du TESS, l'enquête évaluative que nous avons mise en œuvre a pour finalité la coproduction par le collectif de savoirs contextualisés : des savoirs utiles à l'action. Dans la situation qui nous préoccupe, ces savoirs contextualisés correspondent aux référents, critères et indicateurs nécessaires à la construction des dispositifs de formation permettant de répondre à la demande des commanditaires. Le processus de co-élaboration des savoirs va ouvrir la possibilité d'un regard critique et constructif par les acteurs sur la situation étudiée en permettant la mise en relation des savoirs d'expert, des savoirs d'actions des professionnels et des savoirs scientifiques des chercheurs. La Recherche-Intervention poursuit une visée praxéologique. La praxéologie se définit comme :

> Science de l'action, ou plus exactement logique de l'action, orientée essentiellement vers la connaissance raffinée de la pratique, en vue de son optimisation. La démarche praxéologique se donne pour objet d'établir une connaissance générale et ordonnée des comportements, des conduites et des situations, tous les éléments dynamiques et dialectiques, temporels, c'est-à-dire existentiels et historique d'une praxis. (Ardoino, 1980, p. 18)

La recherche praxéologique a un rapport ontologique particulier avec la pratique : « la finalité transformative de l'action qu'elle se propose d'atteindre, le statut qu'elle accorde à la production de connaissances dans ce projet d'émancipation des êtres, la distinguent effectivement d'autres conceptions scientifiques » (Bedin, 2017, p. 313). Le savoir Action ainsi co-élaboré sera sous forme d'énoncés propositionnels socialement valorisés par le collectif.

Nous retiendrons que l'axe du savoir Action traverse des étapes de compréhension, de décodage et d'élaboration de savoirs utiles à l'action. Notons qu'il ne s'agit pas d'un parcours linéaire : Grootaers (2011) précise « plutôt d'un mouvement dialectique ». C'est-à-dire que l'identification des savoirs utiles permet au groupe de réajuster et réguler son action, et la mise en place de l'action s'appuie sur d'autres savoirs dits « utiles » (Grootaers, 2011).

3.2.2 L'axe du savoir Être : de « sujet » à « acteur social »

L'axe du savoir Action est traversé par l'axe du savoir Être qui permet une forme « d'équilibre » entre deux notions « l'individu sujet » et « l'individu acteur » : « Cet axe est alors traversé par l'axe du Savoir Être qui personnalise le processus d'action et se décline en un individu sujet et un individu acteur » (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3). Nous avions évoqué en début de chapitre par l'approche de Galichet que :

> Tous les hommes, d'une manière ou d'une autre, sont esclaves de leurs passions, de leurs ambitions, de leurs habitudes, de leurs inclinations, mais d'autres hommes qui

> les dominent par le savoir, la force ou la ruse […] tous sont invités à s'émanciper (Galichet, 2014, p. 7).

Broussal évoque un risque à « déconnecter l'émancipation de la conception du sujet sur laquelle elle repose » (Broussal, 2019, p. 21). Les participants dans les collectifs que nous accompagnons sont des sujets à part entière : « le sujet est mu par des attentes et besoins spécifiques » (Baudot & Huart, 2011, p. 23). Il est également porteur de savoirs issus de son expérience, qu'il peut utiliser comme ressource.

Notons que deux faces du « sujet » sont identifiables : l'une est défensive, le sujet est alors ce qui résiste c'est-à-dire c'est la capacité de l'être humain d'agir pour sa survie, pour sauver sa peau, l'autre est dite constructive, c'est la capacité d'être acteur, de construire son expérience (Wieviorka, 2010, cité par Bourgeois, 2018, p. 74). Ces deux versants de la subjectivation pour Bourgeois soulignent que pour devenir un sujet cela « implique à la fois, selon les circonstances, cette capacité de refus et de rejet (savoir dire non) et cette composition constructive (savoir dire oui), l'une et l'autre étant plus complémentaires que mutuellement exclusives pour la construction du sujet » (Bourgeois, 2018, p. 76). Il rajoute que la subjectivation « est un processus continu, qui se rejoue constamment pour l'individu à de nombreuses occasions de sa vie quotidienne, en particulier quand il se trouve dans des rapports humains fondés sur une intention de transformation d'autrui » (Bourgeois, 2018, p. 78). Il décrit ainsi des facettes qui sont des composantes du processus de construction du sujet dans sa relation à autrui :

- Le sentiment d'exister : « être sujet c'est avant tout avoir le sentiment d'exister, d'avoir une consistance interne, d'habiter un espace intérieur de subjectivité, d'être soi » (Bourgeois, 2018, p. 82). Le sentiment d'exister est en lien avec le sentiment de reconnaissance de ce que l'on est dans son rapport à l'autre ;
- L'agentivité : « c'est être capable de s'affirmer, de s'accomplir personnellement, en paroles et en actes dans le monde. C'est pouvoir y laisser une trace de soi » (Bourgeois, 2018, p. 90) ;
- L'indépendance : « ce n'est pas seulement savoir qui on est, ni être et se sentir auteur de ses actes, c'est aussi être capable, à un moment donné, de faire et d'être seul » (Bourgeois, 2018, p. 102)
- La réflexivité : « savoir expliciter, nommer et décrire ce qu'il nous est donné de percevoir et d'éprouver, savoir catégoriser, conceptualiser, analyser, comprendre, expliquer, savoir poser des jugements fondés, etc., en se donnant pour objet soi-même et le monde qui nous entoure, ou encore notre relation au monde » (Bourgeois, 2018, p. 108)

Nous retiendrons que la subjectivation qui aboutit à la construction du sujet ne peut se faire que dans le rapport de soi aux autres, aux savoirs, au monde. Malrieu (1970) a développé le processus de subjectivation chez l'enfant. Il identifie l'importance du milieu dans le développement du sujet : « le milieu c'est aussi les autres. L'autre a une fonction d'organisateur affectif et cognitif […] qui sous-tend la construction de la personne » (Zaouche-Gaudron, 2017, p. 66). L'autre permet au sujet de se développer par des déplacements par rapport aux autres :

> Le développement du moi nécessite des déplacements sur les positions multiples des autres et exige de se différencier des autres. Le moi se confronte à la similitude par le jeu des identifications, et à la différence qui fait du sujet un être irréductiblement unique (Zaouche-Gaudron, 2017, p. 69)

Le processus de subjectivation amène à la construction de la personne qui pourrait se définir comme « un être humain relativement autonome ». Cette notion d'autonomie :

> sous-tend la nécessité de spécifier le caractère actif du sujet dans les orientations de son développement, présuppose une activité signifiante du sujet dans laquelle émerge la question du sens, interroge la construction des activités conscientes et prend ainsi en compte les initiatives du sujet - inventions et créations - ainsi que les déterminants sociaux auxquels elles sont rattachées (Zaouche-Gaudron, 2017, p. 71)

L'autre pôle de l'axe du savoir Être correspond à « l'acteur social » qui peut se définir comme « une conception du sujet individuel en tant qu'être agissant de manière autonome en fonction de ses desseins et intentions » (Guichard, 2007, p. 3). Cette conception fait référence au pouvoir d'agir de l'individu. La notion « d'individu acteur » s'intéresse à la mise en réseau de l'action. L'émancipation concerne « une transformation des personnes, certes, mais elle exige aussi que les acteurs puissent réaliser des transformations institutionnelles qui modifient concrètement et durablement les rapports sociaux de domination. » (Grootaers, 2011, p. 2). En regard de la définition de l'émancipation que propose Grootaers (2011), un « individu acteur » va se caractériser par son autonomie de pensée et d'action, par sa capacité à s'impliquer dans des actions.

Les acteurs vont être amenés à participer, négocier, coopérer, prendre des décisions importantes pour la co-élaboration des dispositifs de formation. Les individus engagés dans le TESS de la R-I sont à la fois pris comme sujet individuel avec leurs besoins et leurs attentes, mais à la fois « comme acteur social actif dans la construction d'un monde qui réponde aux aspirations collectivement partagées » (Baudot & Huart, 2011, p. 23)

3.3 Les postures de la dynamique émancipatrice

Quatre postures sont définies pour la grille d'évaluation du processus d'émancipation (Delvaux & Delvaux, 2012). Une posture fait référence dans son sens premier « à la réalité du corps : une posture est une attitude, une façon de se tenir, de placer son corps, ses membres […] Mais ce sens initial est très immédiatement lié à la situation dans laquelle s'opère cette prise d'attitude » (Viala, 2007). La posture signifie « une manière singulière et qualitative d'occuper une place dans l'espace et, en conséquence, de se constituer comme une modalité publique de présence à soi. La posture est donc d'essence relationnelle et situationnelle. » (Paul & Fabre, 2020, p. 90).

La première posture décrite par Delvaux et Delvaux (2012) correspond à la posture « se situer ». Elle « renvoie à la construction identitaire de la personne, mais également à sa capacité à se positionner face aux autres et de prendre sa place dans son environnement » (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3). Elle se trouve au croisement de la dimension « comprendre » et la dimension « sujet ». Dans l'opérationnalisation de la grille de Delvaux et Delvaux (2012)

proposée par Tinant (2012), cette posture est décrite autour de différentes caractéristiques. Tout d'abord, elle renvoie aux notions de confiance en soi et estime de soi, elle s'appuie sur les capacités d'écoute, de communication, la capacité à s'exprimer, à verbaliser ses émotions, ses valeurs, ses ressources, ses objectifs, ses contraintes. L'individu sujet est capable de comprendre et d'appliquer les normes et les règles de fonctionnement, il est conscient de ce que le monde produit sur lui et de ce que l'on produit sur le monde, il repère son positionnement (Tinant, 2012). Elle correspond également à la notion de place : comment se situe l'individu sujet dans la société, dans l'organisation, au niveau social, dans un groupe de travail ?

La posture « se déplacer » permet : « de mettre en cause ses schémas de compréhension du monde par la confrontation des points de vue amenant à prendre un positionnement qui aura bougé par rapport à ses convictions de départ » (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3). Dans la situation que nous étudions, ce déplacement concerne quatre dimensions : professionnelles, individuelles, sociales et symboliques (Marcel, 2017). Elle correspond aux déplacements de l'individu vers une place plus juste. Pour Tinant (2012), cette posture peut se traduire par :

> Retraverser ses expériences de situation insatisfaisante avec l'objectif de prendre une distance critique, savoir confronter son point de vue, ses valeurs, agir de manière autonome en fonction du positionnement choisi, mobiliser sa créativité (percevoir mentalement autrement), savoir interroger son point de vue, ses valeurs à la lumière d'autres points de vue et en prendre distance, négocier en fonction d'un objectif personnel, débattre de manière constructive, argumentée, contradictoire dans une optique de citoyenneté (Tinant, 2012, p. 6).

La troisième posture « s'engager » met en avant « l'inéluctable besoin de prendre part à la transformation sociale de la société » (Delvaux & Delvaux, 2002, p. 3). Elle est caractérisée par les différentes formes d'engagement que l'individu acteur peut prendre en dehors du projet collectif comme « participer activement à la vie sociale, économique, culturelle et politique » (Tinant, 2012). Elle retrace également le fait de « s'investir dans un groupe en vue de construire une société plus juste, plus démocratique et plus solidaire dans une perspective d'égalité et de progrès social » (Tinant, 2012, p. 8) et de « mettre en œuvre collectivement différents types d'actions en fonction de choix, d'enjeux et de positionnements » (Tinant, 2012, p. 8). Tout en étant soutenant face aux différents déplacements que vivent les personnes engagées dans le TESS, le collectif devient un lieu « de constructions de savoir et d'actions » (Baudot & Huart, 2011, p. 26). « Le sujet à lui seul ne peut suffire pour construire de nouvelles représentations du monde » (Baudot & Huart, 2011, p. 26). L'enjeu va être de relier différentes expériences dans le projet pour co-élaborer un savoir porteur de changement (Baudot & Huart, 2011).

Enfin, la posture « S'allier »[141] s'opère entre le pôle « comprendre » et le pôle « acteur » et renvoie à la nécessaire mise en réseau de l'action. Elle se traduit par le fait de « Construire un savoir commun, des valeurs communes ancrées dans des valeurs émancipatrices et progressistes », de « Créer des alliances et des coopérations durables autour d'une action ou d'un projet » (Tinant, 2012). Pour Pereira (2019), s'allier est un choix politicoéthique « c'est faire le choix alors qu'on bénéficie de certains privilèges sociaux, de les considérer comme injustes et d'aider à lutter contre les inégalités sociales et/ou les discriminations qui y sont liées ». Dans la situation que nous étudions, il n'y a pas forcément la notion d'inégalités sociales ou de discriminations comme le souligne Pereira, mais il peut exister un déséquilibre par rapport à la participation des acteurs à la construction de dispositifs ou la prise de certaines décisions. S'allier souligne le fait que c'est une personne qui va « agir avec » d'autres personnes. S'allier signifie également « faire alliance » ; l'alliance est une des figures de la relation avec le conflit ou la négociation. Elle suppose des objectifs convergents et une égalité de moyens (Jousseaume, 2017). S'allier suppose une réflexion critique de la situation, un choix c'est-à-dire une prise de décision de se lier ou pas et une responsabilité par rapport à ce que l'individu a identifié. S'allier fait également référence à la possible mise en relation fertile entre le monde de la recherche et celui du travail par un projet co-élaboré au sein d'un tiers-espace socio-scientifique (Baudot & Huart, 2011).

Nous pensons que ces quatre postures peuvent prendre différentes formes en fonction de la situation observée : une formation (comme c'est le cas de l'ISCO), un dispositif comme le cas de l'observatoire vivre sa jeunesse (Gurnade, 2016), la dynamique émancipatrice au sein d'une Recherche-Intervention (Broussal, 2019). Nous garderons les repères proposés par Tinant (2012) pour décrire les postures au sein du tiers-espace socio-scientifique. Nous retiendrons également que :

> La mise en tension des postures « se situer » et « s'engager » font alors apparaître l'enjeu du Savoir Collectif – misant sur la force du groupe et de l'existence de l'individu dans ce groupe tandis que la mise en tension des postures « se déplacer » et « s'allier » font apparaître l'enjeu du Savoir Social - qui met en lumière la notion de savoir construit avec d'autres (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3)

[141] S'allier peut se définir comme « réunir comme par un lien, s'associer, unir des éléments qui ne sont pas unis normalement »https://www.cnrtl.fr/definition/allier# .

Synthèse du chapitre 6
De la co-élaboration des savoirs à l'émancipation des acteurs

« L'émancipation porte sur toutes les sphères de la vie sociale et personnelle, elle se traduit par le passage d'un avant et un après et par le chemin parcouru pour y parvenir » (Poujol, 2017, p. 106). Le passage d'un avant et d'un après se traduit par la finalité de l'émancipation : « transformer son rapport au monde et aux autres » (Marcel, 2017, p. 413) et donc sa place. L'émancipation telle qu'elle est décrite dans les démarches de R-I est alors identifiée comme un déplacement au sens d'un « changement de place » entendue de manière pluriréférencée par rapport au poste de travail, à la place dans la cité et par rapport à soi et aux autres. Il s'agit pour chaque acteur engagé dans la démarche de Recherche-Intervention « de s'extraire du positionnement auquel il se trouvait assigné au départ et à conquérir un positionnement plus conforme à ses aspirations » (Marcel, 2017, p. 405).

Dans la R-I que nous avons menée, nous accompagnons deux groupes d'acteurs hétérogènes par leurs statuts, leurs places dans l'institution, leurs valeurs, leurs savoirs dans une action d'ingénierie de formation. Il s'agit dans un premier cercle de participation de coconstruire du « en commun » au travers de la co-élaboration des savoirs contextualisés. Nous pensons que le tiers-espace socio-scientifique qui est co-élaboré comme un espace réflexif avec une absence de hiérarchie et qui s'appuie sur l'hétérogénéité des savoirs de chacun comme ressource va être le terreau d'une « dynamique émancipatrice ». Il s'agit pour nous d'identifier cette dynamique émancipatrice par la mobilisation de l'outil de Delvaux et Delvaux (2012). Nous explorerons en particulier l'axe du savoir Action qui retrace le déplacement d'un groupe pluridisciplinaire du pôle « comprendre » c'est-à-dire identifier les différents enjeux d'une situation d'ingénierie de formation vers un pôle « transformer », c'est-à-dire améliorer la situation, la rendre plus « équilibrée » entre les besoins de l'organisation et les besoins des professionnels. Nous étudierons également l'axe du savoir Être qui met en relation deux pôles, celui de « l'individu sujet » et celui de « l'individu- acteur » permettant aux acteurs engagés dans le projet de co-élaboration des savoirs de s'émanciper. La Recherche-Intervention est une recherche participative qui reconnaît qu'il existe des logiques différentes dans la construction des savoirs entre experts, professionnels et chercheurs, ces logiques différentes ne doivent pas contribuer à installer un rapport hiérarchique entre les savoirs au contraire elles ouvrent la possibilité au travers de la co-élaboration des savoirs de rendre ce rapport plus symétrique. Ce travail collaboratif de co-élaboration des savoirs contextualisés ambitionne de contribuer à l'émancipation des acteurs, c'est-à-dire la « transformation de leur rapport au monde et aux autres » (Marcel, 2017).

Chapitre 7 - Problématique et question de recherche

La démarche de Recherche-Intervention « poursuit simultanément et en articulation trois visées qui correspondent aux trois fonctions de la recherche en éducation » (Marcel, 2020b, p. 2) : la visée heuristique, la visée praxéologique et la visée critique. Celle que nous avons mise en œuvre s'intéresse au tiers-espace socio-scientifique de la R-I au cœur duquel ces trois visées s'expriment. C'est au travers de l'accompagnement d'un changement concernant une situation d'ingénierie de formation (visée praxéologique) au sein d'un tiers-espace socio-scientifique que nous étudions deux processus : la co-élaboration des savoirs contextualisés et la dynamique émancipatrice que cette co-élaboration pourrait favoriser (visée heuristique).

Dans la R-I que nous avons menée, nous identifions qu'un troisième élément entre en interaction. La démarche de référentialisation que nous avons opérationnalisée pour co-élaborer les dispositifs est identifiée comme un opérateur de la co-élaboration des savoirs contextualisés. Nous nous interrogeons sur la possibilité qu'elle soit également vectrice d'une dynamique émancipatrice des acteurs au sein du TESS (visée heuristique).

Nous allons dans les paragraphes ci-dessous revenir sur le contexte de la R-I, puis nous décrirons l'articulation que nous avons identifiée entre la référentialisation, la co-élaboration des dispositifs et la dynamique émancipatrice qui nous a amenées à formuler notre question de recherche. Nous explicitons ici la visée heuristique de la R-I que nous avons mise en œuvre.

1) Une demande d'accompagnement d'une ingénierie de formation

Dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse du patient qui est identifiée comme un processus complexe (HAS, 2013a), le patient est exposé à des risques : les événements indésirables médicamenteux. La politique de lutte contre ces risques repose sur des obligations réglementaires et la formulation de recommandations de bonnes pratiques. Dans cette situation de sécurisation et d'amélioration des soins, la formation est considérée comme une barrière organisationnelle permettant de lutter contre les erreurs médicamenteuses (HAS, 2013a). Notons également comme déterminants de la qualité et de la sécurité des soins : les compétences ou encore la mise en œuvre des bonnes pratiques (HAS, 2022b). Dans son rapport concernant les erreurs associées aux produits de santé, la Haute Autorité de santé recommande une formation individuelle aux règles de bonnes pratiques de préparation (calcul, dilution…), à la manipulation de tout nouveau dispositif à l'utilisation des médicaments à risques (HAS, 2020b). Elle préconise également aux établissements de santé d'assurer le maintien et le développement des compétences par la formation continue. Elle encourage les OMEDIT à mettre en place des formations sur les bonnes pratiques.

La CoMéDiMS du CHU de Toulouse est une sous-commission de la commission médicale d'établissement. Elle met en œuvre la politique nationale de lutte contre la iatrogénie en appliquant l'aspect réglementaire et en transmettant les recommandations de bonnes pratiques issues des structures nationales, régionales ou locales. C'est lors d'un échange avec un des co-présidents de la CoMéDiMS qu'une demande d'amélioration des dispositifs de formation a émergée, envisageant un rapprochement possible avec la sphère des sciences de l'Éducation et

de la formation. Nous avons analysé cette demande en mettant en relation son contexte (la prise en charge médicamenteuse du patient), la stratégie envisagée (les dispositifs de formation) et les produits visés (le développement des compétences et l'amélioration des pratiques professionnelles). De cette analyse nous avons dégagé un enjeu lié à la notion de savoir (Pesce, 2019 ; Barbier, 2011 ; Barbier & Galatanu, 2004) en particulier sur la catégorie des acteurs à l'origine de ces savoirs et ceux qui en font usage, le type et la nature de ces savoirs, les modalités de production et le statut épistémique de ces derniers.

1.1 Un enjeu de transmission et d'appropriation du savoir

Les écarts de pratiques sont identifiables dans les événements indésirables médicamenteux et dans les résultats des évaluations des pratiques professionnelles internes ou externes (comme la certification). La CoMéDiMS au travers de la mise en place de différents dispositifs de formation ou de diffusion du savoir doit transmettre un savoir qualifié d'expert (issues des sociétés savantes, des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique et des lois en vigueur) aux différents professionnels de santé, intervenant dans le circuit du médicament (médecins, pharmaciens, infirmiers).

En sciences de l'Éducation et de la formation, la notion de transmission des savoirs est attachée à la notion d'apprentissage. Notons que : « dans l'enseignement ainsi que dans la formation des adultes, la notion souffre d'une image négative : elle est souvent référée à des modèles pédagogiques dits " transmissifs " ou " verticaux " et opposés à des modèles dits "constructivistes " » (Veyrunes, 2022, p. 440). La transmission du savoir est identifiable dans deux perspectives différentes du développement professionnel : une dite applicationniste, l'autre dite constructiviste, voire socioconstructiviste. La perspective managériale et applicationniste des savoirs se retrouve de manière prépondérante dans le champ de la santé (Gosselin et al., 2014). Nous identifions que la question de la transmission du savoir est depuis longtemps discutée au sein des sciences de l'Éducation au travers des travaux de Dewey (Dewey, 1938 ; Dewey et Zask, 2018), de Vial (2010), de Bourgeois (2018).

Un changement de logique dans la formation est en cours : « on constate une remise en cause d'une logique de formation reposant sur une seule offre externe de savoirs et la valorisation de l'activité « in situ » comme outil direct ou indirect de formation (via la notion de compétences par exemple) » (Wittorski, 2016, p. 64). Cette transformation valorise le paradigme constructiviste et permet le rapprochement des deux champs suivants : travail et formation (Wittorski, 2016). La mission « dévolue à la formation est en effet, à l'aide d'une variété de ressources humaines et matérielles, d'optimiser l'acquisition, le perfectionnement ou le maintien de compétences propices au développement social, culturel et économique » (Carré, 2011, p. 423). Elle se centre de plus en plus sur l'apprenant et son rapport au savoir, sur son désir d'apprendre (Bourgeois, 2018). « On assiste au passage de la figure dominante du formateur "instructeur", chargé de la transmission des savoirs et des compétences en direction de "formés" supposés réceptifs, à la figure émergente du formateur "facilitateur", médiateur de l'appropriation des savoirs par des apprenants... supposés actifs » (Carré, 2011, p. 425).

Dans une orientation normative de la recherche sur les facteurs humains, le terme d'erreur « est associé à défaillance humaine, cela induit l'enchainement des notions pratiques suivantes : défaillance, erreur, faute, contrôle, surveillance, consigne, règlement, discipline, sanction ou/et formation » (Dejours, 2022, p. 8). La formation se retrouve associée dans le contexte de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient à une promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette orientation normative sur les facteurs humains cristallise une certaine conception de la formation : peu de place est laissée à l'autonomie des apprenants, il s'agit d'appliquer dans les pratiques professionnelles les normes attendues et apprises, voire inculquées en formation.

Cette conception est identifiée par certains auteurs : « Les entreprises et administrations commanditaires, si elles envisagent le développement de l'individu, formulent essentiellement, elles, leurs demandes en termes de résultat à atteindre et de performances à accomplir » (Chiousse, 2001, p. 9). Cet objectif d'efficacité semble renforcer une conception de la formation centrée sur le rapport travail prescrit/travail réel. Comme le souligne Montmollin en parlant de l'ergonome : « en effet lorsqu'il analyse les comportements et les raisonnements des opérateurs, dans le cours même de leur activité, il apparaît toujours que cette activité, le "travail réel", est différente de ce que les consignes et les instructions données par la hiérarchie technique ont prévu "le travail prescrit" » (Montmollin, 2011, p. 190). Dans la situation d'ingénierie de formation que nous accompagnons, il s'agit de réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel des professionnels de santé identifiables lors des évaluations des pratiques professionnelles ou des erreurs de pratiques.

Nous rajouterons que : « La médecine et la diversité de ses exercices peuvent contribuer à mieux comprendre les difficultés, sinon les conflits, existant entre savoir théorique et savoirs pratiques » (Bernadou, 2011, p. 29). Le travail prescrit fait référence à des savoirs théoriques et le travail réel aux savoirs d'action (Montmollin, 2011). Cette opposition entre les savoirs théoriques et les savoirs d'actions peut soutenir une conception applicationniste de la transmission du savoir. Elle correspond à « l'obligation de mettre en pratique sans réflexion des orientations théoriques et procédurales prédéterminées et imposées, légitimes parce que produites par la science » (Brassat, 2021). Dans cette situation, l'intention des dispositifs de formation rejoint une intention fortement normalisante[142] (c'est-à-dire place le dispositif comme agissant sur l'environnement) et va chercher à réduire « l'écart de connaissances ou de compétences existant entre le profil professionnel requis et le profil professionnel réel » (Le Boterf, 1990, p. 20). L'objectif se centre sur les professionnels et l'appropriation du savoir d'expert transmis afin de modifier, transformer les pratiques professionnelles.

[142] L'intention normalisante du dispositif est identifiée dans les écrits de Foucault (1970). Aussel en 2013 décrit trois types d'intention pour le dispositif : une intention normalisante, une intention émancipatrice et une intention en tension entre normalisante et émancipatrice. Cette dernière, précise l'auteur, concerne les dispositifs de formation.

Dans la situation que nous accompagné, la CoMéDiMS est confrontée à ces deux enjeux : la transmission du savoir et son appropriation par les professionnels. Ils sont même devenus une préoccupation pour la Haute Autorité de santé (HAS, 2022c, 2023b) : comment optimiser l'impact des recommandations ?

Des perspectives sont envisageables : identifier les obstacles à l'appropriation d'une recommandation, s'intéresser aux déterminants de la qualité des soins (HAS, 2022b), impliquer les utilisateurs à la conception d'une recommandation.

1.2 Un enjeu d'élaboration des savoirs

En 2019, l'équipe opérationnelle formule comme projet de mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires en charge de la co-construction de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir. Il s'agissait pour nous de nous demander :

Comment une sphère porteuse d'un savoir d'expert et une sphère porteuse d'un savoir d'action peuvent-elles coconstruire des dispositifs de formation[143] ?

Cette question soulève d'autres interrogations. Dans un premier temps, elle renvoie à la notion de dispositif de formation. Dans le chapitre 4 de notre écrit, nous avons identifié qu'un dispositif de formation se définit au travers de son processus fondamental : l'intention qui le constitue, les expériences choisies et les effets attendus. Pour Aussel, contrairement à d'autres types de dispositifs, un dispositif de formation a une intention en tension entre normalisation et émancipation : « En effet, les dispositifs de formation sont empreints à la fois d'une volonté d'émancipation et d'efficacité pour les acteurs à qui ils se destinent » (Aussel, 2013, p. 81). Il nous semble que nous pouvons à ce stade identifier une première interrogation autour de cette notion d'intention en tension. En fonction de la représentation qu'ont les concepteurs des dispositifs de formation l'intention peut-elle se rapprocher du pôle de l'intention normalisante ou bien du pôle de l'intention émancipatrice ? Il en est de même pour l'expérience choisie par les concepteurs. Aussel souligne que pour les dispositifs de formation, l'expérience est plutôt allotélique « qui permet aux acteurs de transférer leur expérience sur le monde » (Aussel, 2013, p. 82). Mais finalement, est-ce que tous les types de dispositifs de formation permettent une expérience allotélique ? Est-ce que les acteurs des groupes de travail vont s'orienter sur une expérience allotélique du dispositif ? Enfin, Aussel identifie que l'effet d'un dispositif de formation correspond plus particulièrement à « l'effet de modelage que Belin (2001) caractérise comme un changement profond de l'être » (Aussel, 2013, p. 83). Nous pouvons également nous interroger sur les effets réellement attendus par les concepteurs des groupes de travail ?

Dans un deuxième temps, l'interrogation que nous avons mentionnée *supra* nous amène à nous interroger sur les modalités de la co-élaboration des dispositifs de formation. Autrement dit :

[143] Cette question a pour objectif de souligner l'enjeu autour de la co-élaboration des savoirs que nous avons identifié dans cette situation en regard du type de savoir en jeu.

pour coconstruire les dispositifs de formation, les acteurs des groupes de travail vont-ils s'appuyer de manière préférentielle sur les savoirs d'action des professionnels des groupes de travail ou sur les savoirs des experts ? Est-ce que le collectif va reconnaître le savoir d'expérience des acteurs ? Vont-ils s'appuyer sur les besoins des nouveaux-arrivants ou des professionnels de santé pour le rangement des armoires ? Nous pouvons également nous interroger sur ce qui va faire consensus ou pas dans les groupes : est ce que les acteurs vont se mettre d'accord sur les savoirs élaborés ? Les normes attendues ? Les valeurs mobilisées ? Les savoirs qui seront produits par les acteurs des groupes de travail sont des savoirs contextualisés, mais quelle sera leur nature ? Des savoirs théoriques ? Des savoirs d'action ? Des savoirs hybrides ?

Nous identifions une multitude d'autres interrogations possibles au travers de l'interrogation suivante : comment une sphère porteuse d'un savoir d'expert et une sphère porteuse d'un savoir d'action peuvent-elles coconstruire des dispositifs de formation ? Elles concernent, les produits (c'est-à-dire les dispositifs), mais également la stratégie qui sera mise en œuvre par les groupes de travail, autrement dit la co-élaboration des dispositifs.

2) Une Recherche-Intervention pour accompagner un changement

Pour répondre à la demande qui nous a été formulée « d'amélioration des dispositifs de formation », nous avons contractualisé en 2019 une démarche de R-I dans la formalisation à laquelle nous nous référons (Marcel & Bedin, 2018 ; Marcel 2020b ; Broussal, 2019). Pour rappel, la R-I « mobilise une démarche d'accompagnement voire de conduite du changement, assez proche de l'aide à la décision (gouvernance, pilotage…) » (Marcel, 2020a, p. 2). Cette démarche favorise la co-élaboration d'un tiers-espace entre la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention (le trait d'union de la R-I). Nous retiendrons que : « Le tiers-espace socio-scientifique assume, porte, garantit, opérationnalise, concrétise et fait vivre la démarche de Recherche-Intervention ». (Marcel, 2020c). La notion de tiers-espace renvoie aux propos de Bazin (2013) « c'est un morceau de société qui se met en recherche sur elle-même ». Véritable entre-deux au sens de Peeters et Charlier (1999), il permet de mettre en tension les deux sphères : « L'entre-deux n'est pas fusion indifférenciée de deux pôles (liberté et contrainte, réalité et imaginaire, sujet et objet), mais attestation d'un espace de médiation irréductible entre ces deux-ci. L'entre-deux ne dissout pas les pôles, il les met en relation ». (Peeters & Charlier, 1999, p. 21-22). Jullien (2018), précise alors que c'est « l'écart qui produit de l'entre » : « l'écart ne donne pas à poser une identité de principe ni ne répond à un besoin identitaire, mais il ouvre, en séparant les cultures et les pensées, un espace de réflexivité entre elles où se déploie la pensée » (Jullien, 2018, p. 197). La force du tiers-espace socio-scientifique tient dans le principe participatif qui le fonde : « Sans occulter les différences et les spécialités de chacun (en termes de compétences, de connaissances, d'expériences, de statuts, de rôles, de positionnements, etc.) qui constituent autant de ressources et de richesses, l'ensemble des participants prend part à un projet collectif englobant recherche et intervention » (Marcel, 2020c).

La R-I est également une démarche de recherche qui s'inscrit en rupture avec deux orientations philosophiques : « l'une considère que science et action relèvent de deux logiques

inconciliables sans mise en lien envisageable tandis que la seconde, à l'inverse, considère la science comme une force d'action et pose leur caractère indissociable » (Marcel, 2020a, p. 102). Cette démarche contribue à ouvrir une tierce voie (Robert & Marcel, 2019) qui prend sa source au sein du TESS, défendant l'idée d'un enrichissement réciproque des deux sphères, dans et par leur mise en relation (Marcel, 2020b). Au sein du TESS, dans un premier cercle de participation, les acteurs des groupes de travail et du comité de pilotage co-élaborent des savoirs contextualisés (centrés sur l'action et une recherche d'efficacité des savoirs sur la résolution de la demande initiale). Dans la situation qui nous préoccupe, le premier cercle de participation réalise le travail de co-élaboration des dispositifs de formation. Dans un deuxième cercle de participation, les savoirs contextualisés co-élaborés sont présentés en dehors des groupes de travail pour permettre de les faire monter en généralité par une valorisation sociale et/ou professionnelle. Enfin, dans un troisième cercle de participation, les savoirs co-élaborés seront stabilisés en savoirs scientifiques (Marcel, 2020b). La co-élaboration des savoirs contextualisés dans le premier cercle conduit à produire un changement qui peut être repéré sur les quatre axes définis par Marcel (2014a) : « au niveau des sujets (les acteurs de l'organisation), des artéfacts (les produits de l'organisation), des actions (déployées au sein de l'organisation) et des connaissances (circulant au sein de l'organisation) » (Marcel, 2014a, p. 16).

Nous soulignons ici que le terme « savoir » fait référence à la définition suivante : « une relation entre le sujet et son monde, un produit celui de leur interaction ; un résultat, c'est-à-dire quelque chose qui à sa manière subsiste après cette interaction, qui possède une certaine autonomie et qui de ce fait est employable et transmissible » (Schlanger, 1978, cité par Wittorski, 2007, p. 56). Les savoirs sont identifiables sous forme d'énoncés, socialement valorisés et transmissibles. Ils peuvent représenter soit une réalité extérieure (savoirs objectivés) soit une réalité indissociable du sujet (savoirs détenus). Les énoncés formulés sont identifiables dans les interactions entre les individus. La co-élaboration des savoirs au sein du TESS est un processus central dans la démarche de Recherche-Intervention. Dans la visée heuristique que nous poursuivons, notre regard va se porter sur le processus de co-élaboration des savoirs, il s'agit pour nous de l'identifier et de le caractériser.

3) Une enquête évaluative pour co-élaborer les dispositifs de formation

En nous appuyant sur la mise en œuvre d'une R-I d'une durée de trois ans, nous avons accompagné deux groupes de travail dans la co-élaboration des dispositifs de formation. Un groupe s'est intéressé à l'élaboration d'un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants, un autre s'est attaché à améliorer la procédure[144] de gestion des armoires à pharmacie dans les unités de soins. Notons que le terme « d'accompagnement que nous avons évoqué à l'instant, n'est pas neutre. Il porte en lui l'idée d'un cheminement, d'une transformation possible des

[144] Nous considérons qu'une procédure est un dispositif de formation au sens de Barbier : une procédure technique est « un savoir sous forme d'énoncés, c'est-à-dire une réalité extérieure aux individus communicable et transmissible (2011, p. 9).

acteurs et actrices, des dispositifs ou des institutions, engageant des changements en cours ou à venir » (Broussal, 2019, p. 4). La démarche de référentialisation que nous avons opérationnalisée dans le travail de co-élaboration des dispositifs repose comme la R-I sur un principe participatif fort, qui est caractérisé par le terme démocratique (Figari et al., 2014). Une démarche démocratique fait référence pour nous au sens que Dewey (2018) donne à la démocratie « quiconque est influencé par les conséquences de telle ou telle activité doit jouir à la fois du droit et du pouvoir de les réguler en faveur de ses intérêts » (Dewey & Zask, 2018, p. 31). La référentialisation s'opérationnalise par une enquête au sens de Dewey (1938). Une des conditions de sa mise en œuvre est de traiter « les dispositifs, les programmes et les politiques comme des hypothèses et de les soumettre à l'évaluation […] sa force, c'est de construire et de reconstruire l'objet évalué » (Figari et al., 2014, p. 10).

L'opérationnalisation de la démarche de référentialisation a suivi les quatre phases d'ingénierie de formation d'Ardouin (2017) : analyser, concevoir, réaliser et évaluer. Pour chacune des phases, les acteurs des groupes de travail ont défini des référents, critères et indicateurs nécessaires à l'élaboration des référentiels déterminant les dispositifs de formation. Autrement dit, le choix des référents, critères et indicateurs est le reflet de la conception qu'ont les acteurs des groupes de travail des dispositifs de formation. Pour Dewey (1938), « l'enquête permet une transformation et une reconstruction du matériel qu'elle traite » (Figari et al., 2014, p. 11). Il considère que « la fonction de la pensée réfléchie est de transformer une situation obscure, douteuse, conflictuelle en une situation qui est claire, cohérente, stable et harmonieuse » (Dewey cité par Thievenaz, 2019b, p. 131). Ce qui attire plus particulièrement notre attention, c'est qu'en nous appuyant sur la conception de Dewey (1938) de l'enquête en particulier en regard des effets sur l'individu que produit l'engagement dans l'enquête, nous distinguons des enjeux d'émancipation des acteurs. La co-élaboration des savoirs par l'enquête évaluative nous semble pouvoir contribuer à une forme de transformation du rapport aux savoirs que les acteurs peuvent entretenir.

4) Le processus d'émancipation au sein du TESS

Tout d'abord, nous souhaitions souligner que la R-I répond à des demandes sociales par la co-production de recommandations, de dispositifs, de ressources, pour aider à penser et à agir autrement, dans le respect des personnes et de leurs contextes d'exigence (Marcel & Bedin, 2018, p. 80). Par la co-élaboration des savoirs, ici par l'enquête évaluative, les acteurs ont la possibilité de penser et d'agir autrement dans le monde qui les entoure.

La signification du terme « émancipation » a constamment évolué en regard des différents contextes historiques et sociaux dans lesquels il a été utilisé : « les réflexions contemporaines sur les fins et les moyens de l'émancipation sociale ne peuvent pas être séparées du contexte social spécifique dans lequel elles se développent aujourd'hui, en rapport avec de nouvelles formes de domination que la critique sociale cherche à décrire, contester et combattre » (Cukier et al., 2013, p. 10). Ainsi, « On associe le plus souvent l'émancipation à une forme de libération, de déprise de rapports de domination, ou bien à l'affirmation et au renforcement d'une puissance d'agir collective ou individuelle, ou encore, dans une version légaliste, à la conquête de nouveaux droits » (Cukier et al., 2013, p. 10). L'émancipation peut être décrite en regard de

cinq descripteurs : les causes de la sujétion, le principe de l'émancipation, le moyen, la finalité et la méthode de l'émancipation (Galichet, 2014). Elle peut présenter un caractère individuel, collectif, social et politique. Elle peut être décrite par trois formes : permissive, capacitive, et éristique (Galichet, 2018a).

Dans le contexte que nous avons décrit *supra,* la co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention peut favoriser une dynamique émancipatrice pour les acteurs du collectif engagé dans la démarche. Au niveau individuel, il s'agit de transformer ou modifier son rapport aux savoirs, ses représentations sur la situation d'ingénierie de formation. Notons que cette émancipation n'est possible que par la mise en interactions des différents savoirs portés par les acteurs. Dans sa dimension sociale, nous pensons que la co-élaboration des savoirs permet un déplacement des acteurs de la place à laquelle ils étaient assignés vers une place nouvelle et correspondant davantage à leurs aspirations. Enfin, dans sa dimension politique, la co-élaboration des savoirs semble permettre une reconnaissance et une valorisation des savoirs d'actions des professionnels de santé.

Nous rajouterons que dans la situation qui nous préoccupe, la dynamique émancipatrice concerne des acteurs engagés dans un collectif, dans leur contexte professionnel. Dejours souligne : « Pour moi, la question du travailler est une question incontournable et il m'est très difficile de parler d'une société, d'une cité où l'on ne reconnaîtrait pas l'enjeu fondamental que constitue le travail. » (Dejours & Delory-Momberger, 2010, p. 67). Le travail est à la fois un lieu de production des richesses, des valeurs, mais également des rapports de domination. « On travaille avec et pour ses supérieurs, avec et pour ses collègues, et même avec et pour ses clients - on travaille en fait au sein d'un énorme tissu de relations qui sont traversées par la domination » (Dejours & Delory-Momberger, 2010, p. 68). La question que l'auteur nous pose se centre sur : comment fait-on pour travailler ensemble ? Il reconnaît alors la force des collectifs dans les milieux professionnels qui ouvre des espaces de délibération qui permettent d'échanger sur les représentations, les valeurs, etc. La notion de domination pour Galichet renvoie à : « Il ne faut pas entendre par là qu'il n'y a pas de domination, mais seulement que celle-ci commence par définir un espace de représentations et de valeurs se présentant comme objectives, évidentes, incontournables - donc imposées. » (2014, p. 103). Le collectif dans ces espaces de délibération peut permettre de lutter contre ces représentations et ces valeurs qui se présentent comme objectives et évidentes. Il s'agit alors de « commencer par les déconstruire pour pouvoir envisager quelque chose comme une libération (Galichet, 2014, p. 103) », mais également de pouvoir produire du jeu dans ce système de représentation (Charbonnier, 2013). Dejours souligne que :

> Ce qui est important, c'est de se rendre compte que les gens qui « coopèrent », qui travaillent ensemble pour une production commune, ne confrontent pas seulement des points de vue techniques tournés vers l'efficacité ; leurs arguments sont aussi des arguments qui prennent en compte toutes sortes de préoccupations : la santé physique, les préférences psychologiques, les ressources mentales, et la manière même de concevoir le travail en collectif, c'est-à-dire au fond la dimension proprement politique du collectif. (Dejours & Delory-Momberger, 2010, p. 69)

L'émancipation permissive renvoie dans le contexte professionnel à la possibilité de participer à des activités nouvelles au sein de son entreprise ou de son établissement. Dans la R-I, la majorité des acteurs ne participent pas dans leurs quotidiens professionnels à des actions d'ingénierie de formation ou à l'élaboration des procédures qui guident leurs pratiques. Cette participation à un travail de co-élaboration des dispositifs peut permettre aux acteurs de développer des compétences nouvelles en ingénierie de formation, en élaboration de savoirs, en analyse de données ou dans la création d'outils d'enquêtes. Pour nous, le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS offre l'opportunité d'une émancipation capacitive et permissive des acteurs et actrices qui se sont engagés dans le projet collectif. Nous nous appuyons sur une paraphrase des propos de Freire (1970) pour souligner l'émancipation possible des acteurs par leur participation à un projet collectif : « personne n'émancipe autrui, personne ne s'émancipe seul, les hommes s'émancipent ensemble par l'intermédiaire du monde » (Cornet & de Smet, 2013). Nous terminerons ce sous-paragraphe en soulignant que « Ce qui est incomparable dans la coopération, c'est le regard croisé des gens qui travaillent ensemble, qui permet aux uns et aux autres de se corriger, de s'avertir, de prévenir les choses. » (Dejours & Delory-Momberger, 2010, p. 69). C'est donc au travers de la co-élaboration des savoirs au sein du TESS que la dynamique émancipatrice des acteurs sera étudiée.

5) Le TESS de la R-I : un objet de recherche

Le tiers-espace socio-scientifique (TESS) est un tiers-espace qui s'appuie sur la participation des acteurs pour co-élaborer des savoirs. Au travers de trois cercles de participation, les savoirs contextualisés co-élaborés dans ce tiers-espace vont monter en généralité par leurs validations et leurs valorisations professionnelle, sociale et académique. Le principe participatif fort du TESS permettant la co-élaboration des savoirs ambitionne de contribuer à une forme d'émancipation des acteurs. L'émancipation peut concerner son caractère individuel, collectif, social ou politique. La dynamique émancipatrice qui s'installe est décrite comme un « déplacement des acteurs vers une place plus juste et correspondant davantage à leurs aspirations » (Marcel, 2017) et comme une possibilité de « mettre du jeu dans leurs systèmes de représentation » (Charbonnier, 2013). Nous nous sommes appuyés sur la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014), qui repose également sur un principe participatif et qui s'opérationnalise par une enquête au sens de Dewey (1938) évaluative pour co-élaborer les savoirs au sein du TESS. La démarche de référentialisation telle que nous l'avons opérationnalisée est envisagée comme un opérateur de transformation sociale. Il s'agit dans cette recherche :

- De décrire le processus de co-élaboration des savoirs entre trois sphères porteuses de savoirs différents (scientifique, expert et d'action) ;
- De décrire comment le TESS et la référentialisation mobilisée en soin sein contribuent à une dynamique émancipatrice des acteurs ;

Cette description nous permettra de répondre à l'interrogation suivante :

En quoi la démarche de référentialisation peut-elle contribuer comme opérateur de la co-élaboration des savoirs au sein d'un tiers-espace socio-scientifique à une dynamique émancipatrice des acteurs ?

Chapitre 8 - Méthodologie : recueil des données et élaboration des grilles d'analyse des éléments empiriques

Dans la R-I que nous avons mise en œuvre, nous étudions le tiers-espace socio-scientifique comme un espace de co-élaboration des savoirs pouvant potentiellement favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. Ce tiers-espace (Bazin, 2013) met en tension la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention. En maintenant un « écart » entre les deux sphères, il devient un espace de réflexivité (Jullien 2018 ; Schön et al., 1994). Nous étudions le tiers-espace socio-scientifique au travers de ces deux processus. Pour décrire le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés, nous mobilisons les définitions d'informations, de connaissances et de savoirs que nous avons travaillées (dans le chapitre cinq) en relation avec les processus de co-élaboration des savoirs décrits par Mondada (2005). Pour la dynamique émancipatrice, nous mobilisons la grille de Delvaux et Delvaux (2012) que nous avons opérationnalisée pour le processus de co-élaboration des savoirs (chapitre 6).

Dans ce chapitre, nous expliciterons le choix méthodologique de mener une recherche qualitative (1) de type « compréhensive ». Puis, nous exposerons les moyens utilisés pour le recueil des éléments empiriques (2) et enfin nous présenterons les éléments empiriques recueillis et la méthodologie d'analyse (3).

1) Une recherche qualitative pour étudier des processus

Depuis les années 1980, les recherches en sciences de l'Éducation et de la formation « s'attachent de plus en plus à étudier et à comprendre des processus complexes et dynamiques dans des contextes sociaux ordinaires » (Paquay, 2006, p. 14). Pour étudier et comprendre les deux processus (d'émancipation et de co-élaboration des savoirs), nous nous sommes appuyés sur une méthodologie qualitative à visée compréhensive :

> Une recherche en sciences humaines et sociales est toujours une aventure. L'enquête qualitative de terrain, en particulier, comporte de nombreuses inconnues, car ses opérations ne sont pas aussi prévisibles que, disons, une recherche expérimentale. Nous entendons par « enquête qualitative de terrain » la recherche qui implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par des entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs (Paillé & Mucchielli, 2021, p. 15).

1.1 Une place particulière accordée aux discours des acteurs

Dans la recherche que nous avons menée, les acteurs des deux groupes de travail ont utilisé la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) au travers de la mise en œuvre d'une enquête (Dewey, 1938). L'enquête évaluative déployée pour construire les référentiels définissant les deux dispositifs de formation a été le support du recueil des éléments empiriques pour le volet heuristique de la R-I que nous avons menée. Nous les avons complétés par des entretiens semi-directifs avec les acteurs à deux moments de la Recherche-Intervention (t0 et t1).

L'opérationnalisation de la démarche de référentialisation pour coconstruire les dispositifs de formation participe à l'articulation de la visée heuristique et praxéologique de la R-I et au rapprochement science-action. Nous pensons également que l'enquête évaluative contribue à la visée critique de la R-I. Les acteurs par la mise en œuvre de la démarche de référentialisation questionnent les dimensions importantes d'un dispositif de formation et expriment leurs savoirs sur la situation. Notons que la référentialisation s'appuie sur une dimension participative forte et contribue à valoriser et à légitimer les savoirs co-élaborés dans son cadre. Le défi de cette nouvelle façon de construire les dispositifs de formation ou de diffusion du savoir est de dépasser les différents enjeux identifiés dans la situation d'ingénierie de formation pour le contexte de la prise en charge médicamenteuse du patient. Pour étudier notre objet de recherche le TESS, nous observons et analysons les temps de co-élaboration des référents, critères et indicateurs nécessaires à l'élaboration des référentiels (lors des *focus groups*) et nous recueillons les discours des acteurs engagés dans le projet (lors des deux temps d'entretiens). La recherche que nous avons menée est centrée sur les acteurs, leurs façons de co-produire les énoncés définissant les savoirs contextualisés. Nous recueillons également les éléments qui correspondent à leurs savoirs avant l'engagement dans la démarche de recherche et des éléments qu'ils retiennent de cette expérience (après avoir participé à la R-I).

Notre choix de mener une recherche qualitative à visée compréhensive est lié à la place accordée au point de vue des acteurs dans ce type de recherche, mais également à la nature des données recueillies ici des discours. Il s'agit par la recherche qualitative de pouvoir décrire, analyser le sens que donnent les acteurs à des situations, elle peut contribuer à une compréhension riche du comportement humain. Nous identifions : « une centration sur le sujet, la prise en compte de la subjectivité du chercheur et des sujets, la valorisation des expériences et des potentialités des sujets et le renforcement chez les personnes impliquées, d'une prise de conscience de leurs propres capacités » (Anadón, 2006, p. 13). Gohier caractérise ce type de recherche comme démocratique par « le respect des participants et leur degré d'inclusion dans la recherche » (Gohier, 2004, p. 10).

Elle va se distinguer de la recherche quantitative au travers de différentes caractéristiques : l'objet d'étude, les techniques de collecte des éléments empiriques, le mode de traitement des éléments et la finalité qu'elle poursuit. Ainsi, la recherche qualitative pourrait être décrite comme suit :

- Elle s'intéresse à des objets d'études tels que « des processus ancrés dans un contexte local » (Miles et al., 2003).
- Les techniques de collecte des éléments empiriques sont de types : entretiens semi-directifs, entretiens de groupes, observations, etc. Elles rassemblent des matériaux divers comme des mots, des discours, des récits, des images (Van der Maren, 2004).
- Le mode de traitement des éléments empiriques et la finalité sont spécifiques : « respectent un caractère non numérique, qui visent la construction ou la vérification d'une compréhension (interprétation) ou d'une planification d'actions par les significations attribuées et par les rationalités invoquées par les acteurs » (Van der Maren, 2004, p. 66).

La visée de la recherche que nous avons menée est compréhensive. Il s'agit pour nous au travers des éléments empiriques recueillis (c'est-à-dire les discours des professionnels), d'élaborer des catégories (Miles et al., 2003) en identifiant les extraits signifiants. Une fois ces catégories identifiées, nous procéderons à une mise en dialogue avec d'autres recherches en sciences de l'Éducation et de la formation pour faire monter en généralité les résultats de la recherche.

La finalité de la recherche que nous avons menée est de décrire deux processus qui se produisent au sein du TESS : il s'agit ici de les caractériser. La visée heuristique de notre recherche est la production de savoirs sur le tiers-espace socio-scientifique de la R-I. La nature des savoirs produits au sein de ce tiers-espace sera également interrogée. Nous avons choisi une approche qualitative parce qu'elle s'intéresse à des objets de recherche inscrits « dans un monde de sens, celui que prend un événement particulier pour des personnes dans une situation donnée » (Corbalan, 2000, p. 13). Elle est déployée en particulier dans les recherches en sciences humaines et sociales qui sont « curieuses des expériences humaines et des interactions sociales » (Paillé, 2006, p. 5). Ces recherches se rapprochent « des personnes et des groupes concernés, en enquêtant et en interviewant, en expérimentant avec eux, et en analysant avec des mots, les leurs et les nôtres (ceux des chercheurs), leurs expériences, leurs conduites et leurs échanges » (Paillé, 2006, p. 5). La recherche quantitative et la recherche qualitative se différencient sur différents points. La recherche qualitative nécessite une proximité avec le terrain de recherche alors que la recherche quantitative va être dans une forme de distanciation. Par rapport au regard porté à l'objet de l'étude, la recherche qualitative vise à comprendre les phénomènes tandis que la recherche quantitative va s'intéresser à les expliquer. Ici nous nous intéressons aux éléments qui constituent les processus et non à leur « proportion » (Dumez, 2016).

1.2 La dynamique interactionnelle du tiers-espace socio-scientifique

Mondada, dans son ouvrage intitulé, *Chercheurs en interaction* s'intéresse à « la science telle quelle se fait dans le travail ordinaire des chercheurs » (2005, p. 9). La visée de notre recherche est de pouvoir caractériser dans un premier temps par une description fine le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS. Dans le prolongement des travaux de Marcel (2020a, 2020b) nous considérons le TESS comme un espace de co-élaboration de savoirs au travers des trois cercles de participation qui le composent. Il est identifié comme un « espace social à fonction dominante de production de savoirs » (Barbier, 2011, p. 11). Mondada s'intéresse en particulier à la façon dont le savoir est « élaboré dans des équipes au fil des activités quotidiennes » (2005, p. 9). Nous nous appuyons sur la définition de Barbier et Galatanu (2004) pour définir les savoirs comme des « énoncés socialement valorisés et transmissibles » (p. 42). Ainsi, dans la recherche que nous menons, « la parole va jouer un rôle capital : les chercheurs collaborent au sein d'institutions complexes, où le savoir ne jaillit pas *ex nihilo* du cerveau génial d'un individu isolé, mais se constitue progressivement au fil d'échanges de discussions et de séances de travail où des collectifs réfléchissent ensemble » (Mondada, 2005, p. 10). Dans la dynamique interactionnelle qui se produit au sein du TESS, nous pouvons identifier « des perspectives différentes […] qui viennent d'énonciateurs différents, d'experts ayant chacun ses compétences, des professionnels engagés différemment

dans l'action » (Mondada, 2005, p. 13). Nous noterons également qu'au fil des échanges, « les objets de savoir peuvent à tout moment être fragilisés, déstabilisés dans et par la discussion » (Mondada, 2005, p. 13).

Nous retiendrons également que les acteurs vont coopérer de manière nouvelle « ces modalités nouvelles restructurent les tâches et leurs objets et transforment des sphères longtemps l'apanage de responsabilités, de pratiques, et de savoir-faire individuels […] nous pouvons parler d'intelligence collective bouleversant les définitions traditionnelles des places, catégories, identités » (Mondada, 2005, p. 15). La démarche de recherche que nous avons mise en œuvre va donc s'intéresser aux résultats des interactions des différents acteurs au sein du tiers-espace socio-scientifique. Nous procéderons à la description puis à l'analyse des interactions et des discours énoncés par ces derniers pour identifier et caractériser le processus de co-élaboration des savoirs.

1.3 Validité du projet de recherche

Les recherches qualitatives ont été et sont encore critiquées du point de vue de la fiabilité et de la validité de leurs résultats (Miles et al., 2003). Pour De Ketele « la recherche est dite scientifique s'il s'agit d'un processus ayant pour fonction de produire des connaissances scientifiques nouvelles provisoires à l'aide d'activités méthodiques, rigoureuses et vérifiables et soumises à légitimation de la communauté scientifique » (De, Ketele, 2010b, p. 22). Pour cela, il distingue des critères de pertinence, de validité et de fiabilité. Pour chacun de ces critères, ils sont à examiner selon trois aspects : la conceptualisation, le recueil et le traitement des données, l'énonciation des conclusions (De Ketele, 2010b).

Nous avons veillé à la validité du projet scientifique et aux résultats identifiés. Nous avons construit le projet de Recherche-Intervention autour de plusieurs éléments de problématisation. Les deux premières parties de l'écrit de cette thèse (partie 1 et partie 2) mettent en relation le contexte de la demande d'ingénierie de formation et des éléments conceptuels autour des notions de dispositifs de formation ; d'élaboration des savoirs et d'émancipation des acteurs. Ces différents chapitres viennent questionner la pertinence et la validité du projet de recherche sur le plan de sa conceptualisation. La méthodologie et les modalités de recueils des éléments empiriques viennent valider la pertinence et la validité des résultats. Pour accompagner les acteurs à penser et agir autrement, nous les avons guidés dans une démarche d'enquête évaluative.

Il est également nécessaire de s'interroger sur la validité interne et externe des résultats. De Ketele (2010b) analyse le critère de validité en regard de la fonction commune de toute recherche qui est de produire de la connaissance scientifiquement fondée. Tout d'abord, nous avons procédé à une validation interne des résultats. La validation interne correspond au « fait que les conclusions sont examinées et évaluées sur le plan logique » (De Ketele, 2010b, p. 32). Chaque grille d'analyse et chaque catégorisation ont été présentées aux directeurs de recherche. La double direction est un élément important à souligner dans la recherche que nous avons menée, elle renforce à notre sens la validité interne des conclusions. Pour la validité externe qui peut se définir comme « lorsque les conclusions sont examinées sur le plan de la

généralisabilité » (De Ketele, 2010b, p. 32). Dans la recherche que nous avons menée, la validité externe des résultats est particulièrement importante. Elle contribue à la validation et la valorisation sociale des savoirs contextualisés et donc à leur montée en généralité. À partir du moment où les deux dispositifs ont été présentés aux commanditaires, nous avons réalisé plusieurs communications au sein de l'établissement ou en externe dans des colloques afin de susciter une validation externe des résultats. Nous avons réalisé plusieurs communications scientifiques (Hédacq, 2019 ; Hédacq, 2020 ; Hédacq & Broussal, 2021). Dès la première année de doctorat, nous avons déposé un dossier au comité d'éthique pour les recherches de l'université de Toulouse. Ce dossier présentait la recherche que nous souhaitions mettre en œuvre. Nous avons obtenu un avis favorable de la part du comité pour la réalisation de la R-I.

2) Protocole de recueil des éléments empiriques

2.1 Accéder aux savoirs des professionnels : des entretiens semi-directifs à t0 et à t1

Nous avons commencé par un premier temps de recueil des éléments empiriques par la réalisation d'entretiens semi-directifs (t0) d'une durée de trente minutes environ auprès de l'ensemble des acteurs engagés dans les groupes de travail (Annexes 7 et 8). Avant chaque entretien (t0), le projet de la R-I avait été explicité et présenté, notamment notre objet de recherche : le TESS (Annexe 9). Un consentement éclairé a également été recueilli (Annexe 10). Le formulaire de consentement explicite les règles de protection et de sécurisation des données dont l'anonymisation de ces dernières. L'entretien ou l'entrevue « vise plutôt à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus, à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations actuelles » (Van Der Maren, 2004, p. 396). Dans la situation que nous avons étudiée, les éléments de discours que nous avons enregistré lors des entretiens semi-directifs nous permettent d'identifier :

- Les savoirs d'action des professionnels de santé (par exemple sur les définitions des termes suivants : pratiques professionnelles, compétences, procédures) ;
- Les représentations des acteurs sur les erreurs médicamenteuses ou encore leurs places dans le collectif, leurs attentes sur le projet.

Nous avons élaboré le guide d'entretien en nous appuyant sur différentes thématiques du cadre théorique de notre recherche (les postures décrites par Delvaux et Delvaux pour la dynamique émancipatrice). Les entretiens t0 ont eu pour objectif d'installer une relation de confiance entre le chercheur-intervenant et les acteurs engagés dans le projet. Ils ont permis d'ouvrir un espace réflexif pour les acteurs sur le sujet qu'ils allaient travailler en groupe lors des *focus groups* (favorisant ainsi le processus de co-élaboration des dispositifs de formation). Au temps t0, nous avons réalisé 10 entretiens pour le GT1 (composé de 11 acteurs) et 14 entretiens pour le GT 2 (composé de 15 acteurs).

Nous avons réalisé dans un deuxième temps (t1), des entretiens semi-directifs afin d'étudier la dynamique émancipatrice des acteurs de manière longitudinale. Au temps t1, nous avons dû décaler la réalisation des entretiens à cause de la crise sanitaire Covid 19. Des acteurs des groupes de travail ont quitté leurs postes dans cet espace de deux années. Nous avons souhaité

réaliser les entretiens t1 au même moment de la co-élaboration des dispositifs pour chacun des deux groupes de travail, c'est-à-dire à la suite de la présentation des dispositifs aux instances pour la validation professionnelle et sociale et juste avant leurs phases de tests. Nous avons donc pu réaliser 12 entretiens semi-directifs à la phase t1 sur les 24 acteurs engagés au départ.

Le schéma ci-dessous synthétise les deux phases de recueil des données par entretiens semi-directifs :

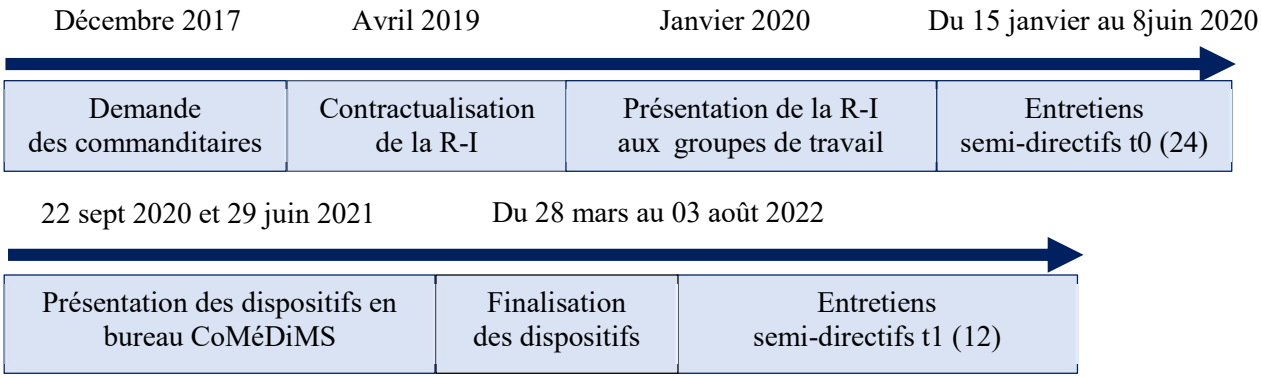


Figure 21 : Phases des recueils des éléments empiriques par les entretiens semi-directifs à t0 et t1 (Hédacq, 2023)

2.2 Recueillir le savoir en train de s'élaborer

2.2.1 Les *focus groups*

Van der Maren (2004) nomme les *focus groups* des entrevues de groupes. Pour l'auteur, ils « constituent une variante fort intéressante lorsque l'information recherchée est une représentation sociale, partagée par plusieurs personnes » (Van der Maren, 2004, p. 399). Cette technique de recueil d'éléments empiriques est utilisée dans les démarches de recherche qualitative. Elle est utile « lorsque l'on souhaite contrôler par le groupe les représentations sociales qu'on a inférées à partir d'entrevues individuelles, et lorsqu'on veut évaluer leur poids dans la dynamique d'un groupe » (Van der Maren, 2004, p. 399). Pour accompagner les acteurs dans la pratique d'ingénierie de formation, nous les avons incités à s'interroger sur les pratiques professionnelles, les dispositifs de formation lors des entretiens semi-directifs au temps t0. Notre objectif était de les amener à s'immerger dans le projet en nous appuyant sur leur réflexivité. En complément des entretiens individuels, nous avons déployé dans la R-I des *focus groups* parce qu'ils « sont à même de restituer toute la complexité des interactions sociales » (Touré, 2010, p. 6). Nous retiendrons que les *focus groups* (Steward et al., 2007) peuvent prendre plusieurs noms : entrevue collective (Van der Maren, 2004), l'entretien collectif (Duchesne & Haegel, 2009). Quel que soit le nom choisi « les entretiens collectifs signifient littéralement qu'une attention est accordée à des groupes restreints, parfois sans paroles, dont les participants discutent ouvertement sur des problématiques sociétales bien souvent définies par le chercheur selon des modalités particulières » (Touré, 2010, p. 8). En sciences de l'Éducation et de la formation, cette pratique est également utilisée pour son caractère

collaboratif : « Cette méthode ne vise pas la résolution des tensions et dilemmes, mais permet leur expression dans un cadre collectif, s'inscrivant dès lors dans une pratique collaborative » (Savournin et al., 2020, p. 29). Ils permettent la production d'un discours à des fins d'analyse (Duchesne & Haegel, 2009). Mais les auteurs soulignent que :

> Cette méthode nous semble plus particulièrement intéressante pour tous ceux qui mettent au premier plan de leur système théorique le fait que la pensée n'est pas déjà donnée, qu'elle résulte d'un processus de construction qui s'effectue par la parole, dans un contexte social, c'est-à-dire dans un cadre collectif et contradictoire (Duchesne & Haegel, 2009, p. 35)

Cette méthode permet d'accéder « au sens commun, aux modèles culturels et aux normes » (Duchesne & Haegel, 2009, p. 36). Pour décrire et comprendre le processus de co-élaboration au sein du TESS et dans un souci de complémentarité des deux méthodes, nous avons choisi d'associer les entretiens individuels aux *focus groups*. En ce qui concerne l'organisation et l'animation des *focus groups*, elles ont été assurées par le chercheur-intervenant. Nous nous sommes appuyés sur des guides que nous avons élaborés pour mener et accompagner les différents acteurs dans l'élaboration des dispositifs. Les guides ont été validés par les directeurs de recherche en amont de la réalisation du *focus groups*. Ainsi, nous avons élaboré et réalisé des *focus groups* pour les différentes phases de l'ingénierie de formation. Les acteurs se sont interrogés successivement sur la notion d'analyse des besoins, sur l'élaboration des objectifs de formation ou les axes du guide d'usage du rangement des armoires à pharmacie, mais également sur la réalisation et la mise en œuvre des dispositifs puis sur la construction des grilles d'évaluation. Nous avons synthétisé ces éléments dans le tableau ci-dessous. Les *focus groups* sont surlignés en vert et les temps de travail en groupe (par exemple pour co-élaborer les questionnaires) en bleu.

Groupe 1		Groupe 2	
Date	Thème	Date	Thème
07/01/2020	Présentation du projet à l'ensemble du groupe de travail	28/01/2020	Présentation du projet à l'ensemble du groupe de travail + Analyse des besoins *(Focus groups 1)*
11/02/2020	Besoins en formation et élaboration du questionnaire (*Focus groups 1)*	25/02/2020	Besoins en formation et élaboration du questionnaire *(Focus group 2)*
03/03/2020	Analyse des EIM *(Focus groups 2)*	16/06/2020	Modélisation (phase 1) *(Focus groups 3)*
02/06/2020	Objectifs de formation *(Focus groups 3)*	22/09/2020	Modélisation (phase 2) *(Focus groups 4)*
07/07/2020	Cahier des charges (*Focus groups 4)*	12/01/2021	Rangement spécialité/ DCI
15/09/2020	Élaboration du cahier des charges	09/02/2021	Réfrigérateurs, hors dotation
01/12/2020	Élaboration du kit de bienvenue	28/05/2021	Préparation restitution
26/01/2021	Évaluation du dispositif *(Focus groups 5)*	29/06/2021	Restitution CoMéDiMS
27/04/2021	Conception du dispositif scenario	12/10/2021	Évaluation dispositif *(Focus groups 5)*

Tableau 18 : Récapitulatif des thèmes des focus groups (vert) et des temps de travail (bleu) en groupe (Hédacq, 2023)

2.2.2 Le temps de travail en groupes pluridisciplinaires

Nous avons complété les *focus groups* par des temps de travail pour l'élaboration d'outils nécessaires pour la démarche de co-élaboration des dispositifs. Nous identifions deux temps où chacun des groupes de travail a élaboré un questionnaire pour la phase d'analyse des besoins, puis un temps de travail sur les grilles d'évaluation des dispositifs de formation.

3) Élaboration des grilles d'analyse des éléments empiriques

3.1 Le processus d'émancipation : une étude longitudinale

Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Delvaux et Delvaux (2012) qui ont conçu un outil d'évaluation du processus d'émancipation au sein d'une formation. Les auteurs décrivent pour cet outil quatre postures : se situer, se déplacer, s'engager et s'allier. Il a été utilisé et opérationnalisé dans différentes recherches en sciences de l'Éducation et de la formation : Gurnade, 2016 ; Meurie, 2019 ; Broussal, 2019 ; Meurie Corceiro et Broussal, 2021. Nous l'avons utilisée à deux moments différents dans l'étude longitudinale du processus d'émancipation. Dans un premier temps, nous l'avons mobilisée pour analyser une partie des entretiens semi-directifs menés à t0. Les entretiens à t0 marquent l'engagement des acteurs dans le projet de la R-I. Nous avons abordé plusieurs interrogations nous permettant de décrire les quatre postures de Delvaux et Delvaux (2012) à partir de l'analyse des discours recueillis. Le tableau ci-dessous synthétise la relation entre les interrogations posées lors des entretiens et les postures explorées :

Postures de Delvaux et Delvaux (2012)	Questions posées aux acteurs
Posture se situer	*Pourriez-vous me préciser votre âge, votre profession ? Votre parcours professionnel ? Votre formation ?* *Vous avez à co-élaborer une formation avec le groupe pluridisciplinaire, comment voyez-vous votre place/rôle au sein de ce groupe ? Comment envisagez-vous votre contribution au sein du groupe de travail ? Qu'est-ce que vous pourriez apporter à ce groupe ?*
Elle renvoie à la construction identitaire de la personne, mais également à sa capacité de se positionner face aux autres et de prendre sa place dans son environnement.	
Posture se déplacer	*Quels sont les intérêts que vous voyez à la mise en place de ce travail collaboratif pluridisciplinaire pour vous ?*
Mettre en cause ses schémas de compréhension du monde par la confrontation des points de vue amenant à prendre un positionnement qui aura bougé par rapport à ses convictions de départ.	
Posture s'engager	*Qu'est-ce qui vous a amené à vous engager dans ce travail ?*
Mets en avant l'inéluctable besoin de prendre part à la transformation sociale de la société	
Posture s'allier	*Quels sont les intérêts que vous voyez à la mise en place de ce travail collaboratif pluridisciplinaire : pour les nouveaux arrivants ? Pour l'organisation ? Quelles sont vos attentes à l'égard de ce travail ?*
Renvoie à la nécessaire mise en réseau de l'action.	

Tableau 19 : Tableau d'exploration des postures de Delvaux et Delvaux (2012) entretiens semi directifs t0 (Hédacq, 2023)

Dans un deuxième temps lors des entretiens t1, nous avons identifié les « déplacements » des acteurs afin de pouvoir décrire la dynamique émancipatrice de manière longitudinale.

3.2 Le processus de co-élaboration des savoirs : analyse des interactions des acteurs

Pour identifier la co-élaboration des savoirs au sein du TESS, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Mondada (2005). L'auteur conseille de « se pencher sur des lieux emblématiques de la production du savoir » (Mondada, 2005, p. 15), elle caractérise ces lieux « d'entreprise collective ». Dans la recherche que nous avons menée, nous mettons en relation, les apports sur le concept de savoir au travers des définitions de Barbier et Galatanu (2004) ainsi que les outils linguistiques interactionnels que propose Mondada. En s'appuyant sur les propos de Latour, Mondada explicite que « la science n'est pas restreinte à des énoncés savants à prétention universelle, abstraits et décontextualisés. Bien davantage, elle est constituée par un savoir incarné, situé et distribué » (2005, p. 17). Il s'agit pour nous de décrire « l'ensemble des énoncés dits indexicaux » co-élaborés soit lors des temps de *focus groups*, soit lors des temps de travail en groupe. Le terme indexical signifie qu'ils sont « localement élaborés dans leur contexte local d'énonciation, ancrés dans l'espace du laboratoire et dans d'autres espaces sociaux par lesquels ils transitent sensibles aux contingences de l'organisation du travail et aux finalités pratiques d'une multitude d'acteurs qui y interviennent » (Mondada, 2005, p. 17). L'objectif de l'analyse des éléments empiriques est de repérer comment les énoncés vont se construire lors des différentes interactions. Il s'agit d'observer plus particulièrement, comment « une proposition initiale se transforme progressivement en un "fait" indiscutable ou au contraire se trouve prise dans une controverse qui la réduit à simple "hypothèse" ou vague "présomption" » (Mondada, 2005, p. 19). Nous identifierons ces deux possibilités comme suit :

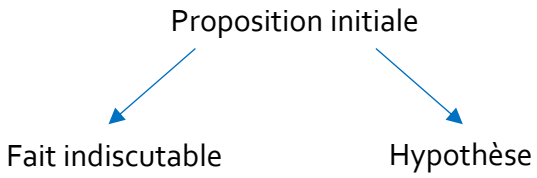


Figure 22 : Premier remaniement de la proposition initiale (Mondada, 2005, p. 19)

Les multiples remaniements des propositions initiales peuvent aboutir à ce qu'on entend par « référence » d'un discours scientifique, c'est-à-dire :

> un objet du discours qui en parcourant des chaines de re-représentation a acquis une permanence (son caractère de mobile immuable) à tel point qu'elle devient irréversible, stabilisant l'objet et permettant alors de l'identifier, en fin de compte, comme un fait qui est la cause de la description et plus comme un résultat (Mondada, 2005, p. 19).

Mondada articule la linguistique interactionnelle avec la sociologie des sciences de Callon et Latour (1991). Dans la recherche que nous avons menée, nous associons la linguistique interactionnelle à une approche constructiviste de l'élaboration des savoirs.

3.2.1 Préalables à l'analyse

Nous avons réalisé au total entre les deux groupes 20 réunions. En plus des réunions réparties dans le tableau 18, nous avons présenté en réunion du bureau de la CoMéDiMS les projets. Pour le groupe formation des nouveaux-arrivants, la réunion a eu lieu en novembre 2019 et

pour le groupe rangement des armoires à pharmacie en décembre 2019. Pour faciliter l'analyse des éléments empiriques recueillis :

- Chaque compte rendu de réunion porte un nom ;
- Chaque ligne est numérotée ;
- Chaque acteur est représenté par sa fonction ;
- Lorsqu'il y a un doute sur l'identité, un point d'interrogation est rajouté à la fin de la fonction par exemple : en*cadrant ?* ;
- Les locuteurs non identifiés sont notés par un *X ;*

Nous avons donc analysé les différents temps d'activité collaborative pour chacun des deux groupes. Chacune des réunions a fait l'objet de l'élaboration d'un guide (Annexe 11). Chaque guide a été validé par les directeurs de thèse en amont de la réalisation du *focus groups*.

3.2.2 Description de l'organisation des interactions

Il nous a semblait important de présenter pour chaque analyse des sessions de co-élaboration des savoirs, l'organisation des interactions : « elle permet de comprendre les dynamiques par lesquelles le savoir est collectivement élaboré » (Mondada, 2005, p. 35). Ainsi, nous avons décrit pour chaque analyse :

- La nature de la session : réunion de travail ou *focus groups* ;
- Le thème ou l'activité abordés : analyse des besoins, élaboration des objectifs de formation ;
- L'ouverture de séance et ses différents temps (dispersion des participants, focalisation commune de l'attention, point de l'ordre du jour) ;
- Catégories et nombres de participants.

3.2.3 Co-élaboration des savoirs

« Les réunions de travail de groupe scientifiques sont un lieu privilégié pour observer la façon dont le savoir est accompli dans l'interaction » (Mondada, 2005, p. 61). Dans l'étude que nous avons menée, nous nous intéressons « aux procédés interactionnels par lesquels un objet de discours - argument, thème, idée, solution... - est proposé dans un premier tour de parole pour être ensuite traité, repris, transformé dans le tour suivant par les interactants » (Mondada, 2005, p. 61). Chaque interaction présente une séquentialité. Elle va débuter par la prise de parole d'un premier interlocuteur, le deuxième interlocuteur va répondre en exprimant sa compréhension de la première proposition et en proposant à son tour des éléments. Cet échange entraîne la mise en place d'un deuxième tour de parole en s'appuyant sur deux dimensions : une rétrospective qui est le reflet de la compréhension du premier tour et une prospective « projetant un ensemble de contraintes que celui-ci traitera à son tour » (Mondada, 2005, p. 61).

Nous avons schématisé comme suit la séquentialité d'une interaction :

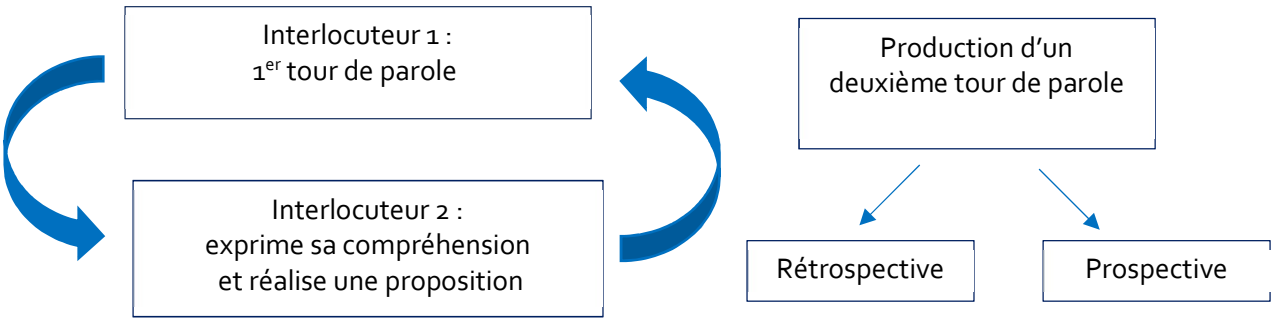


Figure 23 : Séquentialité de l'interaction d'après les travaux de Mondada (2005) modifié par (Hédacq, 2023)

Elle « souligne la façon dont les objets de discours, une fois introduits par un premier locuteur, sont ensuite accueillis, reconnus, repris, transformés par un deuxième locuteur » (Mondada, 2005, p. 61). Ceci permet d'observer comment « tel objet de discours, qui coïncide avec tel objet de savoirs - un concept, une thèse, une proposition théorique... - s'est proposé au groupe et comment il est ensuite traité par lui, reconnu comme un objet central pour le projet scientifique en cours, ou écarté comme un objet non pertinent » (Mondada, 2005, p. 62). Nous repérons trois phases : des façons de soutenir l'objet de discours, l'émergence des objets de savoir dans l'interaction, et la collaboration, solidification ou modification. Mondada, précise que :

> Ces processus de collaboration montrent que la construction d'un objet de discours ne relève pas uniquement d'un locuteur qui en serait l'énonciateur responsable - l'auteur en quelque sorte - mais peut relever du collectif des participants : de lui dépendent non seulement le succès de l'introduction de l'objet dans la discussion, mais aussi sa définition et sa configuration ultérieures, qui ne cessent de se transformer entre un tour et un autre (Mondada, 2005, p. 70-71)

Elle décrit ainsi trois processus :

- Un premier processus d'émergence et d'élaboration collective de l'objet. Il se décrit par des interactions alimentées par les acteurs qui se prolongent interactivement, une imbrication des tours et un caractère collaboratif ;
- Un deuxième de reprise et stabilisation des objets de discours. Il se décrit par des procédés de maintien de la référence et de la continuité thématique ;
- Un troisième qui concerne les divergences et fragmentations de l'objet de discours caractérisés par des reprises partielles et des désaccords.

Pour analyser les différentes séquentialités des interactions au sein des *focus groups* ou des réunions de travail, nous avons élaboré la grille suivante qui relie les trois processus de Mondada (2005) ainsi que les phases décrites *supra.*

Dimensions de la co-élaboration des savoirs	Caractéristiques	Éléments repérables
Différentes façons de soutenir l'objet de discours	Présence de régulateurs, continuateurs, évaluateurs	"oui", "bien sûr", "certainement" "absolument" "rires"
	Appuyer la parole de l'autre, souligner, extraire un nouvel objet de discours	Reprise d'un élément formulé par l'interlocuteur un
		Utilisation du mot "ça" ou bien répétition du nouvel objet de discours
		Évaluation explicite de son importance
		Chevauchement des interactions
		Point d'attention du groupe par exemple reprise du terme énoncé, répétition, déclenchement des accords des autres participants convergence de point de vue
	Formes d'accord	Accord activement établi entre les acteurs "oui", "ok", "absolument"
Émergences des objets de savoirs dans l'interaction	Formulations collaboratives d'un énoncé	Formulation d'un énoncé objectivé
		Les acteurs aident l'interlocuteur à formuler l'énoncé
		Énoncés affirmatifs/descriptifs
		Énoncés affirmatifs/explicatifs
		Énoncés opératifs
	Sélection et rejets d'arguments	Changement de ton dans l'interaction des acteurs
		Intégration dans un énoncé négatif
Collaboration, solidification, modification	Émergence et élaboration collective de l'objet	Interactions alimentées par les acteurs
		Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent
		Imbrication des tours et caractère collaboratif
	Reprises et stabilisation des objets de discours	Procédés d'incrémentation pour détourner et modifier un sens initialement prévu
		Procédés de maintien de la référence et de la continuité thématique
	Divergences et fragmentations	Reprises partielles de l'objet
		Désaccord partiel ou total

Tableau 20 : Grille d'analyse (Hédacq, 2023) de la co-élaboration des savoirs adaptée à partir des travaux de Mondada (2005)

3.3 Décrire et identifier la nature du savoir co-élaboré

Dans le premier cercle de participation du tiers-espace socio-scientifique, les acteurs des groupes de travail et les membres du CoPil vont co-élaborer les savoirs contextualisés « par l'articulation des démarches heuristiques et praxéologiques » (Marcel, 2020b, p. 4). Dans la recherche que nous avons menée, les groupes de travail ont mis en œuvre une enquête évaluative au travers de la démarche de référentialisation pour co-élaborer des référentiels définissant les dispositifs de formation. Dans un premier temps, nous rappelons que la définition du savoir que nous avons retenue est la suivante :

> les savoirs sont des énoncés socialement valorisés, des énoncés propositionnels associés de façon relativement stable à des représentations ou à des systèmes de représentation sur le monde et sa transformation, faisant l'objet d'une reconnaissance sociale et d'un contrôle se situant dans le registre de la validité (épistémique : vrai/faux, pragmatique : efficace/inefficace) et considérés comme susceptibles d'être investis dans des activités de pensée, de communication ou de transformation de l'environnement (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42).

Les savoirs peuvent être qualifiés d'objectivés quand ils sont susceptibles d'être transmis. Dans la situation que nous avons étudiée, nous allons décrire des savoirs objectivés. En ce qui concerne la nature des savoirs, nous rappelons que nous avons identifié que le tiers-espace socio-scientifique dans la R-I que nous avons mis en œuvre permet la circulation de trois types de savoirs des savoirs théoriques (expert et chercheur), des savoirs d'action (acteurs des groupes de travail), des savoirs professionnels (expert et acteurs). Enfin, Barbier et Galatanu (2004) décrivent que les énoncés formulés peuvent être de différents types :

- Des énoncés affirmatifs qui apparaissent dans des contextes d'activités de production de représentations sur le réel comme les actes de connaissance d'un objet. Ces énoncés peuvent être de deux types soit descriptifs soit explicatifs.
- Des énoncés de type opératifs.

Synthèse du chapitre 8
Une méthodologie de recherche qualitative à visée compréhensive

Dans la Recherche-Intervention que nous avons menée, nous étudions le tiers-espace socio-scientifique comme un espace de co-élaboration de savoirs contextualisés favorisant une dynamique émancipatrice des acteurs engagés dans la démarche de recherche. Il s'agit d'identifier et de décrire ces deux processus à partir de l'analyse des discours des acteurs participant à la démarche. Nous soutenons l'idée que cette démarche de recherche favorise un rapprochement entre Recherche et Intervention et entre science et action. L'enquête évaluative que nous avons mise en œuvre par la démarche de référentialisation contribue à ce rapprochement. Ce « pont » construit entre ces deux sphères participe à l'ouverture d'une tierce voie (Robert & Marcel, 2019).

Nous accordons dans la recherche menée une place importante aux acteurs et en particulier à leurs discours formulés au sein du tiers-espace socio-scientifique. Les discours recueillis lors des entretiens semi-directifs (t0 et t1), ainsi que lors des *focus groups* ou des temps de travail en groupe ont été analysés en regard des éléments développés dans le cadre théorique (partie 2 de cet écrit). Nous avons identifié et relevé les éléments signifiants des discours recueillis nous permettant de décrire et caractériser les deux processus. Au travers de la mise en valeur de la participation des acteurs à la démarche de recherche, nous contribuons à identifier et valoriser les savoirs des professionnels engagés.

Nous synthétisons ces éléments avec le tableau ci-dessous :

Objectifs	Sous objectif	Nature du matériel	Méthode
Décrire le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS	Identifier et caractériser les savoirs des professionnels	Entretiens t0	Définitions des savoirs (Barbier & Galatanu, 2004)
	Identifier les phases du processus de coélaboration des savoirs au sein du TESS	Focus groups Réunions groupe de travail	Mondada (2005)
Décrire la dynamique émancipatrice des acteurs	Identifier les caractéristqiues des postures à t0	Entretiens t0	Delvaux et Delvaux (2012)
	Idnetifier les caractéristiques des déplacements entre t0 et t1	Entretiens t1	

Tableau 21 : Synthèse de la méthodologie pour l'analyse des éléments empiriques (Hédacq, 2023)

Chapitre 9 - Les produits de l'intervention : un dispositif de formation et un guide d'usage des armoires à pharmacie

Dans le chapitre quatre, nous avons explicité la notion de dispositif et plus particulièrement les dispositifs de formation. Au travers du processus fondamental, nous avons identifié que les intentions, les expériences, les effets (Aussel, 2013) caractérisent un dispositif de formation. L'opérationnalisation de la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) a été également décrite. L'enquête évaluative menée par les groupes de travail à une visée de conception d'un référentiel définissant chacun des deux dispositifs de formation. Les deux groupes ont identifié les caractéristiques des deux objets qu'ils ont conçus (le dispositif de formation des nouveaux-arrivants et le guide d'usage des armoires à pharmacie). Ils ont co-construit des référents, des critères et des indicateurs (Figari, 1994) pour guider la co-élaboration des dispositifs.

Nous présenterons dans ce chapitre les deux référentiels co-construits par les groupes de travail ainsi que les deux dispositifs de formation qui ont pu être mis en place et testés (entre octobre 2022 et juin 2023). Pour rappel, le dispositif de formation des nouveaux-arrivants est sous forme de cahier des charges (Annexe 12) et le guide d'usage du rangement des armoires à pharmacie sous forme de mémo[145] (Annexe 13). Enfin, nous expliciterons pour chaque dispositif un exemple de co-construction de référents par les groupes de travail ainsi que le passage du référentiel au dispositif de formation.

1) Le dispositif de formation des nouveaux-arrivants

Il s'agit dans ce sous-chapitre de présenter l'élaboration du dispositif de formation des nouveaux-arrivants en partant du référentiel co-construit par le groupe de travail (1). La démarche de référentialisation a été accompagnée par la doctorante tout le long de la conception des dispositifs à la fois sous forme de *focus groups* et de temps de travail d'élaboration d'outils utiles pour conduire l'enquête évaluative[146]. Il s'agit ici de décrire la démarche méthodologique développée par Figari, Remaud et Tourmen (2014) pour conduire la référentialisation d'un dispositif de formation.

Les référentiels sont découpés en trois parties représentant respectivement : les éléments du contexte (Induits), le dispositif en lui-même (Construit), les produits (Produits). Le modèle ICP permet pour les acteurs de penser le dispositif de formation en regard de la mise en relation des induits (I), construits (C) et produits (P). C'est ce travail qui permet de dégager et d'identifier les dimensions à évaluer ainsi que les référents, les critères et les indicateurs permettant de décrire les dimensions. Nous retiendrons que « malgré le cadre apparent, cette méthodologie

[145] Nous présentons en annexe le premier guide d'usage élaboré par le groupe qui a été diffusé sous forme de Flash qualité en juin 2023.
[146] Un tableau récapitulatif des temps de réunion est présent dans le chapitre 8 de la méthodologie (tableau 18).

n'est pour autant pas aussi figée et stricte qu'elle laisse paraître dans cette présentation, les auteurs eux-mêmes défendant une certaine souplesse et de possibles allers-retours entre les phases » (Chauffriasse, 2022, p. 81).

1.1 Les « induits » du dispositif de formation des nouveaux-arrivants

La première partie du référentiel co-construit par le groupe de travail s'intéresse aux induits c'est-à-dire aux éléments du contexte de la mise en place du dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants. Figari (1994) décrit les induits comme :

> des données d'environnement (facteurs économiques…) et des caractéristiques des acteurs (facteurs sociaux) entraînants (induisant) des diagnostics (échec scolaire, désintérêt pour la formation et les études…) et des recherches de solutions (moyens accrus, dispositifs de renforcement). Il s'agit donc d'expliciter ce qui relève de ce qu'on appellera l'induit. (Figari, 1994, p. 26)

Dans la situation qui nous préoccupe, les acteurs du groupe de travail ont identifié pour les induits deux dimensions (tableau 22) : l'environnement qui est un élément à évaluer comme facteur d'influence et le public ciblé par le dispositif de formation. Nous retiendrons que :

- L'environnement est décrit selon trois référents : le respect des données externes, la prise en compte des besoins de l'établissement, le respect de la thématique prioritaire pour la CoMéDiMS
- Le public ciblé est décrit selon trois référents qui repose sur la prise en compte dans un premier temps de l'analyse rétrospective des événements indésirables médicamenteux réalisés par la CoMéDiMS entre 2014 et 2019 (Annexe 14). Puis, sur les éléments de définition des nouveaux-arrivants par la description du profil des professionnels appartenant à cette catégorie. Et enfin, la prise en compte des données du rapport de la Haute Autorité de santé sur les événements indésirables graves impliquant les produits de santé (HAS, 2020b) qui identifie dans les facteurs favorisant un événement indésirable médicamenteux grave : les professionnels nouveaux.

Les induits correspondent à l'intention du dispositif de formation, intention en tension entre normalisation et émancipation (Aussel, 2013). Les critères mobilisés sont de deux types : pertinence ou conformité. Les indicateurs sont mobilisés afin de suivre la mise en place de la formation, ils sont majoritairement des indicateurs de suivi de l'action.

Dimensions importantes du dispositif de formation	Référents (Élément en quoi un objet peut être comparé, informations qui fait référence)	Critères (Efficacité, pertinence, efficience)	Indicateurs (Élément observables)
Environnement	Respect des données externes (Certification, arrêté du 6 avril 2011)	Pertinence de la prise en compte de l'environnement Conformité avec le cadre réglementaire	Mise en place d'une formation institutionnelle au sein de l'établissement (suivi du nombre de participants)
	Prise en compte des besoins de l'établissement (Développement professionnel continu, Fondamentaux du nouvel-arrivant)	Conformité avec les besoins de l'organisation	Intégration du dispositif dans les fondamentaux du nouvel-arrivant sous forme de formation (DPC) ou dans les formations obligatoires
	Respect de la thématique prioritaire de la CoMéDiMS	Conformité avec la demande du commanditaire	Mise en place d'une formation sur la thématique de la sécurisation du médicament pour les nouveaux-arrivants
Public ciblé	Prise en compte de l'analyse rétrospective sur les événements indésirables médicamenteux analysées par la CoMéDiMS entre 2014 et 2019	Pertinence de la prise en compte des différentes caractéristiques des événements indésirables médicamenteux (nature de l'erreur, facteurs, gravité …)	Suivi annuel des caractéristiques identifiées dans le tableau de suivi des événements indésirables médicamenteux traités par la CoMéDiMS
	Prise en compte des éléments de la définition des nouveaux-arrivants (ancienneté du diplôme et expérience dans l'unité)	Pertinence de la prise en compte de la notion d'expérience et de la notion d'ancienneté du diplôme	Identification de deux indicateurs de suivi (ancienneté du diplôme et expérience dans l'unité de soins du professionnel de santé impliqués dans un événement indésirable médicamenteux) Suivi des indicateurs de manière annuelle
	Prise en compte des données du rapport sur les EIG médicamenteux de la HAS (2020b) par rapport aux nouveaux arrivants	Pertinence de la prise en compte des données du rapport de la Haute Autorité de santé en 2020	Confrontation des données du rapport aux données épidémiologiques du CHU (facteurs identifiés, nature des erreurs …)

Tableau 22 : Référentiel décrivant le contexte (les induits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023)

1.2 Le « construit » : le dispositif de formation des nouveaux-arrivants

Pour co-élaborer le dispositif de formation des nouveaux-arrivants le groupe de travail (1) a identifié plusieurs référents concernant le « construit ». Le construit se définit comme tout ce qui relève de l'action éducative. Ici, il s'agit de définir le dispositif de formation en lui-même, c'est-à-dire les besoins et objectifs de formation, les modalités d'apprentissage mobilisées et les supports pédagogiques utilisés, les moyens de mise en œuvre de la formation.

Nous identifions (tableau 23) trois dimensions : les besoins en formation, et objectifs de formation, le fonctionnement curriculaire, les moyens engagés. Nous retiendrons que :

- Les besoins et les objectifs en formation sont décrits à partir de trois référents : les besoins en formation identifiés, la définition de la compétence en regard du référentiel métier et les objectifs de formation formulés.
- Le fonctionnement curriculaire est décrit en regard du type de dispositifs mobilisés et des modalités d'apprentissage.
- Enfin, une troisième dimension concerne les moyens mobilisés dont le référent est la stratégie mise en œuvre (matériel, nombre de participants, nombre de formateurs, coûts). Nous avons sollicité l'institut toulousain de simulation en santé (ITSIMS) pour la formation des formateurs.

Le construit est le reflet du pôle des expériences du dispositif. Nous retrouvons dans ce référentiel des critères de pertinence ou d'efficience et des indicateurs de suivi de l'action.

Dimensions	Référents possibles (Élément en quoi un objet peut être comparé, informations qui fait référence)	Critères (Efficacité, pertinence, efficience)	Indicateurs (Élément observables)
Besoins en formation et objectifs de formation	Prise en compte des besoins en formation identifiés : - Pour le CHU : écart de pratiques, erreurs de pratiques - Pour l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS (analyse des EIM et résultats des évaluations internes et externes) - Pour les nouveaux-arrivants : attentes des participants par rapport à la formation	Pertinence du dispositif mis en place en regard des besoins et attentes	Évolution de la tendance du nombre des EIM /caractéristiques (types d'erreur, avérée, causes, gravité…) Évaluation de la satisfaction de la formation Évaluation de la réponse aux attentes des participants
	Prise en compte de la définition de la compétence (référentiel métier) : savoirs théoriques, savoir-faire, savoir-être	Pertinence des savoirs transmis en formation par rapport à la compétence visée	Identification des connaissances acquises par évaluation avant et après de chaque module de formation Identification des compétences mobilisées en situation de soins à trois mois
	Objectifs de formation formulés	Pertinence des objectifs en fonction de l'analyse des besoins	Évaluation de l'atteinte des objectifs à l'issue du dispositif par rapport au transfert des compétences en situation de travail (évaluation à 3 mois)
Fonctionnement curriculaire (ensemble des pratiques éducatives)	Type de dispositifs de formation mobilisés / modalités d'apprentissage : -e-learning -kit de bienvenue -analyse de pratiques -atelier de simulation procédurale -évaluation formative	Pertinence des dispositifs de formation et des modalités d'apprentissage utilisés	Résultats des évaluations à J0 J1 et à 3 mois
Moyens engagés	Stratégies mises en œuvre (matériel, nombre de participants, nombre de formateurs, coûts)	Efficience du dispositif	Rapport entre les ressources mobilisées (Appui CoMéDiMS, ITSIMS), entre investissement et résultat

Tableau 23 : Référentiel du dispositif (Construits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023)

1.3 Les « produits » : la sécurisation des pratiques professionnelles

Les produits sont les « éléments porteurs de résultats (impact sur l'environnement, changements de comportements, actions réalisées) » (Figari et al., 2014, p. 85). Dans la situation qui nous préoccupe, cela correspond aux effets du dispositif de formation et plus particulièrement aux effets de modelage qui vise une transformation des pratiques professionnelles (Belin, 2001). Les acteurs du groupe de travail ont identifié trois dimensions (tableau 24) : impact sur l'environnement, les changements de comportements et le transfert des compétences en situation de travail.

Ces trois dimensions sont représentées par différents référents qui mettent en lien :

- les problèmes et besoins identifiés (les événements indésirables médicamenteux, mais également les besoins en formation des nouveaux-arrivants) ;
- les attentes des acteurs (organisation, CoMéDiMS, nouveaux-arrivants) ;
- l'application des recommandations de bonnes pratiques ;
- le développement des compétences ;
- les objectifs de formation définis.

Nous retrouvons dans ce référentiel des critères d'efficacité, de pertinence ou d'efficience et des indicateurs de suivi de l'action.

Dimensions	Référents possibles (Élément en quoi un objet peut être comparé, informations qui fait référence)	Critères (Efficacité, pertinence, efficience)	Indicateurs (Élément observables)
Impact sur l'environnement	Problèmes et besoins identifiés (EIM, attentes, manques, demandes) Attentes des acteurs (Organisation, CoMéDiMS, nouveaux-arrivants)	Efficacité par rapport aux besoins et aux attentes identifiés	Évaluation de la réponse aux attentes des acteurs sur le dispositif Suivi des EIM et de la tendance de l'indicateur des EIM /nouveaux-arrivants
Changement de comportement	Application des recommandations de bonnes pratiques Développement des compétences	Efficience du dispositif	Opinions des acteurs sur le dispositif Évaluation des pratiques lors des ateliers Évaluation du transfert des connaissances à trois mois des nouveaux-arrivants
Transfert des compétences en situation de travail	Objectifs de formation définis	Pertinence des objectifs Efficacité du dispositif	Résultats des évaluations formatives avant et après

Tableau 24 : Référentiel des produits (produits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023)

2) Co-construction des référents, critères et indicateurs

2.1 Exemple de l'identification des référents

Nous pouvons tout d'abord souligner que la co-construction du référentiel du dispositif de formation des nouveaux-arrivants est retracée dans le document produit par le groupe de travail intitulé : *cahier des charges*[147] (Annexe 12). À la suite de l'analyse de la demande, il s'est engagé dans une démarche d'ingénierie de formation (Ardouin, 2017) en s'appuyant sur les quatre étapes suivantes : analyser les besoins en formation, concevoir les dispositifs, réaliser la formation et l'évaluer. « Plus encore que dans toute autre formation, construire des formations professionnalisantes aux métiers de l'interaction avec autrui nécessite d'inscrire celles-ci dans une nécessaire démarche d'ingénierie » (Ardouin, 2015, p. 61). Ces quatre étapes ont été conduites sous forme d'enquête évaluative accompagnée par la doctorante.

La première dimension décrite par le groupe de travail concerne l'environnement dans lequel le dispositif de formation va être déployé. Il s'est adossé aux travaux d'Ardouin et Lacaille (2005) pour décrire ce que les auteurs nomment les déterminants de la formation. Mobiliser ces quadrants au contexte du CHU peut permettre aux acteurs d'identifier que :

> Former n'est pas anodin et prend sens pour les différents acteurs, aux différents niveaux, entre projet, obstacle et situation. Former s'inscrit donc dans une logique de problématisation où les différents projets : de la personne, de l'organisme de formation, de l'entreprise, de l'institution, du territoire, se rejoignent et se repoussent nécessitant une ingéniosité de conception (Ardouin, 2015, p. 63).

Nous identifions que la formation se situe au centre de quatre logiques synthétisées dans le schéma ci-dessous :

[147] Le cahier des charges a été travaillé en deux temps : une première réunion avec le groupe a permis d'identifier les différentes parties à rédiger du document. La doctorante a ensuite rédigé le cahier des charges qui a été soumis à l'ensemble des acteurs pour intégrer les modifications souhaitées. Une fois le cahier des charges stabilisé, deux acteurs du groupe de travail, ont présenté le dispositif en réunion du bureau de la CoMéDiMS. Les référentiels ont été modifiés secondairement à la mise en place des dispositifs ce qui explique la différence entre ceux du cahier des charges et ceux présentés ci-dessus.

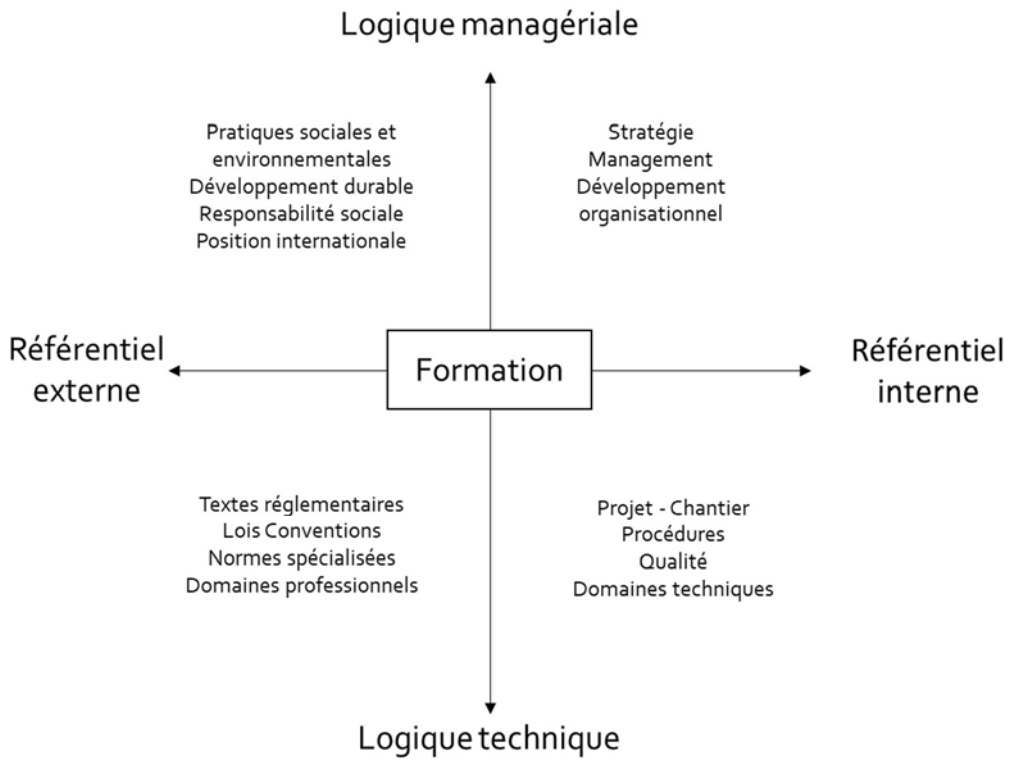


Figure 24 : Les déterminants de la formation à partir des travaux d'Ardouin et Lacaille (Ardouin, 2015)

Ce schéma définit quatre quadrants :

- Le quadrant « Sud-Ouest », externe/technique, correspond aux respects des données externes qui s'imposent à l'organisation comme la loi, la réglementation, les conventions et accords et plus globalement les normes techniques externes obligatoires.
- Le quadrant « Nord-Ouest », externe/managérial, correspond aux besoins, pour l'entreprise, de se situer dans son environnement que ce dernier soit local, national ou international sans que cela ne se traduise par des obligations formelles, mais plutôt des tendances lourdes de type sociales et environnementales.
- Le quadrant « Sud-Est », interne/technique, correspond aux référentiels internes à l'entreprise ou l'organisation que sont les règles, les procédures, les procédés de fabrication, les projets et normes internes. Cet ensemble représente autant de contraintes, cadres ou obligations à respecter.
- Le quadrant « Nord-Est », interne/managérial, correspond aux prises de décisions, aux orientations de l'organisation et à son mode managérial qui trouve sa traduction dans le quadrant "interne/technique" (Ardouin, 2017, p. 55)

La mobilisation de ce schéma dans le contexte du CHU a permis d'amener les acteurs à identifier que la mise en place d'un dispositif de formation met en lien différentes logiques au sein d'un établissement de santé. Dans la situation que nous étudions, la logique managériale va viser des éléments concernant « l'organisation apprenante », le « développement des compétences des professionnels de santé » en lien avec le projet d'établissement (Centre

hospitalier universitaire de Toulouse, 2018) et la « logique technique » qui cherche à sécuriser les pratiques des professionnels (arrêté du 6 avril 2011).

2.1.1 Analyse de l'environnement

Afin d'identifier les besoins en termes de formation des nouveaux-arrivants sur la prise en charge médicamenteuse du patient et en particulier l'administration médicamenteuse, le groupe de travail a exploré le contexte de sa mise en place. Il repose sur :

- Un référentiel externe

Il comporte dans notre situation deux éléments : la démarche de certification des établissements de santé et l'arrêté du 6 avril 2011. La procédure de certification des établissements[148] (V2020), fixe comme objectif aux établissements de santé de mettre en place les barrières nécessaires pour lutter contre les risques engendrés par les soins :

> Les pratiques médicales et soignantes induisent des risques pour le patient. La sécurité du patient est un enjeu d'équipe mobilisant à la fois les compétences de chacun et les capacités d'appropriation collective. Ainsi, tous les professionnels doivent considérer les risques de leurs pratiques et mettre en place les mesures qui permettent au mieux de les éviter ou de les récupérer. Certains risques pour le patient sont spécifiques d'une activité ou d'un secteur (urgences, bloc opératoire, secteurs interventionnels…) et d'autres sont transversaux ; par exemple le circuit du médicament ou le risque infectieux (HAS, 2021a, p. 111).

Un critère de certification qualifié d'impératif place l'analyse des événements indésirables comme un moyen central pour l'amélioration et la sécurisation des soins : « La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques…) est traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques » (HAS, 2021a, p. 139). Il est attendu que « Les équipes s'améliorent en tirant des leçons des réussites et des erreurs, de la gestion des imprévus (savoirs formels et informels, compétences techniques et non techniques), et elles évaluent leurs performances collectives. » (HAS, 2021a, p. 139). En ce qui concerne les compétences des professionnels, elles sont définies comme : associant « des compétences techniques (acquises lors de la formation initiale et continue des professionnels, souvent de manière mono-disciplinaire, voire individuelle), et des compétences non techniques (leadership, aptitude à travailler en équipe, communication, coordination, collaboration, capacité à gérer les conflits…) » (HAS, 2021a, p. 175).

[148] Lors de l'accompagnement des groupes la version du référentiel de certification datait de 2021. Une nouvelle version du référentiel datant de 2023 est en ligne. Les éléments cités sont toujours présents.

Les compétences rendent performantes les équipes de soins : « La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels, c'est un enjeu essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients » (HAS, 2021a, p. 175).

L'arrêté du 6 avril 2011 énonce dans l'article 7 que :

> la direction de l'établissement définit un plan de formation pluriannuel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient », et « qu'une formation s'impose pour tous les nouveaux-arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire.[149]

Cette dernière doit être intégrée au développement professionnel continu (DPC) développé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 et la loi de modernisation du système de santé en 2016.

Ces deux éléments, constituant le référentiel externe, semblent induire une intention normalisante du dispositif de formation. Les pratiques professionnelles attendues sont décrites sous forme de critères et d'indicateurs visant la mise en conformité par rapport aux recommandations nationales. Les recommandations nationales de bonnes pratiques sont évaluées par la démarche de certification selon un dispositif d'évaluation-mesure. Par exemple, le critère évalué dans cette situation s'intitule « les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments » et l'évaluation porte sur « La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration » ou « L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier » (HAS, 2021a, p. 115). Le modèle de l'évaluation mesure dans cette situation sert à vérifier la conformité des pratiques pour rendre compte de la situation (Vial, 2012). Le référentiel interne induit une intention normalisante au dispositif de formation par son objectif de résultat sur la conformité des pratiques professionnelles. Le dispositif envisagé tend à se rapprocher de la définition du dispositif institué que propose Audran (2010) ayant un pouvoir normalisateur.

Nous pouvons également distinguer, en plus des lois et de la démarche de certification, le projet du CHU qui vise « l'excellence des soins » et qui place la qualité et la sécurité des soins comme un élément prioritaire sous forme d'engagement « assurer des soins de qualité, adaptés aux besoins des patients et de leurs aidants » (Centre hospitalier universitaire de Toulouse, 2018, p. 9). La position du CHU au niveau national est également importante, il atteint l'excellence dans plusieurs domaines[150].

[149] Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

[150] En 2021, il est en tête du classement des meilleurs hôpitaux et cliniques du magazine le Point. Le classement émane d'un questionnaire adressé aux établissements évaluant les moyens humains et matériel, ainsi que de l'étude du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information retraçant l'activité de l'établissement.

- Le référentiel interne

La CoMéDiMS a identifié neuf thématiques prioritaires qui nécessitent la mise en place d'une formation ou d'un dispositif de diffusion du savoir, en s'appuyant sur les résultats de l'analyse des événements indésirables médicamenteux du CHU et sur l'élaboration du plan d'action qualité et sécurité des soins. Cette analyse a permis l'identification de « dysfonctionnements » (EIM, résultats des évaluations internes et externes) et de « manques » (facteurs des EIM) concernant les savoirs, savoir-faire, savoirs être. C'est plus particulièrement la question de : « l'appropriation du savoir » et sa mise en œuvre dans les pratiques professionnelles lors de l'étape d'administration qui est visée. Les nouveaux-arrivants du CHU de Toulouse bénéficient d'une formation obligatoire correspondant aux fondamentaux nécessaires à la prise de poste. La prise en charge médicamenteuse du patient est une des thématiques abordées sous forme d'e-learning. Composé de deux modules, ce dispositif de formation est centré sur la présentation du circuit du médicament, des événements indésirables (modalités de déclaration) et de la règle des 5 B (Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bon moment, Bonne voie) identifiée comme une des barrières permettant de lutter contre les erreurs d'administration médicamenteuse.

Ainsi, « mettre en œuvre une formation, c'est donc prendre en compte ces différents éléments qui deviennent des critères d'analyse pour construire un dispositif de formation » (Ardouin, 2017, p. 56). Nous retiendrons que dans cette phase, le groupe de travail a souhaité ajouter aux données épidémiologiques (paragraphe 1.1 du cahier des charges en annexe 12) concernant le nombre d'événements indésirables, des éléments concernant le vécu[151] des erreurs chez les soignants (paragraphe 1.2 du cahier des charges). Pour la partie environnement du dispositif, les acteurs du groupe de travail s'appuient sur les référentiels externes et internes. Ils retirent de ces éléments le souhait que le dispositif de formation soit obligatoire (dispositifs institués) afin de garantir un accès à la formation pour tous les nouveaux-arrivants. L'intention du dispositif de formation est en tension entre une intention normalisante et émancipatrice en visant une amélioration des pratiques des professionnels de santé tout en favorisant le développement de leurs compétences.

[151] Nous analyserons cet élément dans la partie concernant l'analyse des besoins.

Nous identifions pour la dimension environnement trois référents : le respect des données externes, la prise en compte des besoins de l'établissement, le respect de la thématique prioritaire de la CoMéDiMS. Ces trois référents sont identifiables dans le cahier des charges du dispositif. Nous retrouvons pour le respect des données externes que les acteurs du groupe de travail ont co-construit un dispositif de formation institué, c'est-à-dire inscrit dans la formation continue de l'établissement et rendu obligatoire (il est intégré dans le séminaire d'accueil des nouveaux-arrivants sur le pôle enfants). Pour la prise en compte des besoins de l'établissement, ce dispositif participe à l'accueil et au développement des compétences des nouveaux-arrivants (le kit de bienvenue est accessible sur le site de gestion documentaire). Enfin, la thématique du dispositif est celle identifiée par la CoMéDiMS.

2.1.2 Définir le public cible et analyser les besoins en formation

Afin de définir le public cible de la formation et d'analyser les besoins en formation des nouveaux-arrivants, le groupe de travail s'est appuyé sur trois analyses distinctes :

- Une analyse rétrospective des événements indésirables médicamenteux (EIM) qui ont été déclarés dans l'outil institutionnel du CHU de Toulouse entre 2014 et 2020[152] (Annexe 14). Cette analyse a permis d'identifier la fréquence de survenue des EIM dans la population dite des « nouveaux-arrivants », ainsi que, les caractéristiques des causes identifiées par la méthode REMED (Annexe 4). Cette analyse a permis de pointer le type de savoirs à transmettre en s'appuyant sur la définition de la compétence de Le Boterf (1990) pour améliorer les pratiques professionnelles. La compétence pour l'auteur correspond à des savoirs théoriques, des savoirs pratiques, des savoirs-être. L'analyse a également été utilisée pour définir la notion de nouveaux-arrivants et identifier le public cible de la formation. L'intégralité des résultats est présentée en annexe (Annexe 14).
- Une analyse qualitative des comptes rendus d'analyse des EIM impliquant un nouvel-arrivant (Annexe 15). Lors d'une déclaration d'événement indésirable, l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS peut soit clôturer la déclaration, soit ne pas l'analyser, mais proposer un plan d'action, soit l'analyser en équipe pluridisciplinaire. Dans ce cas, la méthodologie utilisée s'appuie sur la grille REMED (Annexe 4). Les conclusions de l'analyse sont rédigées sous forme de compte rendu de trois à cinq pages. L'analyse de ces comptes rendus a eu pour objectif d'identifier les causes fréquentes retrouvées dans les erreurs médicamenteuses impliquant des nouveaux-arrivants jeunes diplômés. Mais

[152] Cette analyse a été réalisée par la doctorante lors de sa prise de poste à la CoMéDiMS en octobre 2019. Pour la thèse nous avons stabilisée cette analyse en incluant les données de 2020. L'annexe est constituée d'une présentation des résultats de cette analyse que nous avons effectué en COVIRIS (Comité des Vigilances et des risques) en 2022.

également, elle a rendu possible le relevé des indicateurs sur les situations à risques rencontrées, le type d'erreur retrouvé et les barrières de récupération de l'erreur à renforcer.

- Une analyse des besoins des nouveaux-arrivants par une enquête sous forme de questionnaire déployée sur l'établissement (Annexe 16). Nous avons obtenu 50 réponses. Cette analyse a permis de cibler le profil des nouveaux-arrivants (lieu de formation, stages…), leurs difficultés dans la mise en œuvre de la pratique professionnelle d'administration, ainsi que leurs attentes et demandes en termes de formation.

La combinaison de ces trois analyses a permis de dégager le public cible du dispositif de formation, mais également elle a participé à définir l'objectif principal de la formation, ainsi que les objectifs secondaires. Pour le « construit », elle a également permis d'utiliser les cas analysés comme supports pédagogiques pour l'analyse de pratiques.

Pour définir le public cible, le groupe de travail s'est appuyé sur l'analyse rétrospective des EIM déclarés au CHU entre 2014 et 2020. Plus particulièrement, nous avons classé les données suivantes : le numéro de l'EIM et l'année de réalisation, le type d'erreur identifié, le pôle concerné, l'unité de soins, le contexte de survenue de l'EIM (effectif, charge de travail, heure), le descriptif des faits, le niveau de l'erreur (avérée interceptée avant, avérée interceptée après et potentielle), les étapes de survenue de l'EIM (principales et secondaires), les causes identifiées par la méthode REMED lors de l'analyse en équipe pluridisciplinaire, le niveau de gravité.

Le tableau ci-dessous, que nous avons élaboré s'appuie sur le nombre d'EIM analysés par an, selon la méthode REMED, par l'équipe opérationnelle. Nous avons retenu les EIM dont le compte-rendu était complet avec les facteurs identifiés et les causes ainsi que le plan d'action proposé. En résumé dans ce tableau, selon les rapports d'activités de la CoMéDiMS[153], nous avons identifié un total de 202 comptes rendus.

[153] Nous présentons ici les résultats de l'analyse dans sa forme la plus stabilisée. En effet, nous avons commencé ce travail d'analyse en 2019 pour accompagner les groupes de travail. Au fur et à mesure des présentations en CoPil, ou en bureau CoMéDiMS nous avons améliorer le tableau et préciser les éléments. Il s'agit ici de présenter les résultats que nous avions exposé en 2022 lors d'une réunion en présence de la direction de la qualité.

Année	Rapport d'activités	Nombre d'EIM analysés (compte rendu REMED)
2014	40 recensés	26 analysés
2015	46 recensés	36 analysés
2016	52 recensés	43 analysés
2017	51 recensés	30 analysés
2018	44 recensés	25 analysés
2019	25 recensés	20 analysés
2020	25 recensés	22 analysés
	Total = 258	Total = 202

Tableau 25 : Tableau récapitulatif des déclarations d'EIM reçues et analysées par la CoMéDiMS / analysées (Hédacq, 2021)

Nous avons donc relu 202 documents d'analyse des EIM, c'est-à-dire entre 20 (pour l'année 2019) et 43 (pour l'année 2016) par année (les documents descriptifs des EIM contiennent entre trois et cinq pages ce qui représente environ entre 606 pages et 1010 pages).

Lors de la lecture flottante de ces EIM, nous avons identifié que la notion d'expérience du professionnel pouvait être renseignée par les rédacteurs (nous avons gardés pour ce critère uniquement les déclarations où l'expérience mentionnée était celle du professionnel impliqué). L'expérience peut se définir comme le Fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde[154]. Elle « résulte d'une incorporation particulière et singulière acquise, apprise, transmise, éprouvée. Consciemment ou inconsciemment elle contient le sens subjectif (ou valeur) que l'on donne et que l'on capitalise durant son parcours existentiel des objets, situations, événements, émotions, images, récits, gestes, souvenirs, … » (Cadiére, 2017, p. 8). Fukazawa-Couckuyt et Robin (2019) soulignent que l'expérience élaborée à partir de l'activité est « la construction par un sujet, pour ses actions en cours et à venir, et à partir d'épisodes antérieurs de son activité, de constructions mentales (Barbier, 2013a, p. 20 ; Zeitler, Guérin & Barbier, 2012) » (Fukazawa-Couckuyt & Robin, 2019, p. 63).

Le produit de cette expérience représente une « construction de sens que les sujets opèrent à partir, sur et pour leur propre activité […] considérées par les sujets et leur environnement comme des ressources » (Barbier, 2011, p. 69). Ce sont ces « ressources que la personne a construites à travers son activité qui sont représentées par la notion d'expérience » (Zeitler & Barbier, 2012, p. 112).

Dans 148 documents d'analyse, l'expérience était quantifiée. L'expérience correspond à l'ancienneté dans l'unité de soins. Pour 88 comptes-rendus elle était inférieure à 2 ans. La date d'entrée dans l'unité de soins des professionnels a été classée selon deux critères soit inférieure à 1 an soit entre 1 et 2 ans. Nous avons intégré une caractéristique associant la notion de pool,

[154] https://www.cnrtl.fr/definition/expérience#

de remplacement, et d'intérimaire[155]. Nous avons également tenu compte de la date d'obtention du diplôme selon les mêmes caractéristiques (inférieure à 1 an ou entre 1 an et 2 ans). Ce choix de catégorisation fait référence aux travaux de Benner (1995). Benner s'appuie sur les travaux de Dreyfus (1980) et établit que le développement des compétences des infirmières passe par cinq stades (novice, débutant, compétent, performant et expert) qui sont le reflet des trois types de changements qui se produisent lors de l'acquisition de compétences (Benner, 1995). Ainsi, elle souligne que les infirmières novices « n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se retrouver confrontées » (Benner, 1995, p. 23). Elle rajoute qu'à ce stade-là « puisque les novices n'ont aucune expérience de la situation à laquelle elles ont à faire face, il faut leur donner des règles afin de les guider dans leurs actes » (Benner, 1995 p. 24). Elle conclut en disant « toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni de la pathologie des malades du service » (Benner, 1995, p. 24).

Nous avons croisé les caractéristiques de l'expérience avec celle de la date d'obtention du diplôme et nous obtenons les résultats ci-dessous (Figure 25). Parmi les 148 EIM pour lesquels l'ancienneté de l'IDE dans l'unité était renseignée : 59.4% impliquaient une IDE de moins de 2 ans d'ancienneté dans l'unité. Parmi les 126 EIM pour lesquels l'ancienneté du diplôme était renseignée : 29% impliquaient une IDE dont le diplôme datait de moins de 2 ans. Nous sommes avec un professionnel identifié comme « novice » (par Benner). Parmi les 66 EIM avec expérience ET ancienneté du diplôme connues, 56% concernent des professionnels dont le diplôme est inférieur à 2 ans. Nous retenons l'importance de la notion d'expérience dans le service de soins ce qui pourrait rejoindre la réflexion suivante : « lorsqu'un professionnel change de service de soins il repart de zéro ». En revanche, la réglementation demande une formation pour les nouveaux-arrivants et laisse supposer dans l'établissement et non dans un service de soins.

Le groupe de travail a donc identifié le public cible de la formation, il s'agira de proposer le dispositif de formation aux « professionnels de santé dont l'expérience dans l'unité de soins est inférieure à 2 ans et dont la date du diplôme est inférieure à 2 ans ». Un des arguments avancés est que cette population est facilement « repérable », les jeunes diplômés des IFSI ou de l'IFRASS ou de l'école de sages-femmes de Toulouse sont diplômés à date fixe (juin pour les infirmiers et les sages-femmes, octobre pour les puéricultrices). Il a également été observé que la survenue de l'événement indésirable se produit dans les six mois de l'arrivée du professionnel de l'unité de soins.

[155] La notion de pool, d'intérimaire ou de remplaçant, indique que le professionnel de santé ne connait pas ou peu l'unité de soins dans laquelle il va exercer. Par exemple, il peut travailler un jour en chirurgie, puis le lendemain en médecine …

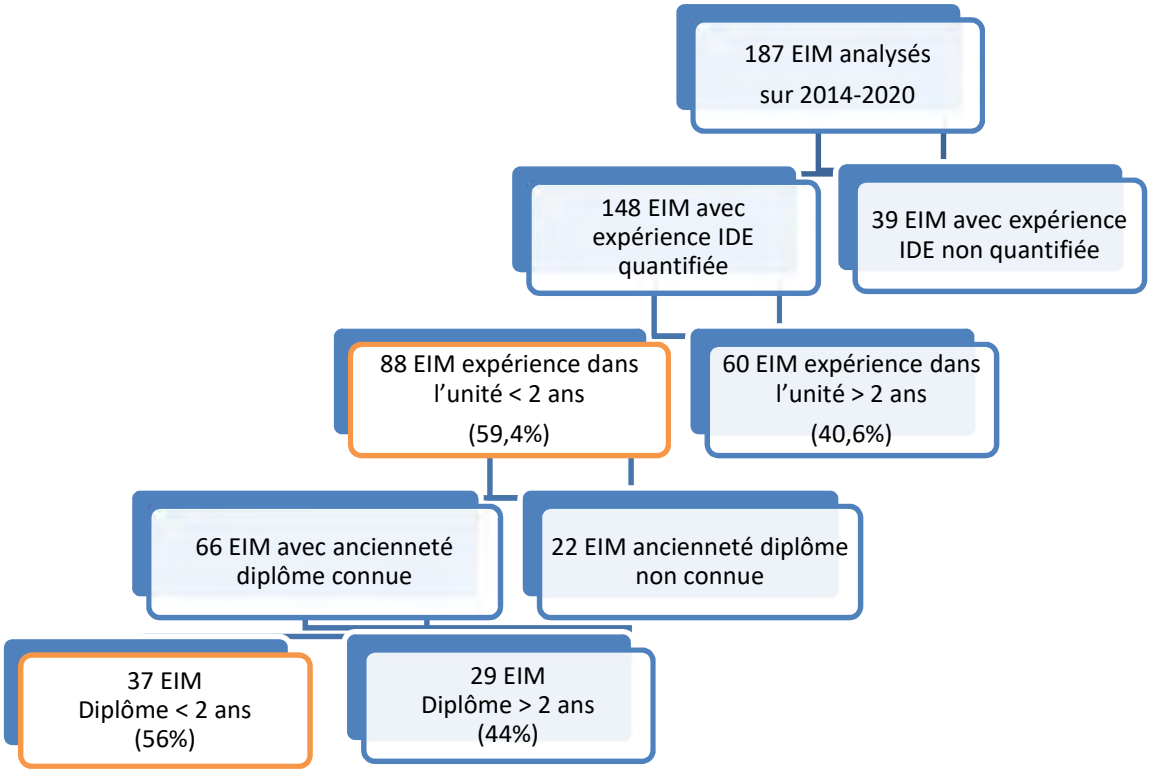


Figure 25 : Données sur l'expérience et la date de diplôme issues de l'analyse des comptes rendus REMED 2014-2019 (CoMéDiMS, 2021)

Pour compléter l'identification des éléments nécessaires à la construction du dispositif, nous avons également regardé les facteurs (ou causes profondes) identifiés dans les 187 EIM. Le dispositif de formation envisagé s'intéresse aux pratiques des professionnels en situation de travail.

Dans l'analyse REMED (Annexe 4), les facteurs sont au nombre de huit. Nous identifions dans les comptes rendus des EIM analysés une représentation des facteurs comme suit :

⊞ Pratiques et Procédures opérationnelles	575
⊞ Facteurs liés aux professionnels de santé	298
⊞ Environnement de travail	118
⊞ Organisation et management	82
⊞ Facteurs liés aux patients	72
⊞ Equipe	68
⊞ Facteurs liés aux produits de santé	68
⊞ Contexte institutionnel	13
⊞ NP	4
⊞ Facteur ALARM	1
Total général	1299

Figure 26 : Répartition des facteurs REMED dans les comptes rendus d'analyse des EIM déclarés au CHU de Toulouse 2014-2020 (CoMéDiMS, 2021)

Chaque analyse d'EIM entraine l'identification de plusieurs facteurs REMED. Chaque fois qu'un facteur est identifié dans le compte rendu, il est quantifié, ainsi le facteur REMED « pratiques et procédures opérationnelles » apparait 575 fois dans la totalité des comptes rendus relus et analysés. La mention « NP » signifie qu'aucun facteur n'est renseigné (la trame du compte rendu utilisé par la CoMéDiMS a évolué entre 2014 et 2019). La mention « facteur ALARM » signifie que l'analyse a été effectuée avec la grille ALARM dont les facteurs sont différents donc nous ne les avons pas comptabilisés.

Les facteurs les plus représentés sont ceux liés aux pratiques et procédures opérationnelles (575) et ceux liés aux professionnels de santé (298). Les sous-facteurs issus de la grille REMED sont également identifiés comme suit :

Pratiques et Procédures opérationnelles	**575**
pratiques liées à l'administration	274
pratiques générales	97
pratiques liées à la prescription	84
protocoles et procédures	71
pratiques liées à la dispensation	20
pratiques logistiques des produits de santé	15
pratiques liées aux transitions	10
pratiques liées au suivi clinique	3
pratiques liés à l'education thérapeutique	1
Facteurs liés aux professionnels de santé	**298**
qualification, compétences aptitudes techniques	179
etat physique et psychologique	102
capacités relationnelles, motivation , adaptations	17

Figure 27 : Sous facteurs REMED identifiés dans les comptes rendus d'analyse des EIM déclarés au CHU de Toulouse 2014-2020 (CoMéDiMS, 2021)

La notion d'expérience dans une unité de soins, quelle que soit l'ancienneté d'obtention du diplôme semble être un facteur favorisant les événements indésirables médicamenteux. Le rapport de l'HAS (2020b) souligne en évoquant les facteurs contributifs des EIGS et plus particulièrement celui de la « gestion des compétences » :

> Chaque fois que l'on se trouve en présence de la problématique des effectifs, tels que professionnels nouveaux, intérimaires, associée à une politique de formation insuffisante voire absente, cela se traduit par la : non-connaissance des produits utilisés (interactions, dosage, surveillance) ; non-connaissance des équipements type DM ; non-connaissance des circuits de prise en charge ; non-connaissance des professionnels d'astreinte ou de garde (HAS, 2020b, p. 45)

2.1.3 Analyse qualitative des textes des comptes rendus

Nous avons réalisé une analyse des textes des comptes rendus d'analyses rédigés par l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS (entre 2014/2019) reprenant le descriptif de la situation et les causes identifiées (REMED) par le logiciel IRaMuTEQ® (Annexe 15). Le logiciel IRaMuTEQ® (Interface de R pour les analyses Multidimensionnelles de Textes et de

Questionnaires) permet une description et une analyse des corpus textes. Le choix de ce logiciel et de ce type d'analyse permet d'avoir une certaine distanciation par rapport aux données obtenues et d'éviter des mécanismes d'interprétation des résultats. Nous nous sommes plus particulièrement appuyés sur la méthode de Reinert avec une classification hiérarchique descendante et une analyse factorielle de correspondance. Cette analyse a également été réalisée par la doctorante et présentée lors d'une réunion du groupe de travail. Elle a été reprise *a posteriori* lors de la rédaction du cahier des charges où les acteurs des groupes de travail ont renommé les catégories des classes de discours.

Cette analyse a permis d'échanger sur la pratique d'administration médicamenteuse, d'identifier la complexité de ce soin et de travailler ensemble la notion d'erreur médicamenteuse. Plus particulièrement, nous avons souhaité accompagner les acteurs dans un premier temps d'analyse des événements indésirables médicamenteux[156] puis dans un second temps nous leur avons présenté les résultats de cette analyse.

La situation d'erreur médicamenteuse peut entraîner dans un premier temps des interprétations de la situation comme « *l'erreur de calcul est liée à une non-maîtrise de la règle de trois* », à un « *problème de maîtrise des mathématiques* ». Ce *focus group* a permis d'amener une dynamique émancipatrice pour les acteurs. Ils ont pu confronter leurs points de vue sur les descriptifs des événements indésirables, identifier les déterminants de la situation comme la charge de travail, l'absentéisme, les compétences. Ce travail réflexif en groupe pluridisciplinaire a pu leur permettre de mettre du jeu dans leur système de représentation concernant les erreurs médicamenteuses (Charbonnier, 2013).

Au total, nous avons paramétré 37 textes (ces comptes rendus concernent des EIM impliquant des nouveaux-arrivants jeunes diplômés) avec les variables suivantes :

- Date d'entrée dans l'unité
- Date d'obtention du diplôme
- Année de rédaction du texte (il y a à ce niveau trois rédacteurs différents répartis comme suit : un en 2014, un de 2015 à 2017 et un de 2017 à 2019)
- L'heure de l'événement indésirable

Nous avons obtenu le dendrogramme ci-dessous dont nous proposons l'analyse dans les paragraphes suivants. Chaque classe de discours est composée de mots associés à un chi 2 qui exprime le lien entre la classe de discours et le mot. Il existe également un seuil de significativité (p) associé au chi 2. Les mots identifiés sont associés à des *verbatim.*

[156] Les acteurs du groupe de travail ont lu des comptes rendus et identifiés les facteurs ayant conduits aux EIM.

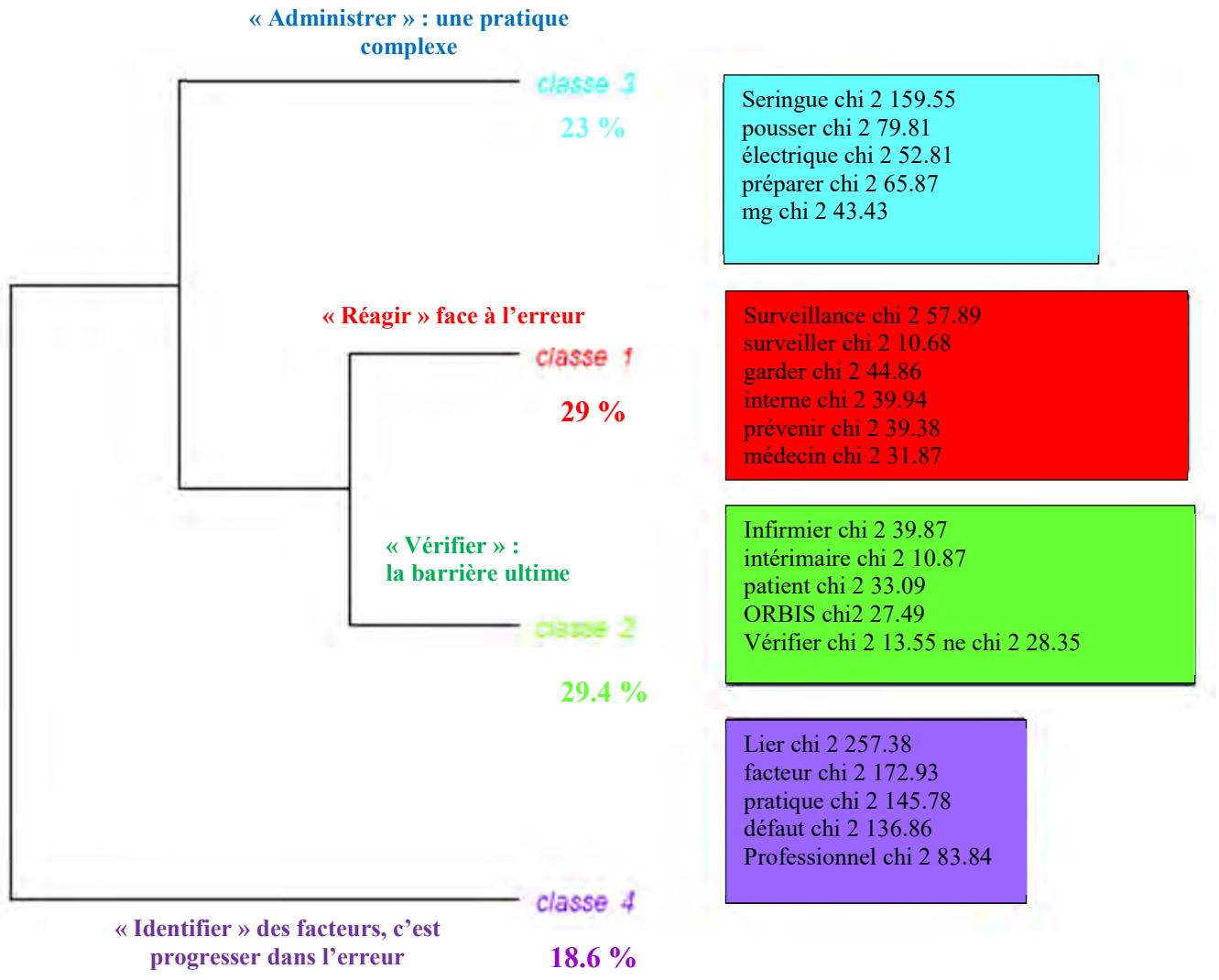


Figure 28 : Dendrogramme des comptes rendus d'analyse des EIM (groupe de travail 1, 2021)

Quatre classes de discours se dégagent. Nous avons obtenu 504 segments classés sur 551, soit 91.47 % des segments classés.

- La classe 1 « réagir face à l'erreur »

Elle représente 28.97 % du corpus. Les premiers mots identifiés sont : « surveillance » chi 2 57,89, « surveiller » chi 2 10,68. Ils sont liés à « garder » chi 2 44,86, « interne » chi 2 39,94, « prévenir » chi 2 39,38, « médecin » chi 2 31.87, « appeler » chi 2 31,23, « cadre » chi 2 21,41, « téléphone » chi 2 20,97 et enfin « chef » chi 2 14,89, « clinique » chi 2 14,81. Dans cette classe de discours, les *verbatim* associés à ces mots indiquent la prise en charge du patient après la découverte de l'erreur médicamenteuse. Par exemple, « *l'infirmière du pool appelle l'interne de garde qui demande une prise des constantes, un électrocardiogramme, et une surveillance de l'état de conscience et de l'état général du patient* ».

Nous identifions que dans un premier temps, l'erreur est signalée rapidement à l'équipe médicale et paramédicale : médecin, interne, chef de clinique, cadre de santé. Puis, des soins sont mis en place avec les mots « bilan » chi 2 15,99 et « sanguin » chi 2 19,93 « *l'interne de cardiologie est immédiatement prévenu un bilan sanguin ainsi qu'une gazométrie sont prélevés, la kaliémie reste normale* », « *l'externe lui explique alors qu'il y a eu une erreur et que le patient a reçu 10 fois la dose d'Artane®, l'externe appelle l'interne pour le prévenir* ». Le verbe « informer » chi 2 13,14 est associé à l'information de la famille ou du patient « *l'infirmière informe les parents ainsi que la cadre de garde », « le père de l'enfant présent au moment des faits sera de suite informé* », « *patient vu par l'interne, aucun effet indésirable immédiat, est informé de l'événement indésirable* ».

Les mots « prendre » chi 2 14,38, « charger » chi 2 20,99, « pédiatrie » chi 2 14,89, « enfant » chi 2 12.53, « urgence » chi 2 11.55, décrivent le contexte de prise en charge du patient avant l'erreur médicamenteuse « *vers 21h15 un enfant âgé de 11 mois est arrivé aux urgences pour laryngite avec des signes de lutte* » « *à son arrivée aux urgences la glycémie est de 0.90* ». Il est à signaler que le pôle pédiatrique est un pôle qui déclare plus d'une manière générale les erreurs médicamenteuses. Les mots « transférer » chi 2 12.66 et « transfert » chi 2 17.41, sont associés soit à la suite immédiate de l'erreur médicamenteuse « *le patient est transféré aux urgences pour surveillance et laissé à jeun* » soit dans le cadre de la prise en charge initiale « l'enfant *arrive aux urgences, transféré de l'hôpital de Cahors* ».

Nous retiendrons que cette classe de discours est représentative des actions mises en place lors de la découverte de l'erreur et quelle est portée par le sujet épistémique rédacteur 1.

- La classe 2 : « Vérifier » : la barrière ultime

Cette classe représente 29,37 % du corpus texte, elle est la classe la plus importante. Elle décrit le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient en étant très centrée sur l'étape d'administration mise en œuvre par les infirmiers. L'ensemble des EIM, que nous avons analysés par IRaMuTEQ®, concerne des événements indésirables médicamenteux liés à l'étape d'administration et/ou à celle de la prescription. Au niveau national, l'étape d'administration est retrouvée dans 65 % des cas comme l'étape initiale de survenue de l'erreur (HAS, 2020a).

Les mots « infirmier » chi 2 39,87 parfois associée à « intérimaire » chi 2 10.87 et « patient » chi 2 33,09 sont représentatifs de cette classe de discours, « *l'infirmier en soir prépare les comprimés pour l'administration du soir et sort des casiers les injectables à effectuer sur sa tranche horaire* », « *l'infirmière numéro 2 prépare les comprimés* », « *l'infirmière vérifie les prescriptions, discute avec les patientes* ». Il est à rappeler que l'administration est l'étape ultime de la prise en charge médicamenteuse avant d'atteindre le patient.

L'étape de prescription est représentée par le mot « ORBIS [157] » chi 2 27.49, associé à « pancarte » chi 2 9.7, et « ouvrir » chi 2 12.61, ainsi que « médical » chi 2 12.7 pour l'expression prescription médicale « *l'infirmière vérifie les prescriptions sur ORBIS et administre les traitements* ». Ensuite viennent les mots « chambre » chi 2 25.72, « tour » chi 2 16,59, qui décrivent le temps de distribution des médicaments : « *elle rentre le chariot dans la chambre pour ne pas le laisser dans le couloir et lui permettre de le surveiller du fait qu'il contient des médicaments* », « *les trois infirmières et l'aide-soignant commencent le tour du matin dans l'ordre des chambres* ». L'étape de prescription est la première étape de la PECM, la qualité de cette dernière a un impact direct sur l'administration par les infirmiers.

Nous relevons que cette classe de discours retrace également les étapes de l'administration qui est un processus composé de cinq étapes distinctes. Nous retrouvons cet enchaînement dans le schéma ci-dessous :

Figure 29 : Schéma du processus de l'administration médicamenteuse (HAS, 2013a, p. 15)

Dans la classe de discours (2) nous identifions les cinq étapes de ce processus.

La préparation extemporanée (étape 1) commence par la prise de connaissance de la prescription par l'infirmière en regard de l'identité du patient et du nom du médicament qu'elle va collecter. Nous retrouvons dans cette classe de discours le terme « vérifier » chi 2 13.55 « *l'infirmière vérifie la prescription, l'horaire, le dosage et réalise la traçabilité après les injections* », le terme « regarder » chi 2 15.65 et « regard » chi 2 6.24 « *elle regarde la prescription médicale* ». Lors de l'étape de la préparation extemporanée, il existe une phase de planification des soins, le mot « plan » chi 2 12.28 est représentatif de cette étape : « *administre le Lévéticéram® en regard de son plan d'administration* », *« l'infirmière note l'administration dans le plan d'administration »*. Le troisième élément de l'étape de préparation repose sur la reconstitution du produit avec le temps de collecte et l'ensemble des vérifications à mettre en œuvre (date de péremption, volume de dilution, caractéristique du produit, vérification de la prescription). Les termes « morphine® » chi 2 19 64, « Loxapac ® » chi 2 18.08, « comprimés » chi 2 14.61, « pharmacie » chi 2 12.36, « PCA » chi 2 12.15 permettent de caractériser cette étape :

[157] ORBIS est le logiciel de prescription du CHU de Toulouse.

« *elle colle l'étiquette en spécifiant que c'est de la morphine®, 1mg par ml, débit 1ml par h, elle ne colle pas d'étiquette patient* », « *l'infirmière n°2 prépare les comprimés et les donne au patient* », « *l'infirmière saisit l'ampoule de Loxapac®, ne vérifie pas sur l'ampoule la voie d'administration* », « *selon l'infirmière le Loxapac® est récupéré et rangé dans l'armoire à pharmacie* ».

La deuxième étape concerne le contrôle préalable avant l'administration, il doit être réalisé une première fois dans la salle de soins puis une deuxième fois au lit du patient juste avant l'étape dite d'administration proprement dite. Ce contrôle repose sur une vérification de la concordance de trois éléments : le nom du patient par rapport à la prescription et par rapport aux médicaments. Dans la classe de discours (2), nous pouvons constater que cette étape peut parfois être manquante, ce qui correspond dans l'analyse REMED à l'identification de l'étape initiale de l'erreur. Associé aux verbes et aux mots, de vérification ou d'action décrivant ce contrôle, la négation identifiée par le terme « ne » chi 2 28.35 est présente avec un seuil de significativité élevé ($p < 0,0001$). Les différents *verbatim* suivants appuient cette analyse : « *elle ne s'inquiète pas du dosage* », « *elle ne vérifie pas le dosage programmé* », « *l'infirmière saisit l'ampoule de Loxapac®, ne vérifie pas sur l'ampoule la voie d'injection* », « *l'infirmière explique qu'elle n'est pas concentrée sur sa tâche* », « *l'infirmière numéro deux précise qu'elle n'a pas vérifié une deuxième fois le traitement* » « *l'infirmière regarde le poignet du patient pour vérifier son identité, mais le patient n'a pas de bracelet* ». La négation « ne » associée à certains verbes d'action souligne que dans certains comptes rendus l'étape initiale de l'erreur peut être identifiée par l'absence de contrôle de la concordance patient/prescription/produit.

L'administration proprement dite (étape 3) est identifiée par les mots « commencer » chi 2 12.15, « chariot » chi 2 7.26, « *les deux infirmières présentes commencent par donner les médicaments à la patiente côté porte puis côté fenêtre* » « *l'infirmière commence son tour par la chambre double et administre les traitements* ». Ce type de *verbatim* montre la description factuelle qui est réalisée lors d'une REMED avec les équipes de soins concernées par les événements indésirables, le recueil des faits est précis, factuel, et sans jugement de valeur.

Enfin, la traçabilité (étape 4) et la surveillance (étape 5) sont identifiées par le mot « trace » chi 2 19.55 et les verbatim suivants : « *elle administre et trace la prise pour la patiente numéro un* », « *elle trace l'heure d'administration et signe le plan d'administration* ».

La classe de discours (2) semble mettre également en évidence une difficulté dans l'application de la règle des 5 B (Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie, Bon moment) avec l'étape de « vérification » qui peut être manquante sur une ou plusieurs des cinq étapes du processus de l'administration. Le sujet épistémique de cette classe est soit le rédacteur 2 soit le rédacteur 3.

- La classe 3 : « Administrer » : une pratique complexe

Elle représente 23,02 % du corpus texte. Cette classe décrit l'ensemble des savoirs mobilisés par les infirmiers lors de l'étape d'administration. Elle reprend des termes techniques liés au matériel utilisé par l'infirmière : « seringue » chi 2 159.55, « pousser » chi 2 79.81 (pour les pousse-seringues « électriques » chi 2 51.61), « alarme » chi 2 16.89, « sonner » chi 2 13.49 « débit » chi 2 13.8 « plateau » chi 2 18.75. Les *verbatim* suivants illustrent la mise en œuvre

du « savoir pratique » : « *la puéricultrice prépare une nouvelle seringue et la branche* », « *le médecin réalise une nouvelle prescription avec une baisse du débit de la seringue* » « *elle pense avoir programmé le pousse seringue de manière adaptée* » « *l'infirmière se fie au contenu du plateau* ».

Des termes liés aux produits utilisés, « flacon » chi 2 25.08 « héparine » chi 2 27.19 « midazolam » chi 2 23.74, « rivotril » chi 2 28.58, « paracétamol » chi 2 22.44, « lasilix » chi 2 16.89, « acupan » chi 2 15.75 « oramorph » chi 2 15.51, « adrénaline » chi 2 13.49. Les *verbatim* suivants identifient également des risques liés à certaines pratiques : « *sur la paillasse dans un autre plateau à côté des seringues d'héparine* », « *la seringue a été changée par une infirmière présente qui a pris une seringue d'héparine préparée en avance et disponible dans un autre plateau* », « *les soins sont sortis par l'infirmière de nuit, rangés par chambre dans un plateau à la salle de soins sur les solutés, seringues, flacons elle mentionne…* ». La préparation extemporanée est une étape à risque, les bonnes pratiques recommandent une préparation du médicament et une administration immédiate.

Des verbes d'action « préparer » chi 2 65.87, « diluer » chi 2 16.89, « poser » chi 2 10.66, « terminer » chi 2 18.7 sont présents dans cette classe. Ces verbes sont centrés sur « les pratiques professionnelles » de préparation et d'administration proprement dite des infirmiers, « *l'infirmière prépare la perfusion et la pose* », « *elle dilue 250 mg de vancomycine® dans 48 ml* ».

Nous identifions également des termes liés à la mesure : « mg » chi 2 43.43, « dose » 23.65, « 5ml » chi 2 23.74, « vide » chi 2 20.31, « 1 ml » chi 2 18.7, « calcul » chi 2 22.09, « solution » chi 2 13.49, « graduer » chi 2 10.09, « goutte » chi 2 11.15. Ces termes sont le reflet du « savoir théorique » (mathématiques et physique) et du « savoir pratique » que les infirmiers doivent maîtriser pour préparer les médicaments, « *la prescription est 2.1 mg de rivotril® dans 24 ml de NaCl 0.9%* », « *le matin à 6h elle doit administrer du paracétamol® à deux enfants, une première prescription mentionne 675 mg pour l'enfant A et 25mg pour l'enfant B* », « *Elle réalise mentalement le calcul de dose* » « *se revoit faire le calcul de dose et pense qu'il lui a manqué une étape* » « *elle vérifie la prescription, effectue le calcul de dose, prépare et étiquette la seringue* ». Plus particulièrement, « le calcul de dose » est une étape très à risque dans l'administration médicamenteuse, elle nécessite de la concentration, et des moyens de vérification par du savoir en pharmacologie et en médecine sur les doses maximales à injecter. Ces connaissances peuvent être un levier, ou une barrière, pour identifier, pour intercepter les erreurs. Par exemple, lors des analyses l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS s'appuie sur certaines phrases pour aider les professionnels à identifier des barrières de sécurité : « *il ne faut jamais administrer plus d'un flacon en pédiatrie, cela doit vous alerter si vous commencez à sortir plusieurs flacons de l'armoire* » ou la règle du « no go » c'est-à-dire qu'on stoppe une procédure si tous les éléments ne sont pas validés.

Des termes décrivant le contexte « puériculteur » chi 2 42.24, « étudiant » chi 2 21.95, « nuit » chi 2 19.49, « nouvelle » chi 2 18.75, « premier » chi 2 16.09, « connaître » chi 2 15.75 sont également identifiés. Le contexte dans lequel l'infirmière met en œuvre l'étape d'administration est important dans la prise en compte des facteurs lors de l'analyse systémique. Des situations comme :

- Encadrer un étudiant « *elle ouvre le coffre à toxiques, et prend une ampoule d'Oxynorm® 50mg/1ml et non une ampoule de morphine®, elle prépare la seringue et expliques-en parallèle à l'étudiante de première année* »,
- Travailler de nuit « *l'infirmière de nuit* » (7 EIM analysés se sont passés la nuit), utiliser pour la première fois une thérapeutique « *l'infirmière de nuit manipulait ce protocole informel pour la première fois* »,
- Connaître le protocole « *la dilution est connue* », « *c'est un dispositif d'administration connu* » sont autant de facteurs qui peuvent être générateurs de risques.

Enfin, le terme « Lieu » chi 2 17.26 identifie l'écart de pratique dans l'expression « au lieu de » comme dans les *verbatim* suivants : « *Elle aurait dû administrer 0.7 unité d'insuline® au lieu des 7* », « *elle met 50 gouttes de Loxapac® dans un gobelet au lieu de 50 gouttes de Largactil®* ». Cet écart de pratique est la définition même de l'erreur médicamenteuse : « l'omission ou la réalisation non-intentionnelle d'un acte relatif à un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient » (SFPC, 2006, p. 23).

Cette classe de discours est représentative de la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs par les professionnels de santé lors de l'étape d'administration avec des savoirs théoriques (liés à la pharmacologie, aux mathématiques, à la physique), des « savoirs pratiques » et des « savoirs expérientiels » (« premier » chi 2 16.09, « connaître » chi 2 15.75). L'écart de pratiques qui fait partie de la définition même de l'erreur médicamenteuse est donc identifié comme un manque d'un ou de plusieurs de ces savoirs théoriques ainsi que sur l'étape de vérification (savoir-faire) du processus d'administration qui est la barrière manquante.

- La classe 4 : « Identifier » des facteurs, c'est progresser dans l'erreur.

Cette classe représente 18.65 % du corpus. Elle s'oppose aux trois autres classes dans l'analyse factorielle de correspondances. Elle fait référence aux causes identifiées dans l'analyse systémique selon la méthode REMED. Le terme « administration » chi 2 25.12, est présent dans cette classe de discours ainsi que les termes « cause » chi 2 73.33, « identifier » chi 2 62.98, « lier » chi 2 257,38 et « facteur » chi 2 172.93.

Nous retrouvons ici la formulation des facteurs de la REMED dans cette classe de discours. Pour rappel, il existe 8 facteurs dans la méthode REMED (Annexe 4), eux-mêmes découpés en sous-facteurs. Nous identifions :

- Le facteur lié aux pratiques et procédures opérationnelles avec les mots « pratiques » chi 2 145.78 et « procédures » chi 2 75.34, « opérationnelles » chi 2 44.5.
- Le facteur défaillance dans le respect des bonnes pratiques représenté par les mots : « défaillance » chi 2 53.62 et « respect » chi 2 49.05.
- Le facteur lié aux pratiques de l'administration médicamenteuse avec « erreur » chi 2 43.94 « lecture » chi 2 30.96, « sélection » chi 2 26.49.
- Le facteur lié au professionnel de santé est également identifié : « professionnel » chi 2 83.84 de « santé » chi 2 38.22.
- Les sous-facteurs suivants :

- Défaut ou contrôle préalable erroné « défaut » 136.86, « contrôle » chi 2 57.02 « préalable » chi 2 58.2, « erroné » chi 2 30.96,
- État psychologique, stress : « état » chi 2 34.58, « psychologique » chi 2 44.5, « physique » chi 2 44.5 : « stress » chi 2 52.26.
- Défaut de connaissances : « compétences » chi 2 44.5, « qualification » chi 2 30.96, « aptitude » chi 2 30.96, « technique » chi 2 49.05 « connaissance » chi 2 38.7 ;
- L'interruption de tâches : « Tâches » chi 2 29.87, « interruption » chi 2 25.4 qui est également identifiée dans les causes d'événement indésirable médicamenteux.

Nous retiendrons que cette analyse des comptes rendus par le logiciel IRaMuTEQ® a permis d'identifier quatre classes de discours dans les comptes rendus rédigés par l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS lors d'une analyse de type REMED. La classe 1 « réagir face à l'erreur » s'intéresse à l'identification de l'erreur et aux barrières d'atténuation mises en place par les professionnels de santé. Ces barrières de récupération concernent l'état de santé physique du patient, mais également soulignent l'annonce au patient de l'événement indésirable qui permet de maintenir une relation de confiance soignant soigné par la transparence. La classe numéro 2, « vérifier la barrière ultime », souligne la complexité de la mise en œuvre de la pratique d'administration dans un contexte et un environnement de soins complexe. Cette étape de vérification peut être absente de certaines situations décrites. La classe numéro 3, « administrer une pratique complexe », permet d'identifier la complexité de cette pratique de soins, alliant des savoirs théoriques, des savoir-faire et des savoir-être. Enfin, la classe numéro 4, « identifier des facteurs, c'est progresser dans l'erreur » permet de souligner les différents facteurs de la grille d'analyse REMED qui sont retrouvés dans les événements indésirables médicamenteux concernant les nouveaux-arrivants. Travailler sur les comptes rendus d'événements indésirables médicamenteux avec le groupe de travail a permis de favoriser une prise de conscience par les acteurs de la complexité de cette étape dont la qualité est fortement dépendante du contexte de son exécution. Elle nécessite différents savoirs, cette réflexion a orienté le choix des supports pédagogiques mobilisés (analyse de pratiques et ateliers de simulation).

2.1.4 L'enquête auprès des nouveaux-arrivants

Pour confirmer ou infirmer certaines des hypothèses du groupe de travail, les acteurs ont élaboré un questionnaire à destination des nouveaux-arrivants (Annexe 16). Ce questionnaire a récolté 50 réponses (il a été déployé pendant la crise sanitaire COVID). Nous retiendrons par exemple que des questions ont permis :

- de décrire le profil des nouveaux-arrivants (parcours de stages, lieux de formation, temps de doublure, stage effectué dans l'unité) et d'adapter le type de supports pédagogiques à proposer (notamment le kit de bienvenue)
- d'identifier leurs difficultés concernant l'administration médicamenteuse à la prise de poste, leurs besoins en termes d'apports, le type de dispositifs de formation qui leur permet d'apprendre le mieux.

Nous retiendrons que la combinaison de la mise en débat des trois analyses citées ci-dessus a permis l'élaboration du dispositif de formation des nouveaux-arrivants. Ce travail d'analyse a favorisé l'identification des référents du dispositif de formation par les acteurs.

2.2 Le dispositif de formation envisagé

Nous avons décrit dans les paragraphes ci-dessus la construction des référents par le groupe de travail (1). Nous allons détailler dans ce paragraphe le passage des référents aux dispositifs. Les trois référents de l'environnement (respect des données externes, prises en compte des besoins de l'établissement, respect de la thématique prioritaire) ont permis de proposer à la CoMéDiMS un dispositif de formation institué (qui pourrait s'inscrire dans le développement professionnel continu), obligatoire sur la thématique de l'administration médicamenteuse.

Les trois référents du public cible (analyse rétrospective, définition du nouvel arrivant et le rapport HAS de 2020) ont permis d'identifier le public cible de la formation : les nouveaux-arrivants (dans l'unité de soins depuis moins de 2 ans) jeunes diplômés (depuis moins de 2 ans) ou pool.

Les trois référents des besoins et objectifs de formation (prise en compte des besoins de l'organisation, de l'équipe opérationnelle et des nouveaux-arrivants) associée à la définition de la compétence ainsi qu'à l'objectif de formation a permis de construire un dispositif de formation découpé en 3 moments (figure 30). Le dispositif de formation envisagé construit par le groupe de travail est composé de trois éléments : des évaluations (trois, réparties sur trois moments différents du dispositif), un temps d'analyse de pratiques (2h) et des ateliers de simulation procédurale (3h). Il nécessite deux prérequis : la réalisation de l'e-learning ainsi que la remise d'un kit de bienvenue (supports, mémos…) dont le contenu a été élaboré par le groupe de travail.

Nous proposons la schématisation suivante du dispositif de formation :

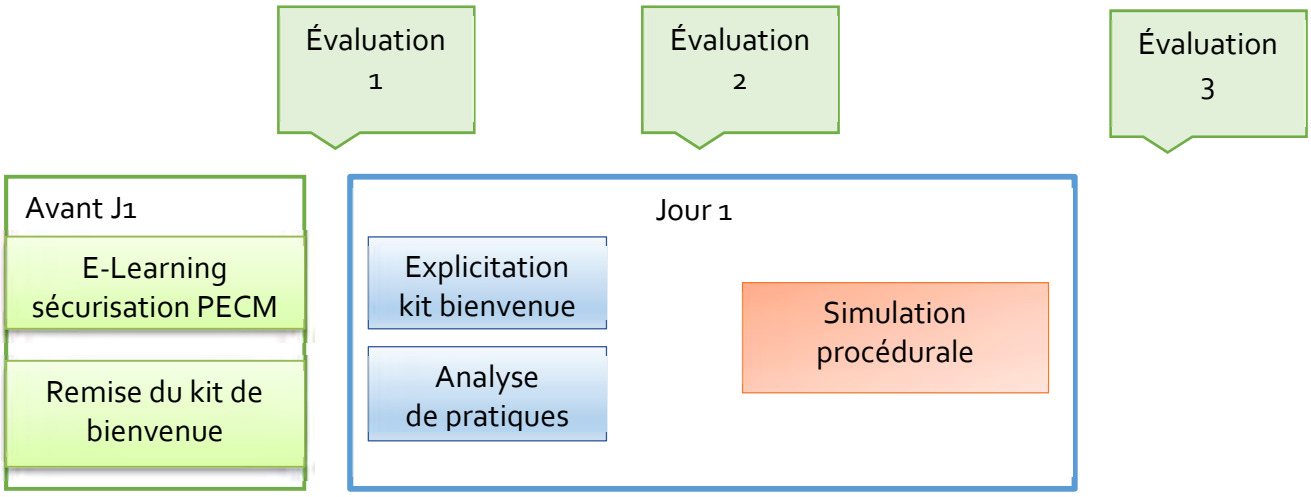


Figure 30 : Dispositifs de formation des nouveaux-arrivants (groupe de travail, 2021)

Le kit de bienvenue contient différents supports d'aide sur les médicaments à risques de l'établissement, des outils d'aide au calcul, etc. Il est à disposition des nouveaux-arrivants sur le site de gestion documentaire de l'établissement dans un espace dédié. Il est mis en place en réponse aux attentes de nouveaux arrivants identifiés par le questionnaire que le groupe de travail a co-construit. Il s'agit d'apporter des savoirs théoriques.
Les analyses de pratiques s'appuient sur la méthode REMED qui est reconnue par la HAS comme une méthode de développement professionnel continu. Elle repose sur une analyse collective et pluridisciplinaire des facteurs contributifs. Dans le cas du dispositif de formation, les nouveaux-arrivants réaliseront en groupe une étude de cas puis présenteront leurs analyses au reste du groupe. Il s'agit de favoriser le développement de savoir-être.

La simulation procédurale s'appuie sur le constat suivant : « la simulation en santé et la gestion des risques partagent un certain nombre de valeurs comme la pluriprofessionnalité, le rôle pédagogique, l'implication des acteurs, la bienveillance et la culture positive de l'erreur, l'impact sur la sécurité des patients » (HAS, 2019b, p. 5). La HAS reconnaît la simulation en santé comme une méthode de développement professionnel continu (DPC), elle permet la réalisation et la validation d'action de formation et d'évaluation en lien avec l'amélioration des pratiques. Il s'agit par ce dispositif de permettre aux nouveaux-arrivants de pratiquer des soins spécifiques de leurs pôles en axant sur les règles de vérification ou les barrières de sécurisation à mettre en place. Il s'agit ici de développer le savoir-faire.

L'évaluation-formative (Annexe 17) repose sur trois temps d'évaluation. Un temps d'évaluation diagnostique le matin du Jour 1. Elle permet d'identifier les attentes en formation des nouveaux-arrivants, et d'évaluer les savoirs théoriques sur le kit de bienvenue (son appropriation). La deuxième évaluation permet de situer les connaissances acquises après l'étape d'analyse de pratique. La dernière évaluation est une autoévaluation visant à identifier les savoirs transférés dans la pratique d'administration des nouveaux-arrivants. Elle est réalisée à trois mois de la formation.

3) Le guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie

Nous avons mis en œuvre la même démarche pour le groupe (2) qui s'intéresse à l'amélioration de la procédure de gestion des armoires à pharmacie (2). Le groupe de travail constitué est responsable de « l'Optimisation de la gestion des armoires de service : étiquetage en Dénomination Commune Internationale (DCI), de la mise à jour des étiquettes, de la notion de stock déporté ». Deux thématiques ont été associées : la « sécurisation du stockage et du circuit des produits de santé thermosensibles et des gaz », la « formalisation et sécurisation du processus de changement d'un produit de santé (ruptures et changement de marché) ». La partie gestion des gaz est traitée dans un autre groupe de travail que nous avons également accompagné, mais qui ne fait pas partie de notre travail de recherche.

Il a été également proposé au groupe de travail, la démarche d'enquête évaluative comme pour le groupe (1). L'objectif est d'identifier les éléments qui pourraient être améliorés concernant la gestion des armoires à pharmacie. Il est également question de l'élaboration d'un référentiel.

Le référentiel est présenté dans la page ci-dessous, nous présenterons également une partie de l'élaboration des référents. Les conclusions de ce groupe sont nommées « guide d'usage » et ont été mises en forme en mémo (Annexe 13) d'aide aux équipes de soins pour accompagner le rangement des armoires à pharmacie. Ces éléments ont également été intégrés dans la procédure institutionnelle : *Gestion des stocks des produits de santé dans les unités de soins* rédigée par la CoMéDiMS. Le mémo a été communiqué au sein de l'établissement sous forme de flash qualité dans le cadre de la préparation à la démarche de certification (Annexe 13).

Le référentiel du groupe rangement des armoires à pharmacie comprend trois dimensions : l'environnement pour les induits, l'agencement de l'armoire pour les construits, et les modèles d'armoire pour les produits. Les critères sont au nombre de trois : pertinence, efficacité et conformité. Les indicateurs correspondent à un suivi de l'action.

Dimensions	Référents possibles	Critères	Indicateurs
Environnement	Respect des données externes (certification, RSMQ) Référentiel interne (thématiques prioritaires COMEDIMS) Prise en compte des résultats des cartographie des risques Prise en compte des résultats des évaluations des pratiques professionnelles de 2019	Pertinence de la prise en compte de l'environnement Conformité aux normes institutionnelles	Suivi des tableaux d'analyse concernant les événements indésirables médicamenteux en lien avec le stockage des médicaments Mise en place du guide d'usage et des modèles d'armoires sur le CHU
Agencement de l'armoire	Prise en compte des résultats de l'analyse de l'enquête sur les besoins des professionnels pour le rangement des armoires Prise en compte de l'analyse des résultats des Évaluations des pratiques professionnelles de 2019 Respect des normes HAS, de la certification et de l'arrêté du RSMQ	Pertinence de la prise en compte des besoins des professionnels Pertinence de la prise en compte des normes	Évaluation des armoires à pharmacie rangées selon le guide d'usage Évaluation de la satisfaction des professionnels concernant les axes de travail : rangement par DCI, rangement par spécialités, changements de marché, information sur les risques, rangement des réfrigérateurs hors dotation et traitement personnel du patient
Modèle d'armoire	Révision de la dotation des unités de soins Définition du juste stock	Pertinence de l'outil d'évaluation du juste stock Efficacité de l'outil d'évaluation du juste stock	Dotation conforme et répondant aux besoins des professionnels et diminution des sur stock
	Respect des affichages réglementaires Respect des normes des Étiquettes institutionnelles Prise en compte des repères pour la collecte identifiée par les professionnels (classement par voie, puis par DCI, une seule lettre sur le tiroir …)	Pertinence des éléments identifiés pour faciliter le repérage Efficacité sur la pratique de collecte du médicament	Évaluation avant /après la mise en place du rangement de la satisfaction des professionnels de santé
	Prise en compte des données épidémiologiques de la Haute autorité de santé concernant les risques liés au stockage Prise en compte des événements indésirables du CHU concernant le stockage	Pertinence du rangement par rapport aux risques identifiés Efficacité de ce rangement par rapport aux risques identifiés	Diminution des risques liés aux rangement (erreur de voie, erreur de doses)

Tableau 26 : Référentiel du guide d'usage de l'armoire à pharmacie (groupe de travail 2, 2021)

3.1 Analyse de l'environnement de la gestion des armoires à pharmacie

Le groupe de travail (2) s'est concentré sur l'amélioration de la procédure de *gestion des stocks des produits de santé dans les unités de soins*. Cette demande d'amélioration provient de la CoMéDiMS en regard des différentes exigences extérieures et des difficultés rencontrées concernant le rangement effectif des armoires. Dans cette situation également, les différents temps d'évaluation des pratiques professionnelles et des audits ou cartographies identifient un écart entre le rangement recommandé et le rangement réel. Comme pour la formation des nouveaux-arrivants, l'arrêté du 6 avril 2011 et la démarche de certification sont les deux référentiels externes qui caractérisent les exigences extérieures :

- L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé souligne que :

> Sur la base d'une étude des risques, la direction de l'établissement veille à l'élaboration de procédures et, le cas échéant, de modes opératoires intégrant les différentes responsabilités notamment médicales, pharmaceutiques, odontologiques, maïeutiques et infirmières permettant en particulier de : s'assurer de la qualité de l'approvisionnement, de la délivrance, du rapprochement entre le bon de réception et le bon de demande des médicaments dans les unités de soins ainsi que des conditions de stockage des médicaments dans les pharmacies à usage intérieur et dans les unités de soins[158]

- Pour la démarche de certification, nous nous appuyons plus particulièrement sur le critère 2.3.07 du manuel de certification V2020 :

> L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les équipes doivent apporter les meilleurs soins aux patients en dispensant les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes. Ces contraintes justifient une maîtrise des transports et un stockage sécurisé des médicaments et des dispositifs médicaux permettant de prévenir les erreurs de sélection. Les équipes veillent aux conditions de conservation pour garantir la qualité du produit de santé. Leurs déchets sont stockés dans des containers adaptés et leur circuit d'évacuation est conforme aux bonnes pratiques. Les tensions d'approvisionnement sont gérées et font, si possible, l'objet de mesures palliatives (recherche d'équivalences thérapeutiques disponibles, communication auprès des prescripteurs). (HAS, 2021a, p. 118)

[158] Article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Ce critère est découpé en plusieurs éléments d'observation dont : le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits de santé à risques, les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées ou encore l'absence de produits périmés.

La CoMéDiMS a également dans cette situation identifié un écart entre la situation réelle et la situation attendue. Le rangement réel des armoires de services s'écarte des normes attendues. L'écart de pratiques est identifié par l'équipe opérationnelle, par plusieurs types de recueils de données : l'analyse des événements indésirables, les audits et les cartographies des risques ainsi que les évaluations des pratiques professionnelles qui sont mises en œuvre annuellement. Le rangement des armoires à pharmacie impacte l'étape de la collecte du médicament du processus de l'administration médicamenteuse. La HAS (2013) identifie pour cette étape la possibilité de travailler sur des barrières permettant d'éviter les erreurs de collecte : « Les barrières sont destinées à éviter la survenue des erreurs, elles sont de nature organisationnelle ou technique (HAS, 2013, p. 21). « Afin de diminuer les erreurs liées au stockage des médicaments, lors de l'étape de collecte, il faut d'une part diminuer la probabilité d'erreur de sélection du produit et d'autre part diminuer la probabilité de défaillance du contrôle » (HAS, 2013, p. 21). Pour rappel, les données de la littérature (HAS, 2013a), identifient différents types d'erreurs liées au rangement des armoires à pharmacie. Nous notons des erreurs de sélection des produits identifiées entre 7 % à 45 % si on inclut les diluants avec une moyenne de 11 % ; la présence de médicaments périmés ou produits détériorés estimés à 0.8 % par le guichet AFSSAPS[159] (sa fourchette est présentée de 8 à 22 % en France).

Le groupe de travail a analysé cet écart de pratique en regard de différentes données :

- les résultats de la certification de 2017 ;
- l'analyse rétrospective des événements indésirables de 2014/2019 ;
- les résultats des audits et des cartographies des risques en particulier sur la thématique du rangement des armoires de services ;
- les résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles menée en 2019 en regard de la procédure de *gestion des stocks des produits de santé dans les unités de soins.*

L'ensemble de ces éléments et des résultats des évaluations soulignent un écart parfois important avec les normes par exemple dans 33 % des cas la porte de la salle de soins et de l'armoire est ouverte, le contrôle des stocks de stupéfiant journalier n'est réalisé/tracé que dans 52 % des cas.

Dans cette situation, les normes et les recommandations de bonnes pratiques concernant le stockage des médicaments correspondent aux induits du modèle ICP. Les référentiels internes et externes décrits ci-dessus ont une intention normalisante. L'analyse de la demande des commanditaires par le groupe de travail aboutit à l'hypothèse suivante : en tenant compte des

[159] AFSSAPS est l'ancien nom de l'ANSM.

besoins des professionnels de santé et des recommandations des experts, la co-construction, d'un (ou de plusieurs) modèle (s) d'armoire à pharmacie va permettre d'améliorer les pratiques professionnelles de gestion des armoires à pharmacie au sein de l'établissement. Cette hypothèse va amener les acteurs à questionner les recommandations de bonnes pratiques pour le stockage du point de vue de leur efficacité et de leur pertinence. La procédure de gestion des armoires à pharmacie est un dispositif de formation porteur d'une intention en tension entre normalisation et émancipation.

3.2 Analyse des besoins des professionnels de santé

Comme pour le groupe (1), le groupe rangement des armoires à pharmacie (2) s'est intéressé, dans l'enquête évaluative qu'il a menée, aux besoins des professionnels de santé concernant le rangement des armoires. Les acteurs ont construit et réalisé une enquête auprès des professionnels du CHU afin d'identifier leurs besoins pour le rangement des armoires à pharmacie (Annexe 18). Nous avons obtenu 82 réponses. En regard des résultats obtenus, les acteurs ont organisé l'amélioration de la procédure autour de plusieurs axes (ces éléments figurent dans l'annexe 18) :

- La sécurisation du stock
- La mesure du juste stock (une procédure de révision de la dotation a été revue en 2022 pour répondre à cet item)
- Le rangement de l'armoire et l'amélioration de la collecte
- L'information sur les changements de marché
- Le rangement du réfrigérateur, des médicaments hors-stock et du traitement personnel du patient
- Les affichages obligatoires

Différents outils ont été créés pour certains éléments de cette liste (par exemple des étiquettes).

3.3 Définition du guide d'usage

Un des changements que ce travail de groupe a accompagnés s'est intéressé à la mise en œuvre des normes de la procédure de gestion des stocks des produits de santé. Des axes d'amélioration de la procédure ont été proposés par le groupe de travail et ce dernier a créé un guide d'usage sous forme de mémo permettant de guider les équipes de soins dans l'amélioration du rangement des armoires à pharmacie. Une procédure peut se définir comme « un ensemble de consignes à appliquer pour effectuer un travail ou atteindre un objectif »[160]. Dans notre situation, ces règles émanent des sociétés savantes, de la réglementation en vigueur ou des autorités publiques indépendantes à caractère scientifique comme la Haute Autorité de santé). Le groupe

[160] https://cnrtl.fr/definition/procédure#

de travail s'est orienté vers certaines de ces règles et a cherché des moyens de les mettre en place tout en tenant compte des besoins des professionnels de santé. Ainsi, le mémo qui a été construit par le groupe de travail propose des pratiques à mettre en place pour utiliser au mieux l'armoire à pharmacie. Les règles proposées par le groupe ont été co-construites en regard des besoins des professionnels de santé et des attentes des experts. Nous détaillerons dans nos chapitres de résultat la co-construction de ces règles.

Synthèse du chapitre 9
Deux dispositifs de formation co-élaborés

Nous avons dans ce chapitre présenté la co-élaboration des deux dispositifs de formation réalisés par les deux groupes de travail, c'est-à-dire le résultat de la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014). Dans un premier temps ces dispositifs sont sous la forme de référentiels, nous nous sommes attachés à décrire les référents, critères et indicateurs identifiés par les acteurs des groupes de travail. Les groupes de travail ont proposé aux commanditaires un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants institué (pouvant être rattaché à la démarche DPC) et situé (s'appuyant sur les situations rencontrées par les nouveaux-arrivants lors de la prise de poste). Ce dispositif est complété par des dispositifs instrumentaux (le kit de bienvenue contient plusieurs mémos d'aide à l'administration médicamenteuse). Le deuxième groupe de travail a élaboré un dispositif de formation de type instrumental. Nous retiendrons que la mobilisation de la démarche de référentialisation dans une visée de co-construction de dispositifs de formation permet de travailler et de définir les trois éléments du modèle ICP ainsi que leurs interactions (Induits, Construits, Produits).

L'intention du dispositif est repérable dans l'analyse des induits et l'identification des référents. Pour les dispositifs de formation, cette intention est dite en tension entre normalisation et émancipation (Aussel, 2013). Dans les induits, nous retrouvons la prise en compte des référentiels internes et externes qui donnent un effet normalisateur au dispositif. La prise en compte des besoins des professionnels pour définir le construit vient faire émerger l'intention émancipatrice du dispositif. Dans le chapitre 4, nous avions énoncé différents questionnements. L'intention choisie par les acteurs est une intention en tension entre une intention normalisante et émancipatrice, mais il nous semble que les acteurs s'orientent vers le pôle d'une intention émancipatrice par l'importance accordée aux besoins des professionnels. Le choix de l'intention apparaît au moment de l'étape d'analyse des besoins. L'expérience du dispositif est identifiable dans les éléments du construit, les deux dispositifs de formation sont centrés sur une expérience active. C'est dans le construit que nous pouvons également identifier l'intention émancipatrice du dispositif. Il s'agit pour l'un de favoriser le développement de l'expérience chez le nouvel-arrivant et pour l'autre d'améliorer l'usage de l'armoire à pharmacie. Dans l'étape de conception du dispositif (construits), la question de l'expérience active/passive des usagers du dispositif émerge.

Enfin, les effets du dispositif de formation sont définis dans les produits. Nous retiendrons que ces deux dispositifs visent un effet de modelage avec une transformation des pratiques professionnelles. Ces deux dispositifs ont été testés en 2022 et 2023 (Annexe 19) au sein de l'établissement. Notons que le mémo a été intégralement utilisé dans la procédure de gestion des armoires à pharmacie. Suite à son élaboration l'équipe de la pharmacie a travaillé sur l'outil d'évaluation de la dotation, l'amélioration des bons de livraison pour renforcer la communication aux soignants, un travail a été également mené sur les référents pharmacie soignante. Enfin, le dispositif de formation des nouveaux-arrivants a été également présenté à l'école d'infirmière du CHU de Toulouse.

Chapitre 10 - Le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du tiers-espace socio-scientifique

Ce chapitre va s'intéresser à décrire et caractériser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique (TESS) de la Recherche-Intervention dans la situation d'ingénierie de formation que nous avons accompagnée. Pour rappel, dans le premier cercle de participation du tiers-espace socio-scientifique, les acteurs vont « co-élaborer des savoirs dits contextualisés par l'articulation des démarches heuristiques et des démarches praxéologiques » (Marcel, 2020c). Cette articulation est concrétisée par la mise en œuvre de la démarche de référentialisation. Les groupes de travail pluridisciplinaires vont organiser leur travail « autour de la production d'un changement (en lien avec la question qui avait initié la demande) et l'élaboration de savoirs, dans un premier temps, contextualisés (pour alimenter le traitement de la question) » (Marcel, 2020c). Les savoirs contextualisés vont ensuite être soumis à un processus de généralisation (comme toute connaissance scientifique).

Afin d'accompagner les groupes de travail dans cette co-élaboration des savoirs, nous avons mis en œuvre la démarche de référentialisation, opérationnalisée sous la forme d'une enquête (Dewey, 1938) évaluative et participative. Par cette enquête, les acteurs ont dégagé les dimensions importantes qui caractérisent les dispositifs de formation ou de diffusion du savoir. Elles sont exprimées sous la forme de référents et déclinées en critères et indicateurs dans les référentiels co-produits (chapitre 9). Une fois les différents référents identifiés, les acteurs ont réalisé la co-élaboration des dispositifs sous la forme d'un cahier des charges (Annexe 12) pour le dispositif de formation des nouveaux-arrivants et sous la forme d'un mémo/guide d'usage (Annexe 13) pour le rangement des armoires à pharmacie.

Le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés débute dans la R-I que nous avons menée par les entretiens semi-directifs au temps t0 que nous avons réalisé auprès des acteurs des groupes de travail. Ces derniers ont permis d'amorcer un travail réflexif sur l'élaboration des dispositifs de formation ou de diffusion du savoir. Nous avons interrogé les acteurs sur différentes notions : les dispositifs de formation, l'élaboration de ces derniers, les pratiques professionnelles, le développement des pratiques professionnelles, les compétences, etc. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé différents *focus groups* pour travailler certaines thématiques et contribuer à l'identification des référents comme sur « l'analyse des besoins » (Annexe 11). Pour certains de ces *focus groups*, nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'analyse des entretiens t0 pour approfondir certaines thématiques, par exemple nous avons réalisé un travail avec le groupe 1 sur l'analyse des événements indésirables médicamenteux (Annexe 15), ou avec le groupe 2 sur l'élaboration d'un « modèle » d'armoire à pharmacie (Annexe 20).

Nous développerons ci-dessous la description du processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique que nous avons pu identifier. Nous commencerons par l'analyse de cette phase réflexive provoquée par les entretiens semi-directifs t0. Il s'agit là de distinguer les connaissances ou les savoirs (nature, caractéristiques) des professionnels au début de la phase de co-élaboration des dispositifs (entretien t0). La deuxième partie de ce chapitre s'intéressera à la co-élaboration des savoirs lors des interactions pendant les temps de travail en

groupe (soit sous forme de *focus group*, soit sous forme de réunion de travail). Nous proposerons en particulier la description de ce processus. Puis, nous terminerons ce chapitre par le deuxième cercle de participation du tiers-espace socio-scientifique, c'est-à-dire la généralisation des savoirs contextualisés produits par les groupes en regard des différentes formes de valorisation.

1) Présentation des éléments empiriques recueillis

Nous avions présenté rapidement la composition des groupes de travail dans le chapitre 2. Nous précisons que l'engagement dans le projet de la R-I se concrétise pour les acteurs avec la constitution des groupes de travail, mais également par leur participation à la démarche de recherche (entretiens, *focus groups*…). Nous rappelons ici que les groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat. Le projet de la CoMéDiMS a été présenté à la direction des soins qui a relayé le besoin d'une « participation médicale et soignante » pour le projet d'élaboration de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir. Des pilotes ont ainsi été identifiés par la CoMéDiMS en amont de la constitution des groupes de travail. Ces pilotes sont des professionnels de santé « experts » du sujet traité dans le groupe. Ces derniers ont sollicité les soignants qui s'étaient inscrits sur la liste des projets. Certains groupes ont été complétés par les pilotes qui ont activé leur réseau dans l'institution.

Dans le groupe rangement des armoires à pharmacie, les pilotes ont souhaité avoir une diversité de regard en proposant à plusieurs infirmiers de spécialités différentes (médecine, chirurgie, réanimation, pédiatrie) de rejoindre le groupe de travail. Pour le groupe concernant la formation des nouveaux-arrivants, la même réflexion a été menée par les pilotes, nous notons une représentation importante des soignants au sein du groupe qu'ils soient des « anciens » nouveaux-arrivants ou bien des soignants expérimentés (5/11). Les entretiens semi-directifs (t0) et la signature du consentement pour le recueil des éléments empiriques ont marqué le moment d'engagement dans le projet.

Les entretiens (t0) ont tous été réalisés en face à face, sur le lieu de travail en dehors des horaires de la prise de poste, dans une salle dédiée (salle de réunion ou bureau). Dans un souci de respect de l'anonymisation des données recueillies, nous avons réparti les professionnels interrogés en trois groupes socioprofessionnels : expert[161] du médicament (représenté en vert dans les tableaux d'analyse en annexe), encadrant (représenté en bleu), soignant (représenté en rouge). Cette proposition nous permet d'identifier le sujet épistémique porteur de chaque catégorie identifiée tout en permettant de garantir l'anonymisation des données recueillies.

[161] Les experts du médicament sont porteurs du savoir d'expert de la CoMéDiMS, ils ont une bonne connaissance des normes issues de la Haute Autorité de santé, des sociétés savantes et des lois en vigueur.

1.1 Présentation du groupe de travail 1

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs au temps t0 (10) auprès du groupe de travail (GT1) responsable de la mise en place d'une formation à destination des nouveaux-arrivants infirmiers du CHU sur la thématique de la prise en charge médicamenteuse du patient et plus particulièrement la pratique professionnelle de l'administration médicamenteuse (Annexe 7). Le groupe était initialement composé de onze professionnels de santé, il y avait cinq hommes et six femmes. Les professions des acteurs sont les suivantes : un médecin, un pharmacien, un directeur des soins, quatre infirmiers (qui exercent dans quatre services de soins différents), une sage-femme, un préparateur en pharmacie, deux cadres de santé. Les entretiens t0 se sont déroulés entre les mois de janvier et de février 2020. Chaque acteur a reçu une information complète sur le projet de recherche, la protection des données recueillies et nous avons obtenu leurs consentements pour l'analyse des entretiens (Annexe 10). Nous avons réparti les acteurs en trois groupes socioprofessionnels : encadrant, expert et soignant. L'âge moyen des trois groupes socioprofessionnels est comme suit : pour les encadrants il est de 47 ans, pour les experts il est de 49 ans et pour les soignants il est de 34 ans. Un seul acteur n'a pas souhaité réaliser l'entretien. La durée des entretiens retranscrits et analysés est de 322 min et 13 secondes, soit environ 5h 30 min d'enregistrement.

Acteur 1	36 min 30s	Acteur 7	31 min 51s
Acteur 2	22 min	Acteur 8	21 min
Acteur 3	48 min 28s	Acteur 9	36 min 44s
Acteur 4	39 min 09s	Acteur 10	27 min 43s
Acteur 6	33 min 17s	Acteur 11	23 min 31s

Tableau 27 : Tableau de synthèse de la durée des entretiens t0 groupe 1 (Hédacq, 2023)

1.2 Présentation du groupe de travail 2

Le groupe de travail (GT2) responsable de l'amélioration de la procédure concernant la gestion des produits de santé dans les unités de soins est composé de 15 acteurs. Un seul acteur a refusé de participer aux entretiens. Dans le groupe de travail, il n'y a que des femmes. Les différentes professions sont réparties comme suit : 6 infirmières, 2 pharmaciennes, 4 cadres de santé, 2 préparateurs en pharmacie hospitalière, 1 ingénieur qualité. L'âge moyen des participants est réparti comme suit : 43 ans pour les encadrants, 39 ans pour les experts, 36 ans pour les soignants. La durée des enregistrements des entretiens semi-directifs pour le groupe de travail (2) est de 449 min et 45s soit environ 7h et 29min d'enregistrement. Le tableau ci-dessous synthétise la répartition des temps d'entretiens :

Acteur 20	37 min 26s	Acteur 25	24 min 8s	Acteur 30	24 min 33s
Acteur 21	44 min 38s	Acteur 26	48 min 51s	Acteur 31	30 min 31s
Acteur 22	36 min 1s	Acteur 27	23 min 50s	Acteur 32	26 min 7s
Acteur 23	41 min 26s	Acteur 28	19 min 2s	Acteur 33	19 min 54s
Acteur 24	36 min 16s	Acteur 29	37 min 2s		

Tableau 28 : Tableau de synthèse de la durée des entretiens t0 groupe 2 (Hédacq, 2023)

2) Faire émerger les savoirs des acteurs lors de l'engagement dans la Recherche-Intervention

Nous avons interrogé les différents acteurs des groupes de travail sur les trois dimensions du modèle de l'évaluation dans l'enquête évaluative que nous avons menée : le contexte, les stratégies, les productions. Par rapport au contexte, nous les avons questionnés sur les écarts de pratiques dans les deux situations d'ingénierie de formation : l'administration médicamenteuse et le rangement des armoires à pharmacie. Pour la stratégie, la CoMéDiMS a formulé une demande d'accompagnement pour l'ingénierie de formation dont l'objectif de départ est d'identifier : *quel dispositif de formation les commanditaires pourraient-ils mettre en place pour être efficace sur les pratiques des professionnels ?* Nous avons interrogé les acteurs sur la notion de dispositif de formation ou de diffusion du savoir et d'ingénierie de formation. Enfin, concernant les productions, les dispositifs co-élaborés visent l'amélioration des pratiques, nous avons donc questionné les acteurs sur les notions de compétences et de pratiques professionnelles.

Notre objectif était de s'inscrire dans le prolongement des travaux d'Ardouin sur l'ingénierie de formation et de « prendre en compte à la fois la situation des acteurs, la demande de l'organisation et son environnement. Il s'agit de mettre en œuvre une démarche effective qui tienne compte des différentes dimensions d'une situation » (Ardouin, 2017, p. 1). L'enquête évaluative que nous avons accompagnée s'est donc attachée à identifier les différentes dimensions importantes pour les acteurs de la situation d'ingénierie de formation ainsi que du contexte particulier de la prise en charge médicamenteuse du patient (l'étape d'administration médicamenteuse et le rangement des armoires à pharmacie).

2.1 Élaboration du diagnostic par les professionnels de santé

Nous avons interrogé les différents acteurs des groupes de travail (1 et 2) sur les causes des écarts de pratiques identifiés dans la pratique d'administration médicamenteuse chez le nouvel-arrivant et dans la gestion des armoires à pharmacie. Pour cela, nous avons posé deux questions lors des entretiens semi-directifs au temps t0 :

- *Selon vous, comment expliquez-vous le fait que les nouveaux-arrivants soient plus souvent impliqués dans les événements indésirables médicamenteux ?*

- *Selon vous, comment interprétez-vous le fait qu'il existe un écart entre la procédure institutionnelle qui concerne le rangement des armoires à pharmacie et les pratiques des professionnels de santé c'est-à-dire le rangement réel ?*

Les discours des professionnels que nous avons ainsi retracés nous permettent d'identifier les savoirs des professionnels au temps t0 issus de leurs expériences des activités de soins de l'administration médicamenteuse et de la gestion des armoires. Nous soulignons que ce temps d'échange a permis aux différents acteurs d'expliciter leurs connaissances de ces situations et de verbaliser des savoirs professionnels au sens de Leplay (2008). Ces derniers sont des énoncés qui reposent sur quatre présupposés : ils ont pour objet des activités de professionnels, ces activités comportent du singulier et du général, ils ont un rapport avec des compétences. Le quatrième présupposé expose que « les professionnels en activité acquièrent une expérience et des connaissances tacites, qu'ils sont susceptibles de transformer en énoncés par leur activité de prise de conscience et de réflexivité dans et sur leur activité professionnelle. » (Leplay, 2008, p. 65). Il s'agit ici par les entretiens semi-directifs menés à t0 d'amener les professionnels à une certaine réflexivité sur leurs pratiques et d'identifier les différents énoncés verbalisés.

Ces savoirs professionnels participent à la démarche de diagnostic en lien avec la demande des commanditaires. Il s'agit pour les acteurs d'analyser la situation « d'écart de pratiques ».

2.1.1 Les nouveaux-arrivants et l'administration médicamenteuse

Nous avons interrogé les acteurs sur les écarts de pratiques se manifestant par les événements indésirables médicamenteux qui peuvent se produire à la prise de poste[162]. Nous remarquons que plusieurs facteurs contributifs pouvant concourir à un événement indésirable médicamenteux sont explicités dans les discours des acteurs (Annexe 21). Dans ce tableau, une colonne présente la catégorie identifiée, une autre les sous-catégories, une colonne représente le groupe socioprofessionnel (gpe) porteur du discours (rouge pour les soignants, bleu pour les encadrants et vert pour les experts) et une colonne reprend les *verbatim* associés. Nous proposons des extraits de ces tableaux d'analyses. Les *verbatim* dans ces extraits sont analysés dans le paragraphe concerné, ils seront présents dans les tableaux en annexe, dans le texte du paragraphe et dans les extraits.

Nous proposons dans le tableau ci-dessous la première catégorie que nous avons identifié qui concerne : l'environnement complexe à maîtriser.

[162] Lors de la phase d'analyse des besoins en formation nous avons réalisés une analyse rétrospective de 2014 à 2019 concernant les événements indésirables médicamenteux analysés par la CoMéDiMS. Dans le cas où l'expérience des professionnels étaient mentionnée soit 148 événements indésirables, nous avons remarqués que dans 88 cas l'expérience du professionnel dans l'unité de soins était inférieure à 2 ans (soit 59.4%). Pour 66 cas la date d'obtention du diplôme était connue, 56% des professionnels ont obtenus leurs diplômes dans une durée inférieure à 2 ans.

Catégorie	Sous-catégories	gpe	*Verbatim*
Un environnement complexe à maîtriser	Être à l'aise avec l'environnement		*Mais je pense que tout ce qui gravite autour peut être aussi une cause d'erreur, parce qu'à partir du moment où on n'est pas à l'aise avec tout ce qui se passe autour, on ne peut pas être concentré sur autre chose, on ne peut pas, on doit être concentré, mais c'est plus difficile et ça peut créer plus d'erreurs* (soignant, t0).
	Acquérir les informations, connaissances		*Ça, je pense qu'effectivement quand on arrive dans une organisation qu'on ne connaît pas déjà, c'est un facteur de risque, si c'est effectivement des médicaments qu'on ne connaît pas, entre l'organisation, les autres soignants qu'on ne connaît pas, les médicaments qu'on ne connaît pas, les protocoles qu'on ne connaît pas, des fois des pathologies mêmes, qu'on n'a jamais eu à prendre en charge, je pense que tout ça forcément ça fait qu'on augmente le risque* (expert, t0).
	Gérer la charge de travail		*C'est les moments où, où j'étais dans le jus, c'est là où j'étais susceptible de faire des erreurs, parce que quand tu ne comprends pas une prescription, mais que tu as le temps, tu demandes à ce qu'on te l'explique, quand tu ne connais pas un médicament, que tu as le temps, tu demandes à ce qu'on te l'explique, quand tu ne sais pas, comment l'injecter, tu prends le temps de regarder dans les outils* (soignant, t0).

Tableau 29 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques du groupe 1 (Hédacq, 2023)

Elle concerne l'environnement de travail qui est qualifié de complexe et de difficile à maîtriser. Les trois groupes socioprofessionnels (encadrants, experts, soignants) évoquent cette catégorie. Elle est elle-même caractérisée par trois sous-catégories (tableau 29). Nous identifions « être à l'aise avec l'environnement » : « *Alors pour moi, il y a plusieurs facteurs, il y a le premier c'est la non connaissance de l'institution, tout simplement, avec les fonctionnements. Il y a ceux qui sont, ceux qui ont fait les études à proximité qui ont un peu plus de facilité parce qu'ils ont déjà utilisé les outils* » (encadrant, entretien t0, GT1), « *Je pense que la première chose qui est évidente, c'est de ne pas maîtriser, ni son environnement, ni son matériel, ni son organisation, parce que c'est, je pense que c'est, enfin pour moi en tout cas, c'est ça le plus important* » (soignant, entretien t0, GT 1).

L'environnement de travail dans la pratique professionnelle de l'administration médicamenteuse a une influence sur les conditions de sa mise en œuvre. Par exemple, la charge de travail élevée, l'interruption de tâches sont des facteurs favorisant les événements indésirables. C'est également un facteur que l'on retrouve dans l'analyse REMED. Découpé en sous-facteur, il est caractérisé par la charge et les conditions de travail, les locaux et mobiliers, les fournitures et équipements, l'informatique, l'hygiène et la maintenance (Annexe 4). Certains acteurs explicitent le lien entre l'environnement et l'erreur comme dans le premier *verbatim* du tableau 29. Un acteur précise qu'il a validé cette hypothèse auprès de ses collègues « *Et j'en ai parlé d'ailleurs avec des collègues, parce que j'ai dit à quelques collègues que j'allais faire ça, on a parlé de ça et on s'est tous dit, oui quand tu arrives il y a tellement de choses à savoir, tellement de, que forcément il y a un moment où en fait, on n'est plus forcément focus sur la bonne chose à faire, et la règle des cinq B, on n'en oublie un bout, par exemple, on oublie de vérifier, l'erreur… »* (soignant, entretien t0, GT 1).

La deuxième sous-catégorie souligne que pour maîtriser l'environnement complexe, il est nécessaire d'acquérir des informations et des connaissances, ces dernières étant nombreuses, elles participent à rendre l'environnement de soins complexe et la maîtrise de la pratique professionnelle difficile : « *il faut acquérir beaucoup d'informations donc, si on est extra CHU il faut découvrir la structure, les logiciels, il faut se faire à l'organisation du service, il y a des termes, il y a des voilà, il y a des choses, la spécialité aussi qu'on ne connaît pas forcément, donc, toute cette découverte-là qui, qui sollicite beaucoup au niveau intellectuel »* (encadrant, entretien t0, GT1) . Cette sous-catégorie concerne aussi bien les nouveaux-arrivants jeunes diplômés que les anciennement diplômés (mais nouveaux dans l'unité de soins) : « *mais quand on arrive dans une unité* […] *il y a énormément de choses qui rentrent en compte quand on arrive et alors, certes peut-être que les médicaments c'est quelque chose qu'on connaît, on connaît notre métier, on sait comment faire, mais il y a tellement d'informations qui gravitent autour de nous quand on arrive, comment utiliser le logiciel, comment commander des transports, comment, comment ça fonctionne avec les médecins, comment on se repère dans le service physiquement, comment on fait si, comment on fait ça, comment toutes les procédures qu'il y a connaître que je pense aussi, que, quand on vient de chez les adultes et qu'on passe chez les enfants, par exemple toutes les doses ce n'est pas les mêmes, il y a plein, il y a tellement de choses qui gravitent autour de, quand on arrive, que peut-être que sur des choses qu'on sait, on fait peut-être moins attention aussi et du coup, là l'erreur peut arriver »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Les professionnels identifient que chaque service est spécifique par rapport aux pathologies des patients et aux médicaments utilisés, de plus les soignants sont sollicités en permanence par un flux d'informations continu comme le souligne le deuxième verbatim du tableau 29. Le flux d'informations porte sur : l'organisation, les médicaments, les protocoles, les pathologies.

Enfin, la dernière sous-catégorie décrivant l'environnement complexe concerne « gérer la charge de travail ». Une activité soutenue rend difficile la recherche d'informations, le retard s'accumule pour les soins et semble augmenter le stress du professionnel pouvant le conduire à des erreurs. Le dernier verbatim du tableau 29 illustre ce propos : « *en tout cas moi, je l'ai vécu, c'est que tu es dans le jus, donc il y a des fois où tu peux te dire « non, mais, ça doit être ça » donc tu le fais comme ça et voilà, ou alors tu demandes rapidement à quelqu'un et si ce quelqu'un ne sait pas, il peut te donner de mauvaises infos, il peut te dire « je ne sais pas mais je crois que c'est comme ça » et tu te dis bon aller je lui fais confiance, voilà c'est surtout l'organisation* » (soignant, entretien t0, GT 1).

Nous remarquons que les discours des professionnels sont formulés à partir de leurs expériences de la situation. Les entretiens semi-directifs les amènent à expliciter leurs savoirs détenus. Une fois verbalisés dans l'entretien, les énoncés que nous avons recueillis sont des énoncés correspondant à la définition des savoirs objectivés (Barbier & Galatanu, 2004), c'est-à-dire « des énoncés propositionnels associés de façons relativement stables à des représentations ou à des systèmes de représentation sur le monde et sa transformation » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42). Les acteurs ont identifié que l'environnement de soins est complexe par la multitude d'informations dont il est composé et il est donc en ce sens difficile à maîtriser. Ils explicitent que cette gestion de l'environnement est un facteur permettant d'expliquer les écarts de pratiques chez le nouvel-arrivant. Nous identifions que ces énoncés sont des savoirs professionnels issus de l'expérience des acteurs (encadrant, expert ou soignant). Ils sont explicités par les acteurs et ils appartiennent à la typologie des « énoncés explicatifs », c'est-à-dire qu'ils permettent de mettre en relation une classe d'objets et une classe de situations : « *parce qu'à partir du moment où on n'est pas à l'aise avec tout ce qui se passe autour, on ne peut pas être concentré sur autre chose* » (soignant, entretien t0, GT1).

La deuxième catégorie que nous avons identifiée dans les discours des acteurs s'intitule « la prise de poste une situation particulière ». Elle est préférentiellement portée par les soignants et les encadrants. Elle est découpée en deux catégories comme suit :

Catégorie	Sous catégories	gpe	*Verbatim*
La prise de poste une situation particulière	Un stress important / des émotions		*Mais ils ont la pression aussi de la prise de poste, ils étaient étudiants, ils passent infirmiers diplômés donc il y a aussi la responsabilité* (encadrant, t0).
	Le manque d'expérience, connaissances, d'astuces globales		*Oui de mieux connaître les médicaments dans l'ensemble, tu vois quand je suis arrivé, l'idée de dire si tu fais un flacon entier par exemple en pédiatrie, c'est que tu dois te poser des questions en te disant : « est-ce que c'est vraiment la dose qu'il faut ? », ça, je pense que c'est quelque chose qu'il faut savoir et quand tu es nouveau, tu peux vite oublier les premiers temps… astuces globales* (soignant, t0).

Tableau 30 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques du groupe 1 (Hédacq, 2023)

Nous identifions d'une part la sous-catégorie : « un stress important/des émotions ». La première émotion identifiée par les acteurs est le « stress » qui est qualifié d'important au moment de la prise de poste et lié à la notion de responsabilité : « *mais ils ont la pression aussi de la prise de poste, ils étaient étudiants, ils passent infirmiers diplômés donc il y a aussi la responsabilité* » (encadrant, entretien t0, GT 1). Les acteurs se souviennent de leurs propres prises de poste et des émotions qu'ils vivaient à ce moment-là : « *On a tous commencé une première fois à faire quelque chose, on a toujours tous stressé, on a toujours tous, et moi, je me vois encore* […] *à vérifier 50 fois mes calculs de dose, de tête, à la machine, et de mettre voilà 50 verrous pour essayer de ne pas faire d'erreurs quoi* [...] *Je pense que cet effet stress est important et qu'il peut engendrer des erreurs, ce n'est pas que ça, mais c'est une grosse partie, parce que même une personne qui a de très grandes capacités et bien elle peut être amenée à faire des erreurs* » (soignant, entretien t0, GT 1). Au travers de cette description, cet acteur souligne que les « capacités d'un individu » et la « réalisation d'une erreur » ne sont pas

forcément liées. L'émotion comme le stress peut avoir un effet important sur la mise en œuvre d'une pratique et mettre à mal un savoir-faire habituellement performant. Le milieu du soin est également particulier au niveau émotionnel, certaines situations peuvent être difficiles émotionnellement, les soignants côtoient la maladie, la souffrance et parfois la mort : « *Dans l'émotionnel, je mets la perte de moyens, c'est-à-dire qu'on a des gens qui, des professionnels, qui peuvent se sentir dépassés par une situation et qui perdent leurs moyens, voilà, alors voilà, parce que ça peut être lié à une surcharge de travail, mais souvent c'est lié à l'intensité d'un moment délicat, voilà de la situation liée au patient dont on s'occupe. De ne pas se sentir à la hauteur, submergée par l'émotion, que ce soit un décès, une maladie, une pathologie, voilà, je pense que ça joue beaucoup ça aussi »* (soignant, entretien t0, GT 1).

La prise de poste est une situation particulière, car elle est caractérisée pour les acteurs par le « manque d'expérience, d'astuces globales, de connaissances » qui vont être acquis par la confrontation de l'individu à des situations complexes. La notion d'expérience employée par les acteurs dans cette situation fait référence au produit de l'expérience, c'est-à-dire les ressources que le nouvel-arrivant va pouvoir mobiliser dans la situation qu'il rencontre. Cette acquisition de ressources prend du temps « *quand on est nouvel-arrivant, on ne peut pas acquérir tout d'un coup, toute l'expérience qu'on les autres donc, on est plus à risque pour moi de faire des erreurs »* (encadrant, entretien t0, GT 1). Malgré une formation par alternance entre temps de stage et temps d'école, lors de l'obtention du diplôme, les nouveaux-arrivants semblent encore manquer d'expérience.

L'expérience permet de capitaliser des astuces globales comme le souligne le verbatim du tableau 30 : « […] *tu vois quand je suis arrivé, l'idée de dire si tu fais un flacon entier par exemple en pédiatrie, c'est que tu dois te poser des questions en te disant : « est-ce que c'est vraiment la dose qu'il faut ? », ça, je pense que c'est quelque chose qu'il faut savoir et quand tu es nouveau, tu peux vite oublier les premiers temps…des astuces globales »* (soignant, entretien t0, GT 1). Parmi les ressources acquises par l'expérience, nous retrouvons les repères, les habitudes qui peuvent permettre d'intercepter les erreurs médicamenteuses : *« le manque d'expérience parce que quand on est nouveaux-arrivants, nouveaux-arrivants, jeunes diplômés, déjà on peut ne pas avoir tous les réflexes, on peut ne pas se rendre compte quand on parle d'erreurs de prescription que cette dose là c'est complètement aberrant alors que quelqu'un qui est là depuis cinq ans, trois ans, il va se dire « mais bien sûr ça ne ressemble pas du tout, nous, comment ça se fait que je suis en train de prendre toute la dotation du service en flacon alors que… », mais bon si la personne ne l'a jamais fait, ça peut poser un problème »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Ainsi, nous retiendrons que le manque d'expérience des nouveaux-arrivants en tant que confrontation aux situations de soins peut entraîner un manque de ressources pour pouvoir agir de manière efficiente. Cette deuxième catégorie identifiée par les acteurs est également composée des savoirs professionnels de type explicatifs, c'est-à-dire relatifs à des relations entre une classe d'objets et des situations.

Les trois catégories suivantes qui permettent de participer au diagnostic de l'écart de pratiques lors de l'administration médicamenteuse sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Sous catégories	gpe	*Verbatim*
Un compagnonnage difficile à mettre en place	Un temps de formation qui diminue		*Et après l'encadrement qui manque aussi cruellement pour ces nouveaux-arrivants à leur arrivée (soignant, t0).*
	Un tutorat en transformation		*Et si, j'ai un autre critère aussi, bon ça va dans ce sens-là, c'est que pour moi il y a beaucoup de turn-over dans les équipes du coup il y a beaucoup de jeunes infirmières qui encadrent de jeunes infirmières qui ont été encadrées par de jeunes infirmières et du coup l'expertise qu'on pouvait avoir dans certains services avec une rigueur de réalisation ou d'hygiène qui tend à disparaitre (encadrant, t0).*
Une place dans l'équipe particulière	Ne pas oser demander		*Il y a le fait de ne pas oser forcément demander, voilà, il y en a qui ont peur de montrer qu'elles ne savent pas et du coup qui n'osent pas aller demander aux collègues, ou à la cadre comment on fait habituellement, ou ça, je n'ai jamais fait (encadrant, t0).*
	Nouvelle génération		*On trouve que l'implication de la nouvelle génération, n'est pas la même que celle qu'on pouvait avoir il y a quelques dizaines d'années, c'est-à-dire que, ils ne sont pas, ils n'ont pas la notion de la charge et de leur travail et ils ne sont plus investis de cette mission aussi qu'on avait, je ne sais pas à quoi c'est dû vraiment, est-ce que c'est, je ne sais pas, c'est la reconnaissance derrière aussi que les infirmières n'ont pas (soignant, t0).*
Les savoirs issus de la formation initiale	Le référentiel de 2009, l'arrêt des évaluations sur le terrain		*Plutôt un facteur lié à la connaissance après est-ce que les nouveaux-arrivants sont aussi suffisamment armés en quelque sorte pour, est-ce qu'on leur apprend à savoir réagir dans des situations où ils ne sont pas confortables en fait, où ils sont un peu voilà, je pense qu'il y a ça aussi, ils n'ont pas assez d'expérience donc peut-être qu'ils sont assez vite déstabilisés dans une organisation qu'ils ne connaissent pas. Après connaissance, je ne sais pas (expert, t0).*

Tableau 31 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques groupe 1 (Hédacq, 2023)

La troisième catégorie concerne le tutorat à la prise de poste [163]. Nous notons que les acteurs évoquent que ce compagnonnage est difficile à mettre en place dans les unités de soins pour deux raisons. D'une part, ce dernier semble avoir changé depuis quelques années, d'un tutorat « d'anciens-professionnels à nouveaux-professionnels » nous identifions un tutorat de « nouveaux-professionnels à nouveaux-professionnels » (deuxième verbatim du tableau 31). D'autre part, nous relevons que le tutorat est parfois difficile à mettre en place en regard de l'absentéisme et sa durée peut être excessivement variable d'une unité de soins à l'autre : « *Il y a le temps de formation qui diminue, on double quand on peut, moi j'ai eu une infirmière qui a été doublée 2 jours, bon, il y en a une autre, j'ai pu la doubler 3 semaines, c'est vraiment*

[163] Nous avons lors de l'analyse des besoins évalué le temps de doublure des nouveaux-arrivants (Annexe 16) 35% sont doublés moins de quatre jours, 20% entre 4 et 5 jours et 30% sont doublés plus de 10 jours (dans le cadre des services de réanimation la doublure est de trois semaines à un mois).

aléatoire en fonction du moment où la personne vient et c'est beaucoup sujet à l'absentéisme et comme on a quand même beaucoup d'absentéisme, on se retrouve vite à devoir dédoubler les nouvelles personnes » (encadrant, entretien t0, GT1).

La quatrième catégorie concerne la place dans l'équipe qui est particulière. Le nouvel-arrivant doit arriver à prendre place et à faire sa place dans l'équipe de soins. Le groupe socioprofessionnel des encadrants souligne la difficulté des nouveaux-arrivants à poser des questions en cas de problème ou de doute : « *Il y a le fait de ne pas oser forcément demander, voilà, il y en a qui ont peur de montrer qu'elles ne savent pas et du coup qui n'osent pas aller demander aux collègues, ou à la cadre comment on fait habituellement, ou (dire)ça, je n'ai jamais fait »* (encadrant, entretien t0, GT 1). Un problème de nouvelle génération est également identifié par les acteurs (encadrant et soignant) : « *Elles ont tendance, la, la nouvelle génération, elles ont tendance à faire même si elles ne savent pas, elles ont la bonne volonté de vouloir faire, mais du coup ce n'est pas forcément toujours très sécurisé »* (encadrant, entretien t0, GT 1). La nouvelle génération est identifiée comme moins impliquée dans les soins : « *Et après l'implication aussi, on avait parlé, lors des derniers échanges, on trouve que l'implication de la nouvelle génération, n'est pas la même que celle qu'on pouvait avoir il y a quelques dizaines d'années, c'est-à-dire que, ils ne sont pas, ils n'ont pas la notion de la charge et de leur travail et ils ne sont plus investis de cette mission aussi qu'on avait, je ne sais pas à quoi c'est dû vraiment, est-ce que c'est, je ne sais pas, c'est la reconnaissance derrière aussi que les infirmières n'ont pas […]»* (soignant, entretien t0, GT 1). En plus de l'implication, il est noté parfois un « manque » de responsabilité : « *La responsabilité, aussi je pense qu'il y'a aussi un défaut, ils ne se rendent pas compte de la responsabilité réelle de l'administration d'un médicament et de tout ce que peut engendrer une erreur, en fait voilà »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Enfin, la dernière catégorie concerne « les savoirs issus de la formation initiale ». Au moment où nous avons réalisé les entretiens c'est-à-dire en 2019-2020, il y a environ sept promotions d'infirmiers qui ont obtenu leurs diplômes avec le référentiel de 2009[164]. Les changements multiples que cette réforme a apportés à la formation initiale interrogent les acteurs des groupes de travail. Par exemple, par rapport à :

- L'approche par compétences :« *pour moi, mais ça c'est mon avis de vieille, le cursus de formation* […] *on est sur un bloc de compétences et du coup on est transversal sur tout un peu* […] *moi dans mon fonctionnement de ce que je vois, j'ai l'impression qu'elles ont moins de facilités à faire les liens au quotidien et il y a des alertes qu'elles n'ont pas forcément parce qu'elles n'ont pas appris par bloc d'organes par exemple. Pour moi, c'est limitant, elles sont très bonnes dans la réflexivité, elles font des liens inter*

[164] Le référentiel de 2009 est centré sur l'approche par compétences et l'ouverture à l'universitarisation des études infirmières. Le cursus d'études dure trois ans, la première promotion issue du nouveau référentiel est donc sortie en 2012.

pathologies, mais dans la verticalité de la prise en charge du problème par exemple en néphrologie, il y a des liens qu'elles ne font pas avec l'organe et des choses que nous anciennes diplômées, on a. » (encadrant, entretien t0, GT1)

- L'arrêt des mises en situations professionnelles *« Il y avait l'évaluation, en tout cas la pression de se dire, il faut avoir un niveau de base et ça faisait un rappel régulier finalement de ce qui était attendu »* (encadrant, entretien t0, GT1)

Notons que ces éléments sont portés par la catégorie des encadrants.

L'importance de l'apprentissage par alternance pour l'acquisition du savoir est également soulignée avec le rôle prépondérant des stages dans l'apprentissage du métier : « *Je pense aussi que dans les stages on les cantonne à un ou deux malades ou à un groupe de malades alors qu'ils n'ont pas une vision globale de l'organisation et du système, je pense que ça, ça, serait perfectible* » (encadrant, entretien t0, GT1). Les stages sont l'occasion de manipuler du matériel technique : « *la chance d'avoir l'accès à des stages extrêmement formateurs par rapport à tout ce qui est technique, mais je pense que certains IFSI périphériques, les étudiants ont des stages où ils ont peu à manipuler, peu accès à tout ce qui est technique et tout ce qui est matériel assez sophistiqué »* (encadrant, entretien t0, GT1). L'ensemble de ces changements amènent les acteurs à se questionner sur les savoirs acquis en formation initiale : « *est-ce que les nouveaux- arrivants sont aussi suffisamment armés en quelque sorte pour, est-ce qu'on leur apprend à savoir réagir dans des situations où ils ne sont pas confortables en fait, où ils sont un peu voilà, je pense qu'il y a ça aussi, ils n'ont pas assez d'expérience donc peut-être qu'ils sont assez vite déstabilisés dans une organisation qu'ils ne connaissent pas »* (expert, entretien t0, GT 1).

Les acteurs du groupe de travail (1) ont identifié cinq facteurs (catégories des tableaux d'analyse) pouvant expliquer les « écarts de pratiques » chez le nouvel-arrivant. Nous avons identifié : un facteur concernant l'environnement, un facteur personnel sur le stress et la gestion des émotions, un facteur lié à la place dans l'équipe, un facteur sur le compagnonnage à la prise de poste et un facteur sur le savoir issu de la formation initiale. Nous avons repéré que les acteurs du groupe de travail (1) verbalisent des savoirs professionnels issus de leurs expériences d'encadrant, d'expert ou de soignant. Les énoncés formulés sont des savoirs objectivés au sens de Barbier et Galatanu (2004). Ils « ont une existence sociale distincte de ceux qui les énoncent et de ceux qui se les approprient. Ils sont conservables, cumulables, appropriables » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42). Ces énoncés sont de type assertif (affirmatif) c'est-à-dire qu'ils « sont associés à des représentations sur le fonctionnement du monde, relatifs donc à un existant » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42). Les acteurs utilisent dans leurs discours les termes « *moi, pour moi, je pense…* » relatant ainsi par les énoncés descriptifs la façon dont ils se représentent la prise de poste des nouveaux-arrivants et les facteurs pouvant favoriser les erreurs médicamenteuses. Nous nous sommes appuyés sur ces savoirs que nous avons fait émerger lors des entretiens semi-directifs au temps t0 pour travailler les facteurs identifiés par les acteurs en regard du diagnostic du besoin en formation. Le diagnostic ainsi proposé par les acteurs de cette situation d'écart de pratiques montre que les savoirs des professionnels permettent de décrire finement l'environnement.

Pour faire monter en généralité les savoirs contextualisés co-élaborés par les acteurs, nous avons confronté *a posteriori* ces cinq catégories à des savoirs issus des sciences de l'Éducation et de la formation, notamment sur les pratiques professionnelles (Marcel, 2014). Les facteurs identifiés par les acteurs du groupe de travail (1) pour expliquer les écarts de pratiques dans la pratique de l'administration médicamenteuse chez le nouvel-arrivant, mettent en avant l'effet du processeur environnemental dans les pratiques professionnelles, ainsi que les effets du processeur épistémologique, celui des connaissances et des savoirs (Marcel, 2014, p. 86). L'étude de Piot (2015) explicite les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. Pour l'auteur, « l'entrée dans le métier d'un jeune professionnel nouvellement diplômé constitue pour ce dernier une période d'importante transition sur les registres professionnel et personnel » (Piot, 2015, p. 104). Entre en jeu à la prise de poste deux logiques : une logique qui vise la consolidation des compétences acquises en formation et une logique qui cherche « l'accroissement de ces compétences par et à l'épreuve des situations de travail ; l'idée est que l'expérience de ces situations de travail est potentiellement constructive et génératrice de compétences » (Piot, 2015, p. 105). Différents types de compétences sont identifiées : instrumentales, communicationnelles, relationnelles. L'administration médicamenteuse est une pratique professionnelle s'appuyant entre autres sur des compétences instrumentales. Piot, évoque la formation initiale d'infirmier et souligne qu'elle permet l'acquisition de dix compétences. Ces dernières constituent « du point de vue de la prescription académique, les ressources sur lesquelles s'appuie tout professionnel infirmier pour conduire la réalisation des soins qui doivent assurer la sécurité des patients et être de qualité en regard des attendus de la profession » (Piot, 2015, p. 107).

Les résultats de cette recherche explicitent que les néo-professionnels s'appuient sur des ressources dites « pragmatiques ordinaires », « ce registre de ressources combine des savoirs biomédicaux et des gestes techniques associés » (Piot, 2015, p. 111). Il est intéressant d'identifier que « la bonne gestion et utilisation des matériels et des produits » en fait partie. Il est également important de souligner que l'acquisition de ces ressources renvoie à des modes complémentaires d'acquisition avec d'une part la formation initiale et d'autre part l'expérience pratique acquise (par les stages ou par la prise de poste). L'expérience des situations de soins des premiers mois d'exercice est décrite comme permettant l'autonomie professionnelle : « S'y construit progressivement l'autonomisation professionnelle dans la mise à l'épreuve du sujet qui doit décider et agir pour prendre en charge les patients dont il a la responsabilité. » (Piot, 2015, p. 112). La première année d'exercice est reconnue par les néo-professionnels comme la durée minimale pour acquérir une expertise locale : « familiarité progressive avec le matériel et les dispositifs médicaux, les produits et les médicaments les plus fréquents et leur mode d'administration » (Piot, 2015, p. 113). Le terme novice de Benner (1995) correspond à cette première année d'exercice. Il nous semble important de relever que les acteurs du groupe de travail ont identifié ces deux éléments : « la mise en tension des ressources acquises en formation initiale » et le « développement de l'expertise locale par l'expérience quotidienne des situations de soins ». Les jeunes diplômés décrivent alors deux phases : « le passage de la position de jeune diplômé débutant (les 3 à 6 mois qui suivent la prise de poste vers la position d'infirmier un peu expérimenté (entre 6 et 12 mois) » (Piot, 2015, p. 114). Cette acquisition de l'expérience est fondamentale, car elle agit également sur la place qu'ils peuvent occuper dans

l'équipe de soins : « Tous reconnaissent "être devenus soignants" durant les 12 mois qui ont suivi la prise de fonction, être devenus, au-delà du diplôme, légitimes aux yeux des patients, de leurs pairs et à leurs propres yeux. » (Piot, 2015, p. 114).

L'identification des facteurs par les acteurs du groupe de travail nous a permis de distinguer les dimensions importantes du dispositif de formation envisagé par rapport aux besoins de nouveaux-arrivants (transmettre des astuces globales, des repères) et travailler sur leurs expériences des soins (analyse de pratiques et ateliers). Nous avons travaillé *a posteriori* sur les cinq facteurs avancés par les acteurs des groupes de travail lors des entretiens en réalisant des *focus groups* pour définir les besoins des nouveaux-arrivants en termes de formation sur l'administration médicamenteuse ou la définition des objectifs de formation (Annexe 22). Ce rapprochement entre les savoirs énoncés par les acteurs et les savoirs en sciences de l'Éducation et de la formation participe à l'enrichissement des deux sphères (Recherche et Intervention) et au rapprochement de la science et de l'action.

2.1.2 Les professionnels et le rangement des armoires à pharmacie

Le groupe de travail (2) s'intéresse à la gestion des armoires à pharmacie dans les unités de soins et notamment à l'amélioration de la procédure élaborée par la CoMéDiMS. Nous rappelons qu'au regard de la définition de Barbier « une procédure technique est un savoir sous forme d'énoncés, c'est-à-dire une réalité extérieure aux individus communicable et transmissible » (Barbier, 2011, p. 9). Nous avons choisi de qualifier la procédure de gestion des armoires à pharmacie de « dispositif de diffusion du savoir », nous précisons qu'il a une visée transformatrice des pratiques professionnelles. Il s'agit pour les acteurs du groupe de travail d'améliorer la mise en œuvre de la procédure et de se concentrer sur la co-élaboration des énoncés qui la constitue. Nous avons interrogé les acteurs sur les facteurs pouvant contribuer à un écart de pratiques entre le rangement prescrit de l'armoire et le rangement réel.

Nous identifions dans les discours des professionnels plusieurs catégories et sous-catégories pouvant décrire cet écart (Annexe 23). La gestion des armoires de service est soumise à différentes réglementations et fait partie des éléments évalués lors des démarches de certification. Parmi les différents types d'erreurs associées à une gestion non conforme de l'armoire à pharmacie, nous retrouvons des erreurs de médicaments au travers des erreurs de collecte, des erreurs impliquant des médicaments périmés ou détériorés ou des erreurs de formes galéniques (HAS, 2013a). Parmi les causes identifiées dans les erreurs médicamenteuses, la Haute Autorité de santé souligne que dans un tiers des cas il n'y a pas de lecture de l'étiquette du produit « la lecture de l'étiquetage du produit n'est pas faite dans 31.9 % des cas » (HAS, 2013, p. 124). « Afin de prévenir les erreurs, il faut d'une part diminuer la probabilité de l'erreur de sélection du produit et, d'autre part, diminuer la probabilité de la défaillance de contrôle » (HAS, 2013, p. 21). Par rapport aux risques d'erreurs de collecte qui nous intéresse particulièrement dans cette situation, nous identifions que différentes barrières permettent de lutter contre ce type d'erreurs : l'harmonisation des stocks, la rationalisation des stocks, la sécurisation des accès, l'étiquetage des armoires, l'informatisation du stockage, le retour des médicaments non utilisés à la pharmacie à usage intérieur.

Nous identifions dans les discours des professionnels une première catégorie que nous avons nommée : « l'armoire à pharmacie entre théorie et pratique ». Cette catégorie est elle-même découpée en trois sous-catégories :

Catégories	Sous-catégories	gpe	*Verbatim*
L'armoire à pharmacie : entre théorie et pratique	Se sentir concerné par le rangement de l'armoire		*Et après aussi, la sensibilisation aussi, des, de chacun, je ne pense pas, et je pense qu'il y a des gens qui ne voient pas comme un outil, j'ai le sentiment, comme un outil de travail qui va nous, c'est plus un calvaire en fait cette pharmacie que, de ce que je vois, entre faire les piluliers, le ranger, commander, ça, j'ai la sensation que c'est un calvaire pour les gens* (soignant, t0)
	Des normes rattachées à un savoir théorique		*je pense que nous ce qu'il y a d'écrit, est très théorique ce n'est pas du tout, en fait je pense qu'ils doivent doucement rigoler, certains services en disant, mais… parce que c'est très théorique, très réglementaire, c'est pharmacie […]ce n'est pas qu'il faut que l'on contourne, il faut qu'on, il faut qu'on s'adapte la pharmacie, on peut s'adapter, mais si on prend le texte tel qu'il est, je pense que les soins il nous regarde en se disant « tu es bien gentille, mais moi je vais l'ouvrir 50 fois ton armoire, je ne vais pas la fermer à chaque coup »* (encadrant, t0)
	Une renormalisation de la procédure		*C'est une adaptation et c'est vrai que nous, je le dis souvent, les soignants s'adaptent tout le temps, mais parfois on s'adapte, en ne respectant pas les règles. On s'adapte, pour faciliter le travail en fait souvent c'est ça, c'est que les soignants, ils cherchent des solutions par eux-mêmes pour faciliter leur travail, alors parfois ça leur facilite le travail mais là, on est vraiment à l'écart de la réglementation et parfois, c'est dans le, on reste dans les limites…* (encadrant, t0)

Tableau 32 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratique groupe 2 (Hédacq, 2023)

Pour les acteurs, l'écart de pratiques peut s'expliquer par le fait que les soignants peuvent ne pas se sentir concernés par le rangement des armoires : *« Et après aussi, la sensibilisation aussi, des, de chacun, je ne pense pas, et je pense qu'il y a des gens qui ne voient pas comme un outil, j'ai le sentiment, comme un outil de travail qui va nous, c'est plus un calvaire en fait cette pharmacie que, de ce que je vois, entre faire les piluliers, le ranger, commander, ça, j'ai la sensation que c'est un calvaire pour les gens* » (soignant, entretien t0, GT 2). La gestion de l'armoire à pharmacie dans l'unité de soins est une activité qui demande un certain investissement de la part des soignants « *humainement je pense qu'il y en a qui ne s'implique pas forcément autant que d'autres, il y en a qui vont être très vigilant sur le rangement, d'autres qui ne vont pas l'être, qui vont être vigilant sur les commandes, d'autres qui voilà, donc il y a un facteur humain, je pense, de toute façon »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

La deuxième sous-catégorie décrit la gestion de l'armoire à pharmacie comme une situation mettant en tension « le rapport savoirs théoriques/savoirs pratiques » au travers des normes rattachées à un savoir théorique. Pour les acteurs du groupe de travail (2), l'écart entre le travail prescrit, c'est-à-dire le rangement de l'armoire à pharmacie selon les normes réglementaires et le travail réel, c'est-à-dire le rangement réel, est en relation directe avec les normes formulées (les énoncés de la procédure). L'écart entre la théorie et la pratique concernant le rangement des armoires se manifeste pour les acteurs du groupe de travail par un rapport savoirs théoriques/savoirs d'actions qui se retrouve en tension voire en conflit. Lors de l'analyse du travail « les comportements et les raisonnements des opérateurs, dans le cours même de leur activité, il apparaît toujours que cette activité, le travail réel, est différente de ce que les

consignes et les instructions données par la hiérarchie technique ont prévu, le travail prescrit » (Montmollin, 2011, p. 191). Ainsi, Montmollin associe les savoirs théoriques comme constitutifs du travail prescrit et les savoirs d'action comme appartenant au travail réel.

Dans l'analyse que nous proposons, nous avons identifié que les normes (c'est-à-dire les énoncés de la procédure) sont remises en question du point de vue de leur validité épistémique (vrai/faux) et pragmatique (efficace/inefficace) déstabilisant leurs reconnaissances sociales. Les trois groupes socioprofessionnels s'interrogent sur cette validité épistémique et pragmatique. Par exemple, cet acteur souligne « *Les normes de rangement, alors je ne sais pas qui les instaure, mais, pas forcément des gens qui sont sur peut-être sur le terrain tous les jours à utiliser cette pharmacie, et je me dis que ce qui fait qu'il y a peut-être un décalage entre ce qui est écrit et ce qui se fait sur le terrain et ce qui est réalisable sur le terrain parce qu'on n'a pas forcément des choses réalisables »* (soignant, entretien t0, GT2). Nous identifions un conflit sur le point de vue pragmatique de certaines normes qui ne sont pas réalisables selon les acteurs : « *Je pense que les conventions, les comment ça s'appelle, la théorie (rires), ceux qui créent les règles, qui sont très bien cela dit c'est pour la protection des soins ne sont pas vraiment dans les services et ne voient pas notre quotidien après »* (soignant, entretien t0, GT2). Ce point de vue est partagé par les experts qui se sentent parfois « très éloignés » des préoccupations du terrain : « *Je pense que nous sommes assez loin de ce qui se passe sur le terrain et en particulier la réglementation est très loin de ce qu'il se passe sur le terrain, donc nous quand on écrit on est obligé de respecter la réglementation et du coup on est entre deux, mais on est quand même toujours loin de ce qui se passe sur le terrain »* (expert, entretien t0, GT2).

Pour que les énoncés soient validés socialement, un acteur souligne l'importance de la prise en compte de l'usage « *au fur et à mesure de l'usage, les gens se rendent compte que ça ne fonctionne pas quoi. C'est-à-dire qu'un rangement type ne peut pas fonctionner partout, c'est ce qu'on disait avec les filles, je peux très bien comprendre qu'une pharmacie de soins intensifs et une pharmacie de diabétologie, ce n'est pas la même quoi enfin, donc je pense qu'on parte sur des armoires standards, pour certaines choses pourquoi pas, mais il faut autoriser aussi qu'il y ait des personnalisations, en fonction des services parce que sinon c'est trop compliqué quoi, qu'on puisse arriver à optimiser ça le plus possible, que ça facilite la vie à tout le monde »* (soignant, entretien t0, GT2). Ces énoncés qui sont formulés ont besoin pour être validés d'être testés sur le terrain afin de les améliorer voire de les réadapter : « *c'est très théorique, très réglementaire, c'est pharmacie, mais, parce que le pharmacien, c'est beaucoup de réglementaires, c'est comme ça, on se doit, à un moment donné, ce n'est pas qu'il faut que l'on contourne, il faut qu'on, il faut qu'on s'adapte la pharmacie, on peut s'adapter, mais si on prend le texte tel qu'il est, je pense que les soins il nous regarde en se disant « tu es bien gentille, mais moi je vais l'ouvrir 50 fois ton armoire, je ne vais pas la fermer à chaque coup »* (encadrant, entretien t0, GT2).

Les acteurs se sont focalisés sur un exemple d'énoncés qui concerne « la fermeture de la porte de l'armoire à pharmacie ». La norme est exprimée comme suit : « Les médicaments sont détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité » (article 13, arrêté du 6 avril 2011). Ils explicitent que cet énoncé est difficilement réalisable et applicable sur le terrain comme le

souligne le verbatim 2 du tableau 32 : « *c'est beaucoup de réglementaires, c'est comme ça, on se doit, à un moment donné, ce n'est pas qu'il faut que l'on contourne, il faut qu'on, il faut qu'on s'adapte la pharmacie, on peut s'adapter, mais si on prend le texte tel qu'il est, je pense que les soins il nous regarde en se disant « tu es bien gentille, mais moi je vais l'ouvrir 50 fois ton armoire, je ne vais pas la fermer à chaque coup* » (encadrant, entretien t0, GT 2). Cette remarque sur cette règle permet également d'interroger : quel moyen de sécurisation des armoires à pharmacie pourrait-il être proposé « pour faciliter » l'application de cette loi ? Faut-il proposer un système de lecteur de badge, plutôt qu'une clef, ou qu'un code. Quel moyen de sécurisation pourrait-il permettre de sécuriser la dotation et de correspondre aux pratiques des soignants ? Faut-il privilégier un système de sécurisation en particulier en fonction de la place de la pharmacie dans l'unité de soins ? De la typologie du service (secteur fermé, secteur ouvert…) ? Faut-il laisser le choix du système de fermeture aux soignants ?

Dans cette catégorie, les acteurs identifient des pistes pour améliorer ces énoncés d'abord les tester sur le terrain (usage), les adapter au terrain, aux pratiques, aux spécificités des unités de soins. Un expert explicite que les normes mentionnées dans la procédure cristallisent les différences de point de vue entre les experts et les soignants au point de les séparer « *mais on n'y arrive pas parce qu'on ne parle pas la même langue… »* (expert, entretien t0, GT 2). La proposition de co-élaboration des normes est un travail qui semble n'avoir jamais été réalisé auparavant par les acteurs : *« Donc, la façon de présenter les choses et ne serait-ce que dans la façon d'écouter les autres, de savoir quelles sont les attentes de l'autre ça on n'a jamais travaillé sur ça… jamais* » (expert, entretien t0, GT 2). La troisième sous-catégorie mentionne que les acteurs de terrain renormalisent la procédure. Cette sous-catégorie est portée uniquement par les encadrants et les experts qui ont observé que les soignants réadaptent les normes à leurs pratiques : « *C'est une adaptation et c'est vrai que nous, je le dis souvent, les soignants s'adaptent tout le temps, mais parfois on s'adapte, en ne respectant pas les règles. On s'adapte, pour faciliter le travail en fait souvent c'est ça, c'est que les soignants, ils cherchent des solutions par eux-mêmes pour faciliter leur travail, alors parfois ça leur facilite le travail mais là, on est vraiment à l'écart de la réglementation et parfois, c'est dans le, on reste dans les limites… »* (encadrant, entretien t0, GT2). Un expert souligne d'ailleurs qu'il faut tenir compte de cette réadaptation pour retravailler la gestion des armoires à pharmacie *« Je pense que c'est parce que les soignants ils ont trouvé quelque chose qui leur convenait mieux et qui était plus facilitant pour eux donc je pense qu'il faut analyser ça pour savoir il faut se dire, si le soignant il a mis ça en place ce n'est pas pour dire je vais déroger à la règle donc je fais ça, c'est plus que c'est plus facilitant dans son quotidien donc c'est plus d'allier les deux et de comprendre la problématique du soignant pour justement intégrer la contrainte réglementaire et intégrer la contrainte soignant* » (expert, entretien t0, GT 2).

Les acteurs identifient différentes contraintes pour le rangement des armoires. Cette deuxième catégorie, nous l'avons nommée : « l'armoire à pharmacie : vers une analyse ergonomique de son usage » (Annexe 23). Le terme ergonomique fait référence à « l'analyse globale des situations de travail en vue de les améliorer » (Darses & de Montmollin, 2006, p. 6). Nous avons identifié dans cette catégorie cinq sous-catégories représentées comme suit :

Catégorie	Sous catégorie	gpe	*Verbatim*
L'armoire à pharmacie vers une analyse ergonomique de son usage	Des contraintes de place		*Moi, déjà, je disais, comme tout à l'heure, le manque de place, mais bon je reste un peu mesuré là-dessus parce que quand il y en a trop ça devient n'importe quoi, de place, et quand il n'y en a pas assez on a un problème de rangement, de stockage, c'est, c'est, ça c'est un problème quand même, la place* (soignant, t0*)*
	Des contraintes de temps		*Il y a le manque de temps aussi des fois de ranger* (soignant, t0)
	Des contraintes de terrain		*Nous la pharmacie si vous voulez elle est centrale, nous le secteur on va dire c'est un gros cercle, elle est au milieu, et là vous avez deux portes, là vous avez le secteur des urgences et là les secteurs de soins intensifs* (soignant, t0)
	Le manque de connaissances		*En fait il y a plusieurs causes, soit que les soignants n'ont pas connaissance de la procédure* (encadrant, t0)
	Les changements de marché		*En fait, ça se passe pareil pour la procédure, parce que nous la procédure, on range par voie d'administration et par ordre alphabétique, ce qui pose problème c'est quand il y a les changements de marché* (expert, t0,)

Tableau 33 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratique groupe 2 (Hédacq, 2023)

Montmollin (2011) dans la reconnaissance de la distinction savoirs théoriques/travail prescrit et savoirs d'action/travail réel, s'interroge sur la position à adopter par rapport à ce constat. L'automatisation rentre dans un type de position que l'on peut adopter pour augmenter la sureté et la productivité. Il souligne également que « l'analyse du travail des opérateurs montre que savoirs théoriques et savoirs d'action se retrouvent tous deux, d'une part dans les savoirs nécessaires, et en général prescrits, pour comprendre et agir, d'autre part dans la mise en œuvre dans l'action, par les opérateurs en situations réelles » (Montmollin, 2011, p. 193). L'ergonomie s'intéresse donc à décrire les activités situées des opérateurs l'objectif est de pouvoir aménager la situation de travail. Le groupe de travail (2) en caractérisant l'écart de pratiques entre le rangement prescrit et le rangement réel identifie différents éléments pouvant permettre d'améliorer la gestion de l'armoire. Issus de leurs savoirs d'action, ils repèrent des éléments de la situation qui pourrait être travaillés pour être améliorés. Les contraintes identifiées concernent :

- La place : elle est variable d'un service de soins à l'autre et rend compte de la singularité et de la complexité de la situation de gestion des armoires « *moi comme je le disais tout à l'heure le manque de place, mais bon je reste mesuré là-dessus parce que quand il y en a trop de place ça devient n'importe quoi* » (soignant, entretien t0, GT 2)
- Le temps : « *il y a le manque de temps aussi des fois de ranger* » (soignant, entretien t0, GT 2),
- Le manque de connaissance : « *en fait il y a plusieurs causes, soit que les soignants n'ont pas connaissance de la procédure* » (encadrant, entretien t0, GT 2).

Ces trois sous-catégories sont portées par les groupes socioprofessionnels des encadrants et des soignants, nous pouvons faire l'hypothèse que ces éléments sont issus de l'expérience de l'usage de l'armoire à pharmacie qui a permis aux acteurs d'élaborer des savoirs d'action sur la gestion de l'armoire. Nous pourrions même avancer que ces savoirs d'action sont des énoncés

de types « affirmatif » qui apparaissent dans le contexte d'activités de production de représentations sur le réel, par exemple les actes de connaissance d'un objet, d'une personne, d'une situation physique et sociale. Ils peuvent être des « énoncés descriptifs : directement relatifs à un objet, savoirs factuels ou explicatifs : relatifs à des relations entre des classes d'objets, d'événements ou de situations » (Barbier, 2011, p. 15).

Enfin, les trois groupes socioprofessionnels partagent la sous-catégorie « des changements de marché » qui désorganise le rangement de l'armoire à pharmacie « *Après nous, les médicaments changent souvent et je pense qu'il y a aussi, prévoir un temps par exemple pour une infirmière de réorganiser l'armoire à pharmacie, on ne prend pas souvent le temps, sinon c'est sur des fermetures (de lit), mais c'est une fois tous les… je pense aussi que c'est souvent une perte de temps qui est de réorganiser toute une armoire, pour déplacer toutes les étiquettes, etc. »* (soignant, entretien t0, GT 2), « *En fait, ça se passe pareil pour la procédure, parce que nous la procédure, on range par voie d'administration et par ordre alphabétique, ce qui pose problème c'est quand il y a les changements de marché »* (expert, entretien t0, GT 2).

Nous pouvons identifier que ces quatre sous-catégories évoquées par les acteurs du groupe de travail (2) identifient dans l'activité de gestion des armoires à pharmacie un rôle déterminant à l'environnement. L'analyse de cette activité permet de comprendre les contraintes du terrain et les normes des experts. La co-élaboration des énoncés favorise la mise en relation des savoirs théoriques/travail prescrit des experts et les savoirs d'action/travail réel des utilisateurs de l'armoire à pharmacie. Cette description fine de la situation peut favoriser l'élaboration d'énoncés hybrides au travers d'une forme de renormalisation partagée entre experts et soignants. L'identification des contraintes lors des entretiens t0 a permis dans un deuxième temps de travailler ces éléments en *focus group* ou en groupe de travail (Annexe 20).

Comme pour le groupe 1, nous avons confronté ces éléments à des savoirs en sciences de l'Éducation et de la formation afin de contribuer à leurs montées en généralité. Par exemple, nous empruntons le terme de renormalisation aux travaux de Schwartz (2004). Il définit l'activité humaine comme un lieu de débat de normes. Il distingue les « normes antécédentes » : « leurs propres normes sociales auxquelles ils sont confrontés et que nous appelons normes antécédentes, car anticipant l'activité à venir avant même que la personne ait commencé à agir » (Efros & Schwartz, 2009, p. 39). Ils décrivent ces normes comme « concrètement les prescriptions, procédures, contraintes, relations d'autorités et de pouvoir, mais aussi de façon plus diluée et plus distante les savoirs scientifiques, techniques, les règles juridiques, les expériences capitalisées, l'histoire et les rapports sociaux » (Efros & Schwartz, 2009, p. 39). Ils explicitent que les hommes peuvent exercer alors des résistances pour reconfigurer leur propre milieu de vie. Ainsi, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel est universel. L'individu dans l'activité va donc procéder à des renormalisations (Efros & Schwartz, 2009). Ces renormalisations sont des formes de réappropriations actives et des transgressions : « transgresser sera donc produire d'une autre façon que celle qui avait été ordonnée développer une activité qui sera en partie non conforme aux règles inscrites dans les normes antécédentes, remettre en causes les valeurs, la légitimité et la rationalité encadrant les activités » (Efros & Schwartz, 2009, p. 40). Les raisons de telle infraction sont de « faire face au travail du mieux possible par rapport à ce qu'on me demande et ce que ça me demande » (Efros & Schwartz,

2009, p. 41). Ils constatent également que certaines renormalisations peuvent comporter de gros risques.

La Haute Autorité de santé (2022c, 2023b) évoque pour améliorer l'impact des recommandations de penser leurs élaborations à partir de ce qu'elle nomme la « culture utilisateur ». En s'intéressant aux attentes, aux besoins, aux pratiques des utilisateurs, et aux déterminants, elle pense pouvoir favoriser l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques : « Les enseignements des sciences humaines, sociales et comportementales, permettent de mieux comprendre les comportements et de mieux appréhender les mécanismes de prise de décision dans leurs contextes. » (HAS, 2023b, p. 6).

Nous retiendrons que les professionnels de santé identifient dans l'écart de pratiques différents facteurs pour les deux situations d'ingénierie de formation dont ils sont responsables. Ces savoirs sont formulés sous la forme d'énoncés socialement valorisés associés à des représentations sur le monde. Leur reconnaissance sociale permet de les valoriser. Les échanges des professionnels de santé sur ces facteurs mettent en tension les enjeux de validité et d'efficacité des savoirs objectivés formulés. En ce qui concerne cette phase d'analyse des écarts de pratiques, nous identifions que les savoirs sont préférentiellement des énoncés affirmatifs de type descriptif de la situation, c'est-à-dire directement relatif à l'objet, ou de type explicatif relatif à des relations entre une classe d'objets et une situation (Barbier & Galatanu, 2004). Ces facteurs contribuent au diagnostic de la situation et permettent d'identifier des éléments à analyser pour l'ingénierie de formation amenant à l'interrogation suivante : quel dispositif co-construit mettre en place pour sécuriser l'administration médicamenteuse chez le nouvel-arrivant, ou le rangement des armoires à pharmacie ?

2.2 Les savoirs des professionnels sur la stratégie : les dispositifs

Nous avons interrogé les acteurs des groupes de travail sur la notion de dispositifs et la façon dont ils s'y prennent pour élaborer un dispositif de formation. L'objectif était d'identifier les savoirs professionnels des acteurs concernant les dispositifs de formation en particulier sur le processus fondamental (intention, effet, expériences recherchées), mais également sur le processus opérationnel, c'est-à-dire la façon dont il mène une ingénierie de formation. Nous nous sommes appuyés sur les interrogations suivantes :

- *À partir de votre expérience, pourriez-vous me décrire la façon dont vous vous y prenez pour construire une formation ?* a. *Quelle est votre démarche ? b. Quelles sont les étapes clefs ? c. À partir de quels outils construisez-vous une formation ?*
- *Quand vous concevez une formation quels types de difficultés rencontrez-vous le plus souvent ? a. Ces difficultés, sont-elles selon vous en lien avec le contenu de la formation ? Les apprenants ? Le formateur ?*
- *Pourriez-vous me dire quand vous concevez un dispositif de formation qu'est ce qui est vraiment important pour vous ?*

Les savoirs professionnels que nous avons recueillis par ces interrogations nous ont permis de finaliser la phase d'élaboration des objectifs, mais également de déterminer les référents nécessaires à l'élaboration des référentiels. Les énoncés formulés lors des entretiens t0 ont été

proposés en *focus groups.* Le choix du type de dispositif de formation a été effectué par rapport aux résultats de l'enquête auprès des nouveaux-arrivants (simulation, analyse de pratiques, échange entre pairs).

2.2.1 Une ingénierie de formation anthropocentrée

Pour rappel, un dispositif de formation est constitué d'un processus fondamental et d'un processus opérationnel (chapitre 4). Le processus fondamental est composé des intentions, des expériences et des effets du dispositif. Dans la première phase du processus opérationnel que nous avons décrit (figure 13, p.114, chapitre 4), l'analyse systémique de l'environnement, du contexte et des acteurs amène à l'identification des besoins et à la formulation des objectifs décrivant les intentions du dispositif.

Lorsque nous interrogeons les acteurs du groupe de travail sur leur façon de construire un dispositif de formation (Annexe 24), nous remarquons que le point de départ, quel que soit leur groupe socioprofessionnel d'appartenance est la notion de besoin (la catégorie est intitulée « identification du besoin ») : « *Après, comment je m'y prendrai pour faire une formation, c'est sûr qu'il faut… Déjà, il faut trouver le besoin, quel est le besoin ? Qu'est-ce que moi, je vais apporter face à ce besoin ? Quels sont les éléments que je dois rechercher par rapport à mon besoin ? »* (soignant, entretien t0, GT 1). La formation est donc identifiée comme un élément pouvant répondre à un besoin.

Nous identifions dans les discours des professionnels qu'elle peut être associée à quatre termes différents : manque, attente, dysfonctionnement et demande comme décrit par Ardouin (2017).

Catégorie	Sous catégorie	gpe	*Verbatim*
Identification d'un besoin	Besoin		*Déjà, il faut trouver le besoin, quel est le besoin ? Qu'est-ce que moi, je vais apporter face à ce besoin ? Quels sont les éléments que je dois rechercher par rapport à mon besoin ?* (soignant, t0,).
	Dysfonctionnement		*En général, moi, je pars d'un, d'un problème, si je pars à l'échelle de mon unité, j'ai une verbalisation d'une difficulté sur un problème de connaissances, sur des pathologies ou sur des outils* (encadrant, t0).
	Manque		*Si on a un petit fascicule qui a été un petit peu travaillé par les apprentis ou par des nouveaux-arrivants qu'ils ont appelés « manuel de survie à la pharmacie », donc ça été fait sur ça, ça a été fait par, une préparatrice avec des nouveaux-arrivants voilà, parce qu'il n'y avait rien* (expert, t0).
	Attente		*Déjà, c'est vraiment par rapport aux besoins et aux attentes des personnes à qui le problème est posé. Moi, je recueille souvent, quand il y a un problème particulier avec un étudiant ou quoi je cherche d'abord à savoir vraiment quelles sont les attentes ? Quels sont les besoins ? Où sont les problèmes ?* (soignant, t0).
	Demande		*Comment je m'y prends, je pars d'un constat ou d'un état des lieux, voilà, par exemple l'atelier urgence là que j'ai construit, je suis parti d'une demande de terrain […]* (soignant, t0).

Tableau 34 : Première étape de l'ingénierie de formation groupe de travail 1 (Hédacq, 2023)

La notion de dysfonctionnement est verbalisée par les groupes socioprofessionnels des encadrants et des soignants. L'utilisation de ce terme fait référence à la notion de besoin exprimée par Le Boterf (1990), c'est-à-dire l'écart de pratiques, mais à ce stade nous remarquons que les objectifs de formation ne sont pas encore identifiés « *En fonction des besoins et justement des erreurs qui ont été constatées sur le terrain »* (soignant, entretien t0, GT 1). Le besoin est également identifié comme un manque : « *on a un petit fascicule qui a été un petit peu travaillé par les apprentis ou par des nouveaux-arrivants qu'ils ont appelés « manuel de survie à la pharmacie », donc ça été fait sur ça, ça a été fait par L., une préparatrice avec des nouveaux-arrivants voilà, parce qu'il n'y avait rien »* (expert, entretien t0, GT 1). Mais aussi il peut être une attente : « *Déjà, c'est vraiment par rapport aux besoins et aux attentes des personnes à qui le problème est posé. Moi, je recueille souvent, quand il y a un problème particulier avec un étudiant ou quoi je cherche d'abord à savoir vraiment quelles sont les attentes ? Quels sont les besoins ? Où sont les problèmes ? »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Enfin, nous identifions qu'il peut exprimer une demande : *« Comment je m'y prends, je pars d'un constat ou d'un état des lieux, voilà, par exemple l'atelier urgence là que j'ai construit, je suis parti d'une demande de terrain »* (encadrant, entretien t0, GT1). Nous retiendrons comme le souligne Ardouin (2017) que :

> L'expression des besoins s'inscrit toujours dans une réalité professionnelle particulière et sa transcription en objectifs de formation, puis en formation, correspond à une construction sociale, dans le sens d'une transaction ou d'un résultat contingent, c'est-à-dire « de la moins mauvaise solution possible » pour chacun des différents acteurs (Ardouin, 2017, p. 82).

La deuxième étape que les acteurs évoquent dans l'ingénierie de formation est une étape que nous avons nommée : « penser le dispositif à partir des usagers ». Nous notons cinq sous-catégories la décrivant comme suit :

Catégorie	Sous catégorie	gpe	*Verbatim*
Penser le dispositif à partir des usagers	Rechercher des solutions		*On part d'un besoin, on définit des objectifs de la formation, qu'on veut mettre en œuvre, ensuite, on réfléchit au déroulé, à la forme, à la forme de la formation qu'on veut mettre en œuvre, puis on le teste, on le rectifie, puis après, on le met en œuvre avec une évaluation des formés* (encadrant, t0)
	S'interroger sur la motivation des apprenants		*Et après, je rajouterai la motivation des apprenants, c'est quand même aussi important. Il faut se dire que si les apprenants n'ont pas cette motivation d'apprendre, ça sera difficile d'arriver à leur faire assimiler, certainement, et donc c'est toujours pareil, ça aussi, c'est un élément important qu'il faut prendre en compte* (soignant, t0)
	Penser le dispositif comme facile d'utilisation et attractif		*Mais après, avant de faire un geste pour lequel on a le temps, il faut qu'il y ait une facilité d'accès à l'information, notamment par l'outil informatique et l'important, ce n'est pas qu'elles sachent, qu'elles connaissent tout par cœur, l'important c'est de savoir où trouver cette information, parce qu'on n'est pas obligé de tout connaître par cœur* (soignant, t0)
	S'appuyer sur différents types de dispositifs		*Il m'arrive de rester plus longtemps avec un nouvel-arrivant, pour lui donner des cours, je trouve que l'outil matériel parfois en lui-même ne suffit pas, il faut derrière un accompagnement humain, on travaille dans l'humain et il n'y a rien de mieux qu'aussi derrière l'accompagnement humain et l'explication avec la présence humaine derrière* (soignant, t0)
	Se mettre dans la logique du terrain/confronter au réel		*Je ne pense pas que l'e-learning fasse des miracles personnellement, alors peut-être que c'est mon âge, je suis tout à fait moi à confronter au réel, c'est un apprentissage dans le réel, c'est-à-dire en simulation, mais en simulation peut-être avec des mannequins ou avec des, mais il faut manipuler le matériel, il faut manipuler les dispositifs, pour arriver à comprendre, comment ils fonctionnent réellement* (soignant, t0)

Tableau 35 : Deuxième catégorie "penser le dispositif à partir de l'usager" (Hédacq, 2023)

Dans les discours des professionnels du groupe 1, nous avons identifié que l'étape d'ingénierie de formation se centre autour du dispositif et de sa réception par l'usager. Les acteurs pensent l'ingénierie de formation comme l'action de rechercher une solution « *Et de ça, j'en tire des conclusions, des observations et j'essaye de trouver un outil qui est le plus adapté et parfois même l'outil ne suffit pas, c'est-à-dire qu'il y a derrière à mettre en place quelque chose de plus humain que matériel donc, c'est-à-dire plus d'accompagnement et même une implication personnelle »* (soignant, entretien t0, GT1). Cette action est d'ailleurs guidée par l'utilisation de différents savoirs : « *Moi, je partirai du principe, je poserai, j'allierai mon expérience de la chose, donc sur le sujet et des références théoriques sur lesquels j'irai faire un petit peu de recherche, un petit peu beaucoup, parce qu'on ne peut pas proposer une formation si on n'est pas sûr de la base théorique. Créer un outil, c'est très important, mais on ne peut pas créer un outil avec du vent quoi, donc il faut partir avec un savoir théorique vraiment fort et solide, donc la théorie, la recherche, l'expérience qui peut être un peu du théorique, mais surtout qui va être du comment l'exploiter »* (soignant, entretien t0, GT1).

Un soignant relève la nécessité de penser à la motivation des apprenants élément clef du concept d'andragogie : « Et *après, je rajouterai la motivation des apprenants, c'est quand même aussi important. Il faut se dire que si les apprenants n'ont pas cette motivation d'apprendre ça sera*

difficile d'arriver à leur faire assimiler, certainement, et donc c'est toujours pareil, ça aussi, c'est un élément important qu'il faut prendre en compte » (soignant, entretien t0, GT 1). Le dispositif de formation doit être facile d'utilisation et attractif « *facile d'utilisation* » (soignant entretien t0, GT1), « *facilité d'accès à l'information* » (soignant, entretien t0, GT1), « *adapté* » (expert, entretien t0, GT1).

Les acteurs se soucient des aspects de réception autant que des aspects de production. Ils évoquent ainsi deux types de dispositifs (Audran, 2010). Dans un premier temps, nous identifions des dispositifs instrumentaux : « *après comment je m'y prendrai, je trouverais un outil,* […] *par exemple moi j'aime bien, alors c'est vrai que c'est plus du théorique mais j'ai toujours dans ma poche l'ampoulier du service des urgences où on a tous nos médicaments, qu'on utilise le plus, avec la dilution, pourquoi c'est fait, quels sont les effets indésirables, comment ça se fait »* (soignant, entretien t0, GT1). Ce type de dispositif guide la pratique d'administration, mais également joue un rôle de réassurance pour le professionnel de santé « *C'est quatre petites pages, toutes petites, plastifiées, que j'ai dans ma poche mais qu'est-ce que ça me rassure, qu'est-ce que ça m'a servi et ça je me dis par exemple et je n'arrête pas de le dire à tous ceux qui arrivent dans mon service, fait toi ça, parce que ça, ce n'est pas l'encadrement qui le propose, il nous propose des plaquettes avec les numéros de téléphone, mais par contre, et ça mets-toi le dans ta poche ça va te servir tout le temps et ça va te sortir de situation où tu es en panique, il faut se dépêcher, il faut faire le truc, non là tu là dans ta poche, tu le prends, tu regardes et c'est fait moi déjà je me dis que ça, c'est une première approche »* (soignant, entretien t0, GT1).

Dans un deuxième temps, nous identifions des dispositifs situés : ces dispositifs situés sont définis par Audran (2010) comme « fortement dépendants d'un contexte, des savoirs en jeu, des objectifs poursuivis par l'enseignant ou l'adulte, de son « public » ; servant des stratégies dépendant en somme de diverses situations antérieures » (Audran, 2010, p.46). Ils peuvent être « écrits » ou « joués ». Dans la situation qui nous préoccupe, les professionnels décrivent des dispositifs de type atelier de simulation, c'est-à-dire qu'ils ont pour objectif de confronter le professionnel à des situations spécifiques de son activité par des séquences prédéfinies. Ces dispositifs prennent la forme d'atelier « *c'était vraiment une heure avec le mannequin, j'allais, j'ai été appelé par les collègues, il me disait tu peux venir à 14 heures, je prenais l'équipe du matin, deux infirmières deux aides-soignantes et je le faisais en direct avec leur chariot et tout ça. Ça, c'était simple et puis c'était très apprécié de tout le monde »* (encadrant, entretien t0, GT1). Pour les acteurs, apprendre une pratique passe par la mise en situation ce qui oriente déjà vers un type de dispositifs de formation : « *je ne pense pas que le e-learning fasse des miracles personnellement, alors peut-être que c'est mon âge, je suis tout à fait moi à confronter au réel, c'est un apprentissage dans le réel, c'est-à-dire en simulation, mais en simulation peut-être avec des mannequins ou avec des, mais il faut manipuler le matériel, il faut manipuler les dispositifs, pour arriver à comprendre, comment ils fonctionnent réellement »* (encadrant, t0, GT1).

L'intention des acteurs pour le dispositif de formation qui semble se dégager dans les énoncés se rapproche d'une « intention en tension entre normalisation et émancipation ». Les acteurs du groupe de travail (1) accordent une importance aux usagers au travers de l'identification du besoin et de la réponse à y apporter. Le dispositif de formation semble être pensé autour des conditions de sa réception.

Ces éléments sont confirmés par les réponses à la question concernant les éléments importants pour les acteurs dans la caractérisation d'un dispositif (Annexe 25). Pour les acteurs, les dimensions importantes du dispositif sont :

- Le sujet et le support utilisé (4) : « *Déjà le sujet, que le sujet soit pertinent, il faut qu'il y ait, enfin, oui que le support de formation soit varié* » (encadrant, t0, GT1) ;
- Un dispositif qui donne envie (2) : « *Le dispositif que je crée, je considérerai qu'il est bien, si je me dis « ah j'aurais bien aimé l'avoir* » (soignant, t0, GT 1) ;
- Un dispositif adapté/utile/clair (5) : « *en tout cas et que ce soit vraiment adapté au terrain que ce soit pratique, que ça parle directement aux soignants, que ça ne soit pas un truc théorique »* (expert, entretien t0, GT 1) ;
- Un dispositif efficace (5) : *« la troisième chose, c'est le résultat, si ça marche à la fin, c'est-à-dire le premier avis de la première réception à chaud et après comment vous avez trouvé ça ? Est-ce que ça vous apporte quelque chose ? Et au moins comment vous vous sentez ? Et après dans six mois, je n'en sais rien, alors on en est où ? Alors cette fois-ci, j'ai fait ça, ça, ça, ça m'a permis d'éviter ça, ça, ça et je pense que si là, on a toute, on a toute la chaîne de tout ça qui est assemblée correctement, je pense qu'on aura réussi l'objectif »* (soignant, entretien t0, GT1).

Si nous confrontons ces énoncés à des savoirs scientifiques, le dispositif de formation est un ensemble identifié par les acteurs comme un instrument au sens de Rabardel (1995) : « une entité mixte qui inclut deux composantes : l'objet technique ou artefact - matériel ou symbolique - et le schème (ou les schèmes) d'utilisation associé (s), construit (s) par le sujet ou résultant de l'intériorisation de procédures élaborées par d'autres » (Rabardel, 1995, p.6). Les énoncés formulés par les acteurs sont comme pour l'écart de pratiques des énoncés descriptifs et explicatifs.

2.2.2 Une procédure co-élaborée

Les acteurs du groupe de travail (2) qui s'intéresse à la procédure du rangement des armoires à pharmacie explicitent que pour la construction d'une procédure ils partent également de l'identification d'un besoin (attente, demande, dysfonctionnement), quel que soit leur groupe socioprofessionnel (Annexe 26). Nous retrouvons la notion de dysfonctionnement « *Il y avait une problématique à la base tout le monde ne faisait pas pareil et il y avait des erreurs donc du coup on a essayé… »* (expert, entretien t0, GT2). Mais aussi celle d'attente « *pour voilà leur dire qu'on était en train de travailler sur ça, qu'il fallait vraiment qu'ils s'impliquent et qu'ils me fassent leur retour pour qu'en fait on fasse en sorte que ça soit le plus commode possible pour tout le monde »* (encadrant, t0, GT2) ou de demande « *Je pars de ce que je veux, de la cible à atteindre… puis j'essaye de détricoter »* (expert, entretien t0, GT2).

Dans un deuxième temps, nous identifions une catégorie que nous avons nommée : « coconstruire la procédure ». Nous identifions que les acteurs décrivent leurs pratiques d'élaboration d'une procédure comme un temps de participation de l'ensemble des acteurs concernés par le sujet (sous-catégorie « faire participer l'ensemble des acteurs »). Les acteurs s'appuient sur les savoirs des différents corps professionnels pour l'identification du contenu de la procédure « *même si c'est moi qui la fais, je suis peut-être la cadre, mais tout le monde la valide et tout le monde me fait les corrections. Pour moi, c'est un travail d'équipe, et pour moi, qui dis un travail d'équipe, c'est que tout le monde peut mettre la pierre à l'édifice, on a tous des connaissances différentes, une expertise différente »* (encadrant, entretien t0, GT2). La participation des acteurs à la rédaction de la procédure rend efficace sa mise en œuvre : « *Je prends l'avis des différents acteurs, ce qui est important, on n'écrit jamais une organisation, une procédure dans son coin, sinon ça ne peut pas marcher, donc effectivement le groupe de travail, c'est un bon outil, pour moi, pour écrire une procédure et une organisation, donc, pour moi, ça fait partie d'un outil »* (encadrant, entretien t0, GT2). Cela permet l'appropriation des recommandations *« je pense que des fois, de s'en tenir stricto sensu aux recommandations et de faire un copier-coller ça ne fonctionne pas, il faut que l'équipe s'approprie en fait l'outil et ça passe aussi par, par ce travail de réflexion qui vienne d'eux même »* (encadrant, entretien t0, GT2).

Enfin, les acteurs accordent une importance au support en particulier à son contenu (deuxième sous-catégorie). Il doit s'appuyer sur la réglementation et sur les pratiques des soignants « *donc il faut toujours réunir la théorie d'un côté et la pratique de l'autre pour arriver à faire un outil qui soit fonctionnel, ou une procédure ou un raisonnement quelque chose élaboré en fait une co-construction, une construction de savoirs qui soit opérationnelle, parce que moi je reviens vraiment beaucoup là-dessus, ce qui n'est pas opérationnel n'est pas pratique donc, et des fois il faut savoir lâcher sur certaines choses pour aller plus loin après »* (encadrant, entretien t0, GT2). La procédure doit pouvoir guider les acteurs dans leurs pratiques « *J'essaye de créer, de leur faire un déroulé, sur lequel ils puissent s'appuyer quand ils ont un truc à faire, et qu'ils n'ont pas l'habitude de faire, pour pouvoir le dérouler quoi »* (soignant, entretien t0, GT2).

Nous pouvons remarquer que dans le tableau d'analyse le groupe socioprofessionnel des soignants est peu représenté pour la partie élaboration de la procédure (4). Lorsque nous avons abordé la question de la construction de la procédure, nous identifions que deux acteurs (sur cinq) ne l'ont jamais fait, un évoque la construction d'un guide pour les nouveaux-arrivants, et deux l'ont déjà expérimenté. Ces résultats sont synthétisés dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Sous-catégorie	gpe	*Verbatim*
Co-construire la procédure	Faire participer l'ensemble des acteurs		*Je prends l'avis des différents acteurs, ce qui est important, on n'écrit jamais une organisation, une procédure dans son coin, sinon ça ne peut pas marcher, donc effectivement le groupe de travail, c'est un bon outil, pour moi, pour écrire une procédure et une organisation, donc, pour moi, ça fait partie d'un outil* (encadrant, t0)
	Penser le support /le contenu /le référentiel		*J'essaye de créer, de leur faire un déroulé, sur lequel ils puissent s'appuyer quand ils ont un truc à faire, et qu'ils n'ont pas l'habitude de faire, pour pouvoir le dérouler quoi* (soignant, t0)

Tableau 36 : Deuxième catégorie « co-construire la procédure » (Hédacq, 2023)

Dans les éléments importants pour les acteurs dans la construction d'une procédure (Annexe 27), nous identifions qu'ils s'intéressent :

- Au support qui doit être clair et adapté : « *Que ça ne soit pas trop long, clair, mais clair vous voyez comme je vous disais tout à l'heure, il faut se mettre à la comment dire à la portée des gens, si on part dans des discours et des mots compliqués, les gens ils vont vite lâcher, parce que moi la première voyez, et après il ne faut pas que ça soit, il faut que ça soit court, concis, clair, pratique »* (soignant, entretien t0, GT2) ;
- Aux résultats sur les pratiques : « *C'est qu'elle aboutisse, parce que c'est l'objectif principal en fait, qu'elle aboutisse, qu'elle soit applicable* » (encadrant, entretien t0, GT2) ;
- À la façon de la construire : « *D'impliquer l'équipe dès le départ… c'est primordial… puisque de toute façon… je ne peux pas le leur imposer… quoi que ce soit puisque ça sera refusé systématiquement donc par contre s'ils sont impliqués c'est eux qui l'auront construite, c'est beaucoup plus difficile pour eux d'aller démonter leur propre travail… »* (encadrant, entretien t0, Gt2)
- Au respect du réglementaire : « *C'est essayer de rester dans la réglementation, mais essayer du coup de voir toutes les contraintes que les services ont et de rester toujours dans cette contrainte réglementaire* » (expert, entretien, GT2)
- À l'identification du besoin : « *C'est le recueil du point de vue et des problématiques avant de pouvoir rédiger la procédure* » (expert, entretien t0, GT2)

Concernant la stratégie, c'est-à-dire l'élaboration des dispositifs de formation, nous retiendrons que les professionnels de santé (GT1 et GT2) formulent des savoirs objectivés de type opératifs, c'est-à-dire concernant la production d'action ayant pour objet la transformation du réel (Barbier & Galatanu, 2004). Notons que « le travail de formalisation des pratiques suppose une distanciation et produit des énoncés qui correspondent à une réalité extérieure, communicable et transmissible » (Boucenna & Charlier, 2012 p.35). Par notre accompagnement des groupes de travail dans une pratique d'ingénierie de formation, nous incitons les acteurs à formuler leurs savoirs d'actions. Nous nous appuyons sur des « activités mentales spécifiques à la situation ayant pour résultat la production de nouvelles représentations ou de nouveaux énoncés relatifs aux résultats de l'action, à la séquence d'opérations permettant d'y parvenir et aux matériaux de ces opérations » (Barbier, 2011, p. 16). Pour les acteurs, les dispositifs de formation sont centrés sur les usagers et en particulier sur les conditions nécessaires à la réception et l'appropriation. Le dispositif de formation doit être utile, clair, adapté, facile d'utilisation pour pouvoir répondre aux besoins des professionnels de santé et être efficace sur le terrain.

2.3 Les savoirs des professionnels sur les « produits » : compétences, pratiques professionnelles

Pour rappel, l'ingénierie de formation dans la situation que nous étudions s'intéresse à deux « produits » différents : les pratiques professionnelles d'administration médicamenteuse et celles de gestion de l'armoire à pharmacie et les compétences des professionnels de santé pour mettre en œuvre ces deux pratiques. Le dispositif de formation des nouveaux-arrivants vise le développement de compétences des jeunes professionnels pour sécuriser la pratique professionnelle de l'administration médicamenteuse. La procédure de gestion des armoires à pharmacie est un dispositif de diffusion du savoir sous forme d'énoncés relatifs aux bonnes pratiques de gestion des armoires. Nous avons interrogé les acteurs des deux groupes de travail sur les produits visés par l'ingénierie de formation dans l'objectif d'identifier leurs savoirs d'actions sur les produits.

2.3.1 L'expérience et les compétences chez le nouvel-arrivant

Nous avons interrogé les acteurs du groupe 1 sur la définition de la compétence et les façons de développer les compétences des nouveaux-arrivants ainsi que sur leurs définitions de la pratique professionnelle et de son acquisition (Annexe 28). Pour les acteurs du groupe de travail et en particulier les encadrants et les soignants[165], la définition de la compétence se rapproche de celle de Le Boterf (1990)[166]. Pour les acteurs, la compétence est un mix de savoirs théoriques, savoir-faire et expérience : « *C'est une association de connaissances, de pratiques, du coup, et*

[165] Nous rappelons que les encadrants sont des infirmiers qui sont devenus des cadres de santé ou des cadres supérieurs de santé.
[166] La définition de la compétence pour le Boterf (1990) est un mix de « savoirs, savoir-faire et savoir-être ».

pour que ça s'ancre, pour que, on va augmenter les connaissances de la personne que ça soit sur du savoir et sur de la pratique dans le but qu'elle puisse créer les mécanismes qui lui permettront après, d'avoir développé la compétence attendue » (encadrant, entretien, t0, GT1). Pour les acteurs verbalisant ces énoncés l'expérience est indissociable du développement de la compétence. Pour eux, les nouveaux-arrivants vont être confrontés à des situations complexes et c'est cette confrontation qui va leur permettre de développer des compétences : « *on ne peut pas développer sa compétence uniquement sur cette formation- là, il va falloir qu'il y ait de la répétition et de l'ancrage pour qu'elles puissent après l'automatiser. Et donc, voilà moi, je ne peux pas différencier le développement de compétences de l'expérience »* (encadrant, entretien, t0, GT1). Pour favoriser le développement de compétences, un acteur souligne l'apport de savoir humain faisant référence à une vision de l'accompagnement proche du compagnonnage et un apprentissage basé sur une relation d'individu à individu : *« c'est un apport de savoir humain, un apport de savoirs théoriques, un apport de savoirs pratique et pour moi les trois sont liés et ne peuvent pas être distingués ou mis à l'écart on ne peut pas faire, voilà, pour moi développer une compétence, c'est vraiment apporter à la personne tout ce qui est de savoir, savoir-faire, savoir-être et pour lui donner les chances de pouvoir pratiquer son métier en ayant la compétence acquise aux trois niveaux »* (soignant, entretien t0, GT1).

Pour l'ensemble des groupes socioprofessionnels, le développement des compétences s'est faire grandir pour atteindre une réflexivité : « *Moi, je dirai faire grandir, les faire grandir* » (soignant, entretien t0, GT1), « *c'est ouvrir, ouvrir sa réflexion, multiplier le, comment dire, multiplier le, les angles de réflexion, sur, sur des sujets* » (soignant, entretien t0, GT1). Cela permet au professionnel d'être plus à l'aise : « *Le développement de compétences, moi, je dirais, c'est acquérir, donc du coup, c'est, que ça donne la possibilité d'acquérir davantage de connaissances, de pratiques, du coup, la personne se sente un peu plus à l'aise, dans sa pratique au quotidien »* (encadrant, entretien t0, GT1). Les compétences participent également à l'épanouissement personnel « *Développer des compétences, moi, je pars du principe, que c'est pour personnellement, pour le patient, dans l'intérêt du patient pour éviter les erreurs, et ensuite, oui pour un épanouissement personnel, après tout le monde ne fonctionne pas en fonction du développement des compétences qu'on fait, en tout cas, moi, je prêche pour l'épanouissement au travail, donc c'est vrai que j'essaye de voir, comment je peux développer au maximum. Ils vont être plus épanouis, plus efficaces, moins dangereux, oui, je le vois plus comme un renforcement positif »* (encadrant, entretien t0, GT1).

Pour développer les compétences, les acteurs soulignent qu'il faut :

- Mettre en lien des savoirs, de la pratique et de l'expérience : *« Par exemple, là dans mon service, faut qu'elles développent des connaissances sur les pathologies, donc tant qu'elles ne le font pas, qu'elles ne le comprennent pas, ça ne donne pas de sens* […]*et ensuite, il y a l'entraînement pratique. Si on veut être capable de vérifier, s'il y a une prescription qui est bonne, il faut avoir compris pourquoi, et connaître la règle, la norme, et ça, elles le sauront au fur et à mesure de leurs expériences, au quotidien et en questionnant aussi les personnes ressources comme les médecins par exemple* » (encadrant, entretien t0, GT1).

- S'appuyer sur la formation : « *Les formations aussi, je trouve ça très bien, surtout les simulations, dans le service, on en fait assez souvent, la simulation* […] *X. disait « jamais la première fois sur le patient », c'est utopique, mais en vrai, c'est l'idéal quoi, et toutes les simulations qu'on fait le fait d'être en action, ça permet vraiment d'acquérir des connaissances, d'acquérir des réflexes, de faire les erreurs et de ne pas les faire sur le patient du coup »* (soignant, entretien t0, GT 1).
- Utiliser l'évaluation de type régulation : « *L'évaluation, permet d'ajuster les apports sans que ce soit quelque chose pour juger, mais c'est vraiment pour améliorer ce qu'il y a à améliorer, à mon avis il faut une évaluation pour avoir un état des lieux pour savoir sur quoi il va falloir travailler et on pourra comme ça atteindre nos objectifs, sans évaluation pour moi on ne peut pas avancer* » (soignant, entretien t0, GT 1).
- Mobiliser la motivation ou la remise en question : « *Et la remise en question, je pense personnelle, professionnelle, je pense que c'est important parce que nous aussi, on revient sur une erreur qu'on a faite, on cherche à savoir pourquoi on l'a faite et comment on aurait pu l'éviter et surtout à ne pas que ça se repasse forcément, on va augmenter et développer nos compétences, on va développer tout ça donc, être capable aussi de prendre du recul sur sa pratique pour l'améliorer je pense que ça, c'est un des vecteurs pour augmenter, développer ses compétences* » (soignant, entretien t0, GT 1).
- Favoriser l'échange avec les autres : *« Je pense le retour, le partage d'expérience entre les gens, je pense que c'est, « à toi, tu fais comme ça, moi je fais comme ça et pourquoi toi tu fais comme ça ? Parce que tu sais ça, c'est ça, ah ouais », et là de suite quand on fait les liens, ça permet d'augmenter ses compétences, de les développer* » (soignant, entretien t0, GT 1).

Pour développer les compétences, les acteurs identifient différents types de modalités d'apprentissage. Nous notons l'évaluation pour situer les compétences des nouveaux-arrivants, la formation pour les savoirs transmis (en particulier des dispositifs situés), des dispositifs basés sur l'échange ou la simulation en santé pour pratiquer et se confronter aux situations difficiles. Pour développer les compétences, l'apprenant doit être motivé et capable de se remettre en question comme dans des dispositifs d'analyse de pratiques. Notons que les savoirs mobilisés par les acteurs pour décrire les produits sont de types affirmatifs, qu'ils utilisent dans ce cas des énoncés descriptifs, ou explicatifs. Nous identifions également dans les discours des acteurs des savoirs de types opératifs. Pour les acteurs interrogés, l'expérience visée par le dispositif de formation est plus particulièrement active. Les effets attendus concernent un effet de modelage par le développement des compétences et la sécurisation des pratiques, mais d'autres effets possibles sont identifiés comme la gestion du stress, l'autonomie de l'apprenant.

2.3.2 Les pratiques professionnelles : définition des acteurs

Nous avons interrogé les acteurs des deux groupes de travail sur leurs définitions du terme « pratique professionnelle » et sur le « développement des pratiques ». Nous avons synthétisé les résultats dans deux tableaux (Annexe 29).

Pour le groupe de travail (1) (Annexe 29), le terme pratique professionnelle est défini selon les quatre processeurs de Marcel (2014b). Nous identifions :

- Le processeur praxique, « celui des gestes, des comportements et des discours en situation » (Marcel, 2014b, p. 86) : « *La pratique professionnelle, c'est vaste…C'est les actions…C'est les actions, qui sont mises en œuvre dans le cadre de sa profession* » (encadrant, entretien t0, GT1) ;
- Le processeur épistémologique, « celui des connaissances et des savoirs, ceux de l'enseignant (académiques, professionnels, expérientiels), mais aussi celui des savoirs mis en jeu dans les situations d'enseignement » (Marcel, 2014b, p. 86) : « *Après, dans la pratique professionnelle, on est aussi avec une base de références réglementaires, des connaissances, hygiène, qualité, sécurité, donc on a toujours un socle théorique au final »* (encadrant, entretien t0, GT1) ;
- Le processeur ontologique, « celui du sujet […] avec toute l'épaisseur de ses origines, de son histoire personnelle et professionnelle, de sa culture, de ses valeurs : « *Parce que déjà chaque professionnel a sa pratique au final, c'est une notion d'identité professionnelle, chacun dans son parcours a développé sa pratique »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Nous relevons que pour les acteurs du groupe 1 le processeur environnemental « avec ces différents niveaux : spatiaux, temporels, matériels, sociaux, organisationnels, institutionnels, culturels, historiques, symboliques » (Marcel, 2014b, p. 86) n'est pas évoqué.

Pour les acteurs du groupe de travail (2) à l'inverse, nous notons l'importance de la mention du processeur environnemental dans la description des pratiques des professionnels concernant le rangement des armoires à pharmacie. Plus particulièrement, ce processeur est identifié dans les éléments importants pour les acteurs pour le rangement des armoires à pharmacie (Annexe 29). L'ensemble des acteurs expert, encadrant ou soignant, soulignent l'importance de ce processeur. Nous notons que pour les professionnels de santé ce qui est important c'est :

- Que le rangement soit clair « *quand moi, j'ai rangé la pharmacie, ils étaient très contents, parce que c'était clair »* (soignant, entretien t0, GT 2)
- Facile d'utilisation : « *La facilité, il faut que ce soit facile, il faut en fait, il ne faut pas chercher, je pense que là, selon chacun se, chacun se l'accommode comme il le souhaite et par, il faut que ça soit, je ne sais pas, si la sécurité est importante pour eux, je pense que oui, oui, mais je pense que pour eux, c'est une méthode de rangement, ils ont chacun leur méthode, chaque service peut avoir sa méthode, mais parce qu'en fait c'est selon la spécialité »* (encadrant, entretien t0, GT 2)
- Avec des repères simples « *Le classement je pense que c'est très important que ce soit fixe, et que ça ne bouge pas, vous voyez par exemple c'est des détails, mais nous on avait mis que les trois premières lettres au niveau du rangement et bien finalement je pense qu'il préfère avoir des noms complets au niveau de par exemple du premier médicament jusqu'au dernier, finalement ça les perturbe de devoir réfléchir dans quelle zone ils sont au niveau de l'alphabet, c'est tout ça en fait qui rajoute de la charge mentale »* (encadrant, entretien t0, GT 2)
- Accessible et conforme aux habitudes « *Il faut que ça soit accessible et que ça corresponde aux habitudes* » (soignant, entretien t0, GT 2)

Il est intéressant d'identifier que deux experts veulent avoir l'avis des soignants avant de décrire les pratiques de rangement, ils identifient à ce stade qu'ils n'ont pas les mêmes savoirs que ceux qui utilise l'armoire à pharmacie : *« c'est pour ça que je ne le perçois pas encore et ça sera au travers du groupe que je comprendrais mieux du coup les problématiques et comment ils fonctionnent* » (expert, entretien t0, GT 2), *« Et bien je n'ai pas envie de répondre, parce que je voudrais que ça soit eux qui le disent, parce que moi du coup je vais dire un truc, mais qui est peut-être à côté, je vais dire des choses, je vais donner des idées, mais qui peut être seront à côté de la plaque, du coup je n'ai pas envie de répondre… je n'ai pas envie de répondre à leur place…* » (expert, entretien t0, GT 2).

Nous retrouvons comme pour l'administration médicamenteuse le processeur ontologique « En *fait, ça va être différent, parce que dans chaque équipe, tu as des personnes qui vont être totalement différentes* » (encadrant, entretien t0, GT 2).

Nous remarquons que pour développer les pratiques de gestion des armoires à pharmacie les acteurs pensent que c'est l'expérience qui permet d'améliorer l'usage et d'identifier le rangement optimal « *C'est par l'expérience, ou par, c'est au fur et à mesure de l'utilisation, de l'utilisation »* (encadrant, entretien t0, GT 2), jusqu'à devenir une habitude « *mais peut-être par l'habitude, malheureusement, mais tu vois, ce qui fait que des fois, si tu changes quelque chose de place, ça peut, il faut faire attention à ce que l'on change de place et à quel moment quoi »* (soignant, entretien t0, GT 2).

L'importance du processeur environnemental est soulignée avec la question des moyens mis à la disposition des professionnels de santé pour ranger au mieux les armoires « *surtout, des moyens qu'on leur donne aussi, des moyens, s'ils ont l'opportunité d'avoir une grande armoire à pharmacie, avec plein de tiroirs, où ça leur permet de bien différencier, le per os, avec l'injectable, là ça va être bon, ils vont y arriver et ils vont respecter les normes et ça va convenir à tout le monde, parce que pour eux, d'eux même, ils vont se dire, on ne va pas ranger le per os avec les injectables, mais si on ne leur donne pas les moyens, qu'on leur donne une toute petite armoire, non fonctionnelle, c'est sûr qu'à ce niveau-là, avec le peu de moyens qu'on va leur donner, ils vont l'adapter, mais ils ne vont pas forcément respecter les normes, ils vont l'adapter à leur façon »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Mais également avec la question du temps dédié à cette pratique « *Déjà, d'avoir du temps, parce que là finalement, comme on le fait en plus de ce qu'on fait déjà c'est une contrainte, mais bon après, on sait très bien qu'on ne nous dégagera pas quelqu'un pour ranger la pharmacie »* (soignant, entretien t0, GT 2).

2.3.3 Une procédure qui « guide » et qui « aide » et qui contient des règles

Nous avons proposé aux acteurs de définir le terme procédure. Nous pouvons observer que cette définition alterne entre plusieurs termes (Annexe 30). Ainsi, la procédure fait référence à un :

- « Outil » : « *Pour moi, ce sont les clés, en fait, pour avoir les bonnes pratiques et dans les règles de sécurité, les règles de l'art quoi, pour moi c'est ça une procédure, c'est pour moi avoir vraiment les bonnes pratiques et avoir les clés* » (soignant, entretien t0, GT 2) ;

- « Guide/aide » : « *Alors, moi, je le vois plus comme un guide de travail, une aide pour une activité, pour une tâche* » (encadrant, entretien t0, GT 2) ;
- « Règle/aide » : « *Procédure, pour moi c'est un, alors c'est un gros mot, procédure c'est règle, c'est les règles, après quand on le réfléchi, une procédure, ça doit aider, ça doit être aidant, donc à un moment donné, c'est une règle qui aide à avoir une organisation* » (encadrant, entretien t0, GT 2)

Une procédure peut également être vécue comme une contrainte « *Pour moi ça m'évoque une contrainte, c'est une contrainte, qu'il faut s'adapter parfois sur certaines, après il faut aussi la lire [...] de la comprendre et après de la mettre en pratique, donc ça met du temps une procédure, et si personne ne la porte ou ne l'explique au départ ce n'est pas intéressant. Je trouve que ce n'est pas intéressant* » (expert, entretien t0, GT 2).

Cette vision de la procédure comme une aide, un guide alliant des règles permet de faire face aux contraintes de l'environnement. Plus le rangement de la pharmacie est pensé à partir de l'usager, plus elle sera facile d'utilisation et adaptée aux contraintes du terrain.

3) La co-élaboration des savoirs lors des *focus groups*

Après avoir présenté dans la première partie de ce chapitre les savoirs des professionnels lors de leurs engagements dans la démarche de R-I, nous allons dans ce sous-chapitre décrire les différents processus de co-élaboration des savoirs que nous avons pu identifier lors des *focus groups*. Nous avons analysé deux *focus groups* dont la thématique est identique, ils concernent la phase d'analyse des besoins. Nous avons à l'issue de cette analyse obtenu une saturation des données.

3.1 Phase d'analyse des besoins du groupe de travail 1

Nous proposons ci-dessous l'analyse de la réunion intitulée *« Besoins en formation et élaboration du questionnaire »* du groupe de travail 1 (Annexe 11). Elle fait suite à la première réunion qui a consisté à présenter le projet de R-I. Cette réunion s'est déroulée dans une salle de réunion au sein de la pharmacie du CHU. La disposition des tables et des chaises est en U de manière à favoriser l'échange avec l'ensemble des participants et de garder l'écran de projection en face des acteurs. Nous comptons 9 participants sur 11 du groupe de travail. Deux temps sont identifiés dans la réunion :

- Un temps de *focus group* sur l'analyse des besoins ;
- Un temps d'élaboration d'un questionnaire à destination des nouveaux-arrivants.

Nous observons différents processus de co-élaboration des savoirs dans les interactions des acteurs.

3.1.1 Formulation collaborative d'énoncés

Pour rappel, pour la visée praxéologique de la R-I, les acteurs engagés dans les groupes de co-élaborent des savoirs contextualisés sur une situation d'ingénierie de formation. Nous nous appuyons sur la définition de Barbier et Galatanu (2004) du savoir pour repérer dans les

interactions des acteurs des « énoncés socialement valorisés qui sont associés à des représentations ou des systèmes de représentation sur le monde et sa transformation » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42). Nous allons identifier si ces énoncés font l'objet d'une reconnaissance sociale au sein du TESS et d'un « contrôle se situant dans le registre de la validité (épistémique : vrai/faux ; pragmatique : efficace/inefficace), et considéré comme susceptible d'être investi dans des activités de pensée, de communication ou de transformation de l'environnement » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 42).

Le premier processus observé concerne la co-élaboration d'un énoncé descriptif sur la notion (définition) « d'analyse des besoins », première étape de l'ingénierie de formation. Les *focus groups* sont conduits par la doctorante et suivent un guide élaboré en amont et retracé dans une présentation (Annexe 11). Chaque début de réunion permet d'amener au groupe de travail des savoirs scientifiques en sciences de l'Éducation et de la formation. La première réunion s'est centrée sur une mise en débat de la « phase d'analyse des besoins » (Annexe 31). Il s'agit de recueillir le point de vue des acteurs sur cette phase : quelle définition associent-ils à cette phase ? Comment souhaitent-ils la mettre en œuvre ?

L'échange démarre par une interrogation formulée par la doctorante à l'ensemble des acteurs du groupe de travail (ligne 33, réunion 1, GT 1) : *comment interprétez-vous la phase d'analyse ? Qu'est-ce qui est important pour vous dans cette phase d'analyse ?* Cette question ouvre une interaction qui va entraîner le remaniement d'une proposition initiale en un énoncé indiscutable (Mondada, 2005) par des échanges entre deux acteurs. Cette interaction s'étend de la ligne 35 à 39 (réunion 1, GT 1) :

35 **Expert 1** : c'est ce qui se fait et ce qui manque et les besoins (1ere formulation)

36 **Doctorante** : c'est-à-dire qu'est-ce qui se fait qu'est-ce qui manque ? Qu'est-ce qui se fait comme ? Reprise d'un élément formulé par l'interlocuteur un

37 **Expert 1** : c'est ce qui se fait pour accueillir, c'est-à-dire l'existant et ce qui manque (2eme formulation)

38 **Doctorante :** un peu sous forme d'état des lieux ? ((Formulation d'un savoir objectivé de type énoncé descriptifs, Énoncé indiscutable)

39 **Expert 1** : oui (formes d'accord)

Figure 31 : Extrait de la ligne 35 à ligne 39, réunion 1 GT1 (Hédacq, 2023)

La première partie de l'interaction se produit entre la doctorante et un expert du groupe de travail. Elle aboutit par alternance des échanges à la formulation collaborative de la définition de la phase d'analyse des besoins qui est envisagée comme un état des lieux. Cette définition est un savoir objectivé au sens d'un énoncé associé à un système de représentation sur le monde (Barbier & Galatanu, 2004). Formulé à partir d'un énoncé de type descriptif, il est composé de deux éléments : l'existant et ce qui manque. L'observation de cette formulation collaborative retrace l'enchainement de trois éléments : une première proposition est formulée, un interlocuteur reprend un élément formulé par l'interlocuteur 1 (*ce qui se fait et ce qui manque*), ce qui amène à une deuxième proposition (*c'est ce qui se fait pour accueillir, c'est-à-dire*

l'existant et ce qui manque) pour finir par un énoncé descriptif « l'analyse *des besoins est un état des lieux ».*

Cette interaction comporte des régulateurs, des continuateurs et des évaluateurs (Mondada, 2005). Cette première interaction n'est pas très longue et s'est produite entre deux acteurs, mais nous notons qu'elle a permis d'ouvrir la réflexion sur cette phase d'état des lieux et qu'elle a favorisé la formulation collaborative d'un savoir objectivé sous forme d'énoncés opératifs en décrivant de manière plus précise l'analyse des besoins et la façon de recueillir les besoins en formation. Le début de cette deuxième interaction est marqué par la prise de parole d'un encadrant (ligne 40 à ligne 54) :

40 **Encadrant 1 :** moi ce qui me semble qui est **important** c'est d'entendre les cadres et les infirmiers, sur leur point de vue par rapport aux jeunes professionnels qui arrivent, qu'est-ce, qu'est-ce qu'eux, qu'est-ce qu'ils en pensent et vers **où doit-on aller plutôt**, parce que **c'est eux qui ont les clés**. Pour rédiger les objectifs qu'on ait ce retour-là ? Est-ce qu'ils ont le sentiment qu'il y a un besoin de formation ? Et quelle formation ? (1 ère formulation de l'état des lieux + évaluation explicite de son importance (mots en gras) et prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

45 **Expert 2 :** les encadrants ? (Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

46 **Encadrant 1 :** encadrant et infirmier, encadrant parce qu'eux, ils sont dans l'organisation des soins et infirmier parce que c'est les collègues qui travaillent avec eux… (Reprise d'un élément formulé par l'interlocuteur un)

48 **Soignant 3 :** et puis parce qu'on est passé par là… (Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

49 **Encadrant 1 :** est-ce que quand ils sont avec un jeune, et puis ils sont passés par là même si c'est un peu âgé maintenant, mais pas beaucoup, de quoi vous auriez eu besoin ? On peut revenir sur ça ? Qu'est-ce qu'il manque ? Qu'est-ce qui vous a manqué au CHU pour être à l'aise ? (Évaluation explicite de son importance)

52 **Encadrant 2 :** dans la prise de poste… (Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

53 **Doctorante** : de quoi vous auriez eu besoin ? Qu'est-ce qui a manqué ? (Énoncé opératif et Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

54 **Encadrant 3 :** qu'est-ce qui a bien marché ? Parce qu'il y a des choses qui peuvent marcher ? (Prolonger interactivement l'argumentation de l'interlocuteur précédent)

Figure 32 : Extrait de la ligne 50 à 54, réunion 1, GT1 (Hédacq, 2023)

La proposition initiale de l'encadrant (1) vient expliciter la définition de la phase d'analyse des besoins (état des lieux) en soulignant l'importance de recueillir le point de vue des cadres et des soignants sur la prise de poste et cela à deux reprises dans la même phrase : *« moi ce qui me semble important » « vers où doit-on aller plutôt, parce que c'est eux qui ont les clés ».* Ce premier énoncé est repris par un expert (2), prolonger par un soignant (3) ce qui a pour effet pour l'encadrant (1) de faire une évaluation explicite de son importance (ligne 49) « *de quoi*

vous auriez eu besoin ? On peut revenir sur ça ? ». Cet élément est appuyé de manière collaborative successivement par la doctorante et l'encadrant (3) qui viennent l'étayer.

Cette interaction entre cinq acteurs amène à la formulation d'un savoir objectivé, un énoncé indiscutable et socialement valorisé. L'état des lieux dans cette situation qui correspond à l'analyse des besoins en formation doit s'attacher à recueillir le point de vue des encadrants et des nouveaux-arrivants sur la prise de poste. En particulier, il sera question d'identifier les manques, les éléments qui ont fonctionné et les besoins des nouveaux-arrivants pour être plus à l'aise lors de la prise de poste. Notons que cette interaction a une action de valorisation du savoir des nouveaux-arrivants par sa prise en compte dans l'analyse des besoins. Nous pouvons identifier que cet énoncé est socialement valorisé par le groupe et amène à la définition suivante : « l'analyse des besoins en formation correspond à un état de lieux de l'existant et de ce qui manque. Elle s'appuie sur le recueil de ces éléments auprès de la population formée ».

3.1.2 Tester des hypothèses et les valider collectivement

Nous allons dans ce sous-chapitre décrire différentes interactions qui ont eu pour effet de valider des hypothèses (des énoncés) ou de les infirmer conduisant à la co-élaboration de différents types d'énoncés. Le début de l'interaction s'ouvre par la prise de parole de la doctorante concernant la définition du besoin en formation de Le Boterf (1990) : « *Les besoins en formation selon un auteur expriment « l'écart de connaissances ou de compétences entre le profil professionnel requis et le profil professionnel réel. Comment interprétez-vous cet écart ? »* (Ligne 81 à 83).

Nous pouvons identifier que différentes hypothèses émergent de l'échange avec les acteurs qui s'étend de la ligne 84 à la ligne 169. Cette interaction a un rythme rapide, les échanges s'enchaînent entre les acteurs, plusieurs propositions sont formulées et se succèdent.

Une première hypothèse est formulée par le soignant (2) : « *la formation est forcément incomplète, donc, derrière même après le diplôme et même après je pense plusieurs années sur le terrain, il nous manque toujours des connaissances, des astuces et certaines compétences, pour être le professionnel parfait entre guillemets qu'on tend à être … »* (ligne 84 à 86, réunion 1, GT 1). Cette première formulation exprime deux éléments : la formation ne permet pas à elle seule de développer les pratiques des professionnels, elle est donc considérée comme « incomplète ». Les compétences et les pratiques professionnelles se développent continument par la confrontation à des situations de soins. Cette première hypothèse sur la formation qui est « incomplète » est reprise par l'encadrant (2) et soutenue par son discours : « *chaque spécialité a ses particularités, la pédiatrie et les adultes c'est quelque chose, c'est deux spécialités complètement différentes »* (ligne 87 et 88, réunion 1, GT1). Cette hypothèse amène l'encadrant (3) à décrire voire définir la notion de pratiques professionnelles : « *après on est sur une formation théorique, avec des apports théoriques, qui doivent être mis en pratique, après acquis dans la pratique, savoir faire un geste sur mannequin, ce n'est pas la même chose que de le faire dans la réalité et dans la réalité on va rencontrer aussi des difficultés liées à la physiologie, au contexte de travail, au matériel qu'on emploie, donc pour moi c'est, l'écart entre la théorie et la pratique réelle et sur cet écart-là, il faut, c'est ce qui permet, presser là-dessus finalement, qu'on doit aider par des petites astuces d'anciennes infirmières, qui vont*

dirent « fait comme ça, plutôt que comme ça » c'est ça qui, permettra, in fine à l'infirmière de pouvoir être technicienne au niveau qui est demandé, mais elle va l'avoir qu'en pratiquant et en se confrontant à des situations réelles » (lignes 90 à 97, réunion 1, GT 1).

Nous identifions dans ce discours plusieurs éléments. Dans un premier temps, nous repérons les quatre processeurs de la définition des pratiques professionnelles au sens de Marcel (2014b) :

- Le processeur épistémologique : *« après on est sur une formation théorique, avec des apports théoriques, qui doivent être mis en pratique » ;*
- Le processeur praxique : *« savoir faire un geste sur mannequin, ce n'est pas la même chose que de le faire dans la réalité » ;*
- Le processeur environnemental : « *dans la réalité on va rencontrer aussi des difficultés liées à la physiologie, au contexte de travail, au matériel qu'on emploie » ;*
- Le processeur ontologique : « *qu'on doit aider par des petites astuces d'anciennes infirmières, qui vont dirent « fait comme ça, plutôt que comme ça » c'est ça qui, permettra, in fine à l'infirmière de pouvoir être technicienne au niveau qui est demandé, mais elle va l'avoir qu'en pratiquant et en se confrontant à des situations réelles* ».

Cette description de la pratique professionnelle amène les acteurs à formuler l'hypothèse d'un dispositif de formation permettant l'échange entre pairs et s'appuyant sur des situations de terrain. Elle est soutenue par l'encadrant (2) qui reconnait que chacun a une expertise « *avec l'expertise des uns et des autres… »* (ligne 98, réunion 1, GT1). Nous notons de la ligne 99 à 111, deux interactions : encadrant (3)-doctorante et encadrant (3)-encadrant (2), qui viennent soutenir cette définition de la pratique professionnelle et le rôle prépondérant de l'environnement comme facteur pouvant contribuer aux erreurs médicamenteuses : « *on a beau avoir les éléments théoriques pour le faire correctement, on ne va pas forcément y arriver du premier coup et pas tout le temps parce qu'il y a une compétence, une habitude, des critères extérieurs qui interviennent et ce n'est pas qu'intrinsèque à la personne qu'il l'a appris »* (ligne 108 à 111, réunion 1, GT 1).

Notons que le processeur environnemental était quasiment absent pour le groupe (1) de la définition des pratiques professionnelles lors des entretiens au temps t0. Nous pouvons noter qu'à partir de la ligne 126 et jusqu'à la ligne 137, les acteurs identifient le processeur environnemental comme central dans la pratique professionnelle : « *ce n'est pas parce qu'on a un diplôme d'État quand on arrive dans une spécialité on ne la connaît pas… »* (ligne 128 à 129). L'expérience des situations va prendre alors tout son sens dans l'apprentissage d'une pratique professionnelle.

L'interaction de la ligne 138 à la ligne 159 est un exemple de divergence ou de fragmentation d'un énoncé (Mondada, 2005). Ci-dessous la séquence retenue :

138 **Encadrant 1 :** après vous êtes partie de ce qui avait été revu par la CoMéDiMS, les principales
139 erreurs, je pense que ça, il faut en tenir compte quoi, parce que c'est le reflet, c'est le résultat, des
140 manques et de ce qui ne va pas … (Hypothèse : partir des erreurs identifiées par la CoMéDiMS)

141 **Doctorante : après on ne peut pas partir que de ça**… (Désaccord partiel ou total et Fragmentation)

142 **Encadrant 1 :** on ne peut pas partir que de ça, et je crois qu'il faut avoir ça « en halo » pour se dire
143 voilà les principales erreurs elles sont là, les jeunes infirmières sur la globalité du CHU, on retrouve
144 souvent ça, on retrouve souvent ça, donc je crois que c'est ce qu'il faut aller… (Procédés de maintien de la référence et de la continuité thématique et Divergence)

145 **Expert 2 :** la dernière fois, **on a dit qu'on partait de deux éléments**, effectivement le premier c'était
146 l'analyse des erreurs qui sont déclarées à la COMEDIMS, la dernière fois, on a discuté **de vraiment**
147 **quels éléments on avait besoin** pour justement faire notre analyse, et on s'était dit **effectivement**,
148 il y a une partie où ça sera l'analyse des erreurs médicamenteuses qui sont déclarées mais pour
149 nous c'est qu'une **vue un peu partielle** quand même… (désaccord partiel ou total Fragmentation)

150 **Encadrant 2 :** est-ce que tous les événements sont déclarés ? (Validité épistémologique)

151 **Encadrant 3 :** et puis les précurseurs ils ne sont jamais déclarés ? (Validité épistémologique)

152 **Expert 2 :** et puis pour être honnête, il y a très peu de déclaration sur le CHU et on sait qu'il y a
153 plein de choses qui passent à côté et on se dit que pour vraiment avoir une vue d'ensemble, il
154 fallait probablement qu'on aille faire un questionnaire qu'on adresserait aux jeunes soignants,
155 pour savoir ce dont ils avaient besoin aussi, et que ces deux analyses, on aurait un point de vue…
(hypothèse refusée)

Figure 33 : Extrait de la ligne 138 à 155, réunion 1, GT1 (Hédacq, 2023)

Dans cet échange l'encadrant (1) propose pour définir les besoins en formation d'identifier les manques et le besoin en formation dans les erreurs médicamenteuses des nouveaux-arrivants. L'expert (2) commence à expliciter que cette hypothèse n'est pas suffisante et que l'analyse des besoins doit reposer sur la sollicitation des nouveaux-arrivants par un questionnaire. La déclaration des erreurs médicamenteuses n'est pas obligatoire bien qu'elle soit fortement recommandée sauf dans la situation d'un événement indésirable grave. Les encadrants (2) et (3) soulignent par leurs discours qu'identifier les besoins seulement en s'appuyant sur les déclarations n'est pas suffisant. C'est ce qui est confirmé par l'expert (2) : *« et puis pour être honnête, il y a très peu de déclarations sur le CHU et on sait qu'il y a plein de choses qui passent à côté et on se dit que pour vraiment avoir une vue d'ensemble* » (ligne 152 à 153).

L'efficacité du dispositif de formation ne pourra pas être mesurée sur la baisse des événements indésirables médicamenteux chez le nouvel-arrivant. La déclaration des événements indésirables médicamenteux est volontaire celle des événements indésirables graves est obligatoire. Une baisse des événements indésirables déclarés peut donc s'interpréter comme une amélioration de la sécurité des pratiques ou comme une baisse des déclarations. L'analyse des EIM de 2014 à 2019 a permis de donner une tendance et d'identifier des indicateurs sur la date d'entrée dans l'unité de soins ou la date de l'obtention du diplôme, sur le type d'erreurs, leurs gravités ; mais c'est un référent qui reste soumis à une variabilité importante liée à la culture positive de l'erreur, à la sensibilisation des acteurs à la déclaration.

En synthèse nous avons pu identifier dans cette réunion d'analyse des besoins du groupe 1 deux processus de co-élaboration de savoirs : celui de la formulation collaborative d'énoncés qu'ils soit descriptifs, explicatifs ou opératifs et celui du rejet d'argument avec fragmentation de l'énoncé que nous pouvons schématiser comme suit :

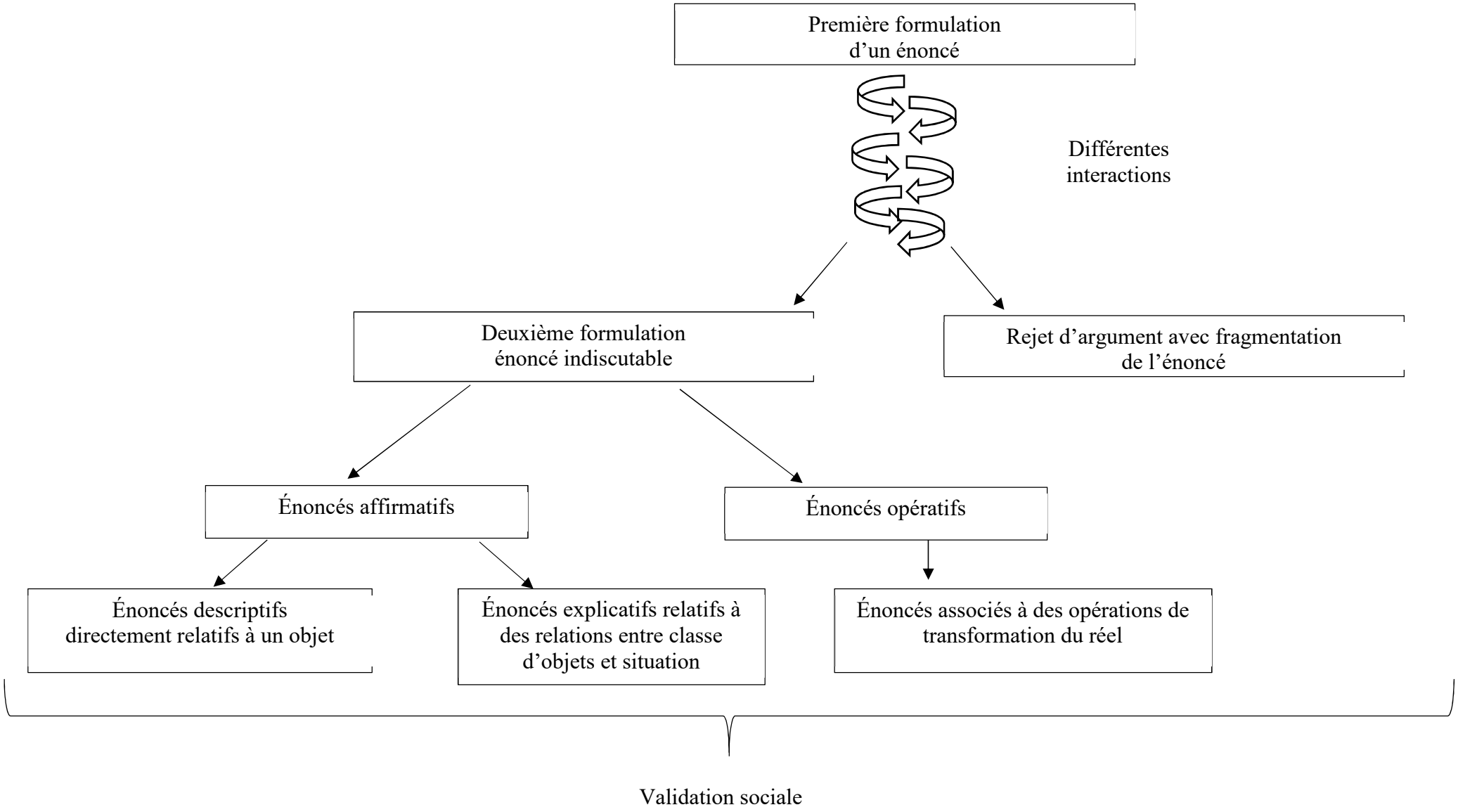


Figure 34 : Processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS (Hédacq, 2023) à partir des travaux de Mondada (2005)

3.2 Phase d'analyse des besoins du groupe de travail 2

Nous avons procédé à la même analyse pour la première réunion du groupe de travail (2) qui concerne également « l'analyse des besoins et le choix des modalités de recueil des données » (Annexe 32). Elle est composée de deux temps. Nous avons présenté le projet à l'ensemble du groupe de travail. Puis, nous avons réalisé un *focus group* sur l'analyse des besoins. Ensuite, nous avons choisi le dispositif de recueil des besoins des professionnels de santé. Cette réunion s'est déroulée dans une salle de réunion au sein de la pharmacie du CHU. La disposition des tables et des chaises est en U de manière à favoriser l'échange avec l'ensemble des participants et de garder l'écran de projection en face des acteurs. Nous comptons 12 participants sur les 14 du groupe de travail.

Nous observons différents processus de co-élaboration des savoirs dans les interactions des acteurs

3.2.1 Formulation collaborative d'énoncés

Comme pour le groupe de travail (1), nous retrouvons des formulations collaboratives d'énoncés. Nous avons procédé à la même démarche de présentation de savoir scientifique en sciences de l'Éducation et de la formation concernant l'analyse des besoins en terminant nos propos par deux interrogations : « *Comment interprétez-vous cette étape ? Comment comprenez-vous cette étape d'analyse ? Comment pouvons-nous l'interpréter et la comprendre ?* »

Ces questions ouvrent une interaction qui va entraîner le remaniement d'une proposition initiale en un énoncé indiscutable (Mondada, 2005) par des échanges entre plusieurs acteurs. Cette interaction s'étend de la ligne 37 à 44 (réunion 1 GT 2) :

37 Encadrant 2 : c'est un état des lieux avec les problématiques de chacun (première formulation)

38 Plusieurs : oui (formes d'accord)

39 Encadrant 2 : le contexte des services… (précision de l'énoncé)

40 Soignant 3 : comme ça on va relever différents points, qui sont bien différents et propres à chaque
41 service et ça va pouvoir permettre après de mettre en œuvre certaines choses, de comparer…
(reprise d'un élément formulé par l'interlocuteur 1)

43 Doctorante : donc un état des lieux où on compare les différentes spécificités des services c'est ça ? (Reprise du terme énoncé)

44 Plusieurs : oui (accord activement établi entre les acteurs)

Figure 35 : Extrait de la réunion de la ligne 37 à 44, réunion 1 du GT 2 (Hédacq, 2023)

La première partie de l'interaction se produit entre la doctorante et un encadrant (2) du groupe de travail. Elle aboutit par alternance des échanges entre l'encadrant (2) et un soignant (3) à la formulation collaborative de la définition de la phase d'analyse des besoins qui est envisagée

comme un état des lieux qui doit tenir compte du contexte de l'unité de soins, c'est-à-dire sa spécificité. Cette définition est un savoir objectivé au sens d'un énoncé associé à un système de représentation sur le monde (Barbier & Galatanu, 2004). Formulé à partir d'un énoncé de type descriptif, il est composé de deux éléments : l'existant et ce qui manque (*les problématiques*). L'observation de cette formulation collaborative retrace l'enchainement de trois éléments : une première proposition est formulée, un interlocuteur reprend un élément formulé par l'interlocuteur 1 (*c'est un état des lieux avec les problématiques de chacun*), ce qui amène à une précision de la proposition (*comme ça on va relever différents points, qui sont bien différents et propres à chaque service et ça va pouvoir permettre après de mettre en œuvre certaines choses, de comparer*) pour finir par un énoncé descriptif : l'analyse des besoins est un état des lieux des problématiques de chacun. Cet énoncé a été validé collectivement à deux reprises.

Cette interaction comporte des régulateurs, des continuateurs et des évaluateurs (Mondada, 2005). Cette première interaction n'est pas très longue et s'est produite entre trois acteurs, mais nous notons qu'elle a permis d'ouvrir la réflexion sur cette phase d'état des lieux et qu'elle a favorisé la formulation collaborative de savoir objectivés sous forme d'énoncés explicatifs en décrivant de manière plus précise les hypothèses concernant l'écart de pratiques entre le rangement réel et le rangement prescrit.

3.2.2 Tester des hypothèses et les valider collectivement

Comme pour le groupe de travail (1), nous notons des interactions entre les acteurs qui permettent la formulation d'hypothèses. Elles sont formulées par les acteurs et soit elles sont validées soit elles sont infirmées. Certaines seront testées ultérieurement dans d'autres séances de travail. Nous allons dans ce sous-chapitre décrire différentes interactions qui ont eu pour effet de valider des hypothèses (des énoncés) ou de les infirmer conduisant à la co-élaboration de différents types d'énoncés. Le début de l'interaction s'ouvre par la prise de parole de la doctorante (ligne 44) : « *qu'est-ce qu'il y a d'autres qui pourraient rentrer en jeu dans l'analyse des besoins ? ».*

Plusieurs hypothèses sont évoquées concernant les différents besoins :

- Les connaissances et les modalités de communication dans les équipes (ligne 45-46) « *justement les connaissances de chacun aussi, parce que c'est ce que vous disiez justement est-ce qu'il y a un besoin de formation, est-ce que les messages passent » ; « d'une équipe à l'autre on n'a pas les mêmes modes, est-ce que les modes de communication interservices »* (ligne 48-49)
- La composition de l'équipe : « *le rôle dans les équipes, parce qu'on n'a pas le même vécu, une équipe qui est stable depuis 20 ans et des gens qui tournent tout le temps… »* (ligne 49 50)

Certaines de ces hypothèses sont reprises par d'autres acteurs comme la composition de l'équipe. À la ligne 52-54, un encadrant évoque la grosseur de l'équipe qui a un effet de transformation des messages « *le message il ne passe pas forcément bien sur 45 personnes il est souvent transformé… ».* Cette hypothèse est soutenue par l'encadrant 2 qui reprend le propos

de l'encadrant 3 « *même dans les petites* (rires) » (ligne 55). Dans cet échange entre les deux encadrants un premier axe de travail se dégage sous forme d'énoncés opératifs il s'agit de trouver un mode de communication adapté pour transmettre les messages concernant le rangement des armoires à pharmacie peu importe la taille de l'équipe : « *il faut trouver le mode de communication adapté pour nous les cadres de santé c'est un vrai enjeu, sur les grosses équipes, enfin sur les équipes »* (ligne 56-57).

Certaines hypothèses sont réfutées comme de la ligne 176-195 un soignant évoque une hypothèse autour des « problèmes de prescription » qui est fragmentée par un autre acteur : « *pour moi c'est encore autre chose… »* (ligne 195).

Enfin un dernier échange est particulièrement intéressant à noter. À partir de la ligne 555 les acteurs évoquent les modalités de recueil de données :

555 **Doctorante :** pardon je vous coupe juste pour … la déjà vous donner des caractéristiques du dispositif de recueil de données que vous aimeriez bien mettre en place, ce que j'ai entendu c'est que vous voulez un dispositif qui vous permette d'identifier le risque dans les équipes basées sur l'échange alors peut-être pas de l'observation… (première formulation)

[…]

575 **Soignant 1 :** ou un cahier de doléances ? Voilà parce que nous on est en 12 heures des fois on ne se voit pas pendant un mois facile, de mettre un outil en place et que chacun puisse écrire dessus et on relève au fur et à mesure ce qui est noté quitte à ce qu'on amène même à la prochaine réunion ici je pense que nous… (proposition innovante)

[…]

756 **Expert 1 :** moi sur le cahier je, je voudrais qu'on creuse l'histoire du cahier… (soutien)

757 **Soignant 1 :** c'était faire un cahier de doléances pour que les gens puissent écrire, je pensais qu'on
758 pouvait le faire là et avant la création du questionnaire, comme ça chacun aussi est libre d'écrire
759 ce qui lui passe par la tête… (explicitation)

760 **Encadrant 2 :** mais oui pour qu'on puisse créer tous, le questionnaire… (validation)

761 **Plusieurs acteurs** valident la proposition (validation)

762 **Encadrant 1 :** il faut que ça soit fait en amont de la préparation du questionnaire

763 **Expert 1 :** on pourrait faire une page de garde à mettre sur le cahier ?

Figure 36 : Extrait de la réunion 1 du GT 2 (Hédacq, 2023)

Cet échange correspond à la validation d'un énoncé opératif. La doctorante présente plusieurs modes de recueil de données pour l'analyse des besoins des professionnels de santé : l'entretien, l'observation, le questionnaire. Le soignant (1) évoque un outil qu'elle a l'habitude d'utiliser pour recueillir les besoins des professionnels de son service ce qu'elle nomme « *le cahier de*

doléances » (ligne 575). Elle explicite comment cet outil peut être utile dans le contexte de services de soins « *Voilà parce que nous on est en 12 heures des fois on ne se voit pas pendant un mois facile, de mettre un outil en place et que chacun puisse écrire dessus et on relève au fur et à mesure ce qui est noté quitte à ce qu'on amène même à la prochaine réunion ici je pense que nous… »* (ligne 575 à 578).

Après de nombreuses interactions qui amènent le groupe à choisir le questionnaire, un expert (1) souhaite à avoir plus de précision sur le cahier de doléances (ligne 756) : *« moi sur le cahier je, je voudrais qu'on creuse l'histoire du cahier… ».* Cette interaction amène le soignant 1 à préciser : « *c'était faire un cahier de doléances pour que les gens puissent écrire, je pensais qu'on pouvait le faire là et avant la création du questionnaire, comme ça chacun aussi est libre d'écrire ce qui lui passe par la tête…* » (ligne 757 à 759). Cette proposition est soutenue par l'ensemble du groupe amenant à valoriser cet énoncé opératif proposé par un soignant.

Synthèse du chapitre 10
Le processus de co-élaboration de savoirs au sein du TESS

L'analyse des entretiens au temps t0 et l'analyse des réunions de type *focus groups* nous ont permis d'identifier que le tiers-espace socio-scientifique de la R-I met en interaction trois types de savoirs dans la recherche que nous avons menée : des savoirs d'actions, des savoirs d'expert et des savoirs scientifiques. Le processus de co-élaboration des savoirs débute par la phase d'entretiens semi-directifs qui a permis de faire émerger les savoirs des acteurs sous forme d'énoncés de types descriptifs, explicatifs ou opératifs. Dans un deuxième temps lors des *focus groups* ou des réunions de travail, les énoncés identifiés lors des entretiens ont été partagés à l'ensemble des groupes de travail afin de participer à leur énonciation définitive et leur validation sociale. Nous avons ainsi pu identifier par l'analyse des interactions des acteurs lors des temps de *focus groups* deux types de processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS : la formulation d'un énoncé indiscutable (énoncés descriptifs, explicatifs ou opératifs) ou le rejet d'argument avec fragmentation de l'énoncé (figure 34).

Ce processus met en relation les différents savoirs (d'action, expert et scientifique), il permet une première formulation d'un énoncé, puis au travers des différentes interactions (Mondada, 2005), l'énoncé est remanié puis validé socialement pour devenir un fait indiscutable ou bien d'infirmer cet énoncé. Ces différents énoncés permettent aux acteurs des groupes de travail de « penser » et « d'agir » autrement au travers de l'échange, et de la prise de décision collective sur les hypothèses énoncées.

Pour monter en généralité, les savoirs contextualisés co-élaborés au sein du groupe de travail sont présentés pour validation et valorisation sociale aux membres du comité de pilotage. Lors du deuxième comité de pilotage (Annexe 33) plusieurs moments de valorisation sont soulignés : « *l'approche utilisée est novatrice, ce qui laisse présager la possibilité d'en évaluer la pertinence et l'efficacité dans quelques mois* » et qu'il existe une volonté de « *valoriser ce travail* » (extrait de la réunion du CoPil 2). Un acteur questionne les membres du CoPil sur un possible lien entre *« cette dynamique de groupe de travail et la certification.* »

Chapitre 11 - De la co-élaboration des savoirs à l'émancipation des acteurs

Ce chapitre s'intéresse à la mise en relation du processus de « co-élaboration des savoirs » et « de la dynamique émancipatrice » des acteurs au sein du tiers-espace socio-scientifique. Il s'attachera à décrire en quoi la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice que nous avons pu identifier dans le contexte de la Recherche-Intervention.

L'objectivation de la dynamique émancipatrice s'est appuyée sur la grille de Delvaux et Delvaux (2012) que nous avons retravaillés dans le chapitre 6 de cet écrit. Dans l'étude longitudinale de la dynamique émancipatrice que nous proposons, nous analysons les discours recueillis et retranscrits des acteurs au temps t0 en explorant les quatre postures de Delvaux et Delvaux (2012). La deuxième partie de ce chapitre concernera les résultats des entretiens menés au temps t1[167], il s'agira d'identifier les déplacements des acteurs faisant référence aux quatre dimensions de l'émancipation : sociale, politique, collective et individuelle.

1) De l'individu sujet à l'individu acteur…de comprendre à transformer…

1.1 Prendre place dans le collectif par rapport à son « savoir d'expérience »

Nous avons interrogé les acteurs des groupes de travail sur deux thématiques : leurs parcours professionnels et leurs places dans l'institution : *pourriez-vous me préciser votre âge, votre profession ? Votre parcours professionnel ? Votre formation ?* Puis, nous les avons questionnés sur le rôle et/ou la place qu'ils envisageaient de prendre au sein du collectif : *Vous avez à co-élaborer une formation avec le groupe pluridisciplinaire, comment voyez-vous votre place, votre rôle au sein de ce groupe ? Comment envisagez-vous votre contribution au sein du groupe de travail ? Qu'est-ce que vous pourriez apporter à ce groupe ?*

Nous avons analysé séparément chacun des groupes de travail afin d'identifier si nous retrouvions les mêmes catégories pour définir chaque posture ou si de nouvelles pourraient émerger entre le groupe 1 et le groupe 2. Nous proposons des extraits des tableaux d'analyses. Les *verbatim* dans ces extraits sont analysés dans le paragraphe concerné, ils peuvent être présents dans les tableaux en annexe, dans le texte du paragraphe et dans les extraits.

[167] Ces derniers ont également été réalisés en face à face et dans les mêmes conditions que les t0, seul un s'est déroulé en visioconférence étant encore en période de crise sanitaire.

1.1.1 Hétérogénéité des savoirs d'expériences

En ce qui concerne les parcours professionnels des acteurs du groupe (1) engagés dans ce projet (GT1), nous pouvons identifier des parcours professionnels très variés (changements multiples d'unités de soins ou de fonctions : passage d'aide-soignant, à infirmier, certains sont cadres de santé puis cadre supérieur …). Seuls les deux infirmiers représentant les nouveaux-arrivants (du groupe 1) ont deux ans et demi d'expérience dans la même unité de soins. Pour l'ensemble des acteurs, le parcours professionnel a été effectué au sein du service public *« je suis un pur produit du CHU de la formation jusqu'à la vie professionnelle* » (soignant, entretien t0, GT 1). Ces parcours très variés sont décrits comme le reflet d'une certaine connaissance du terrain « *j'ai connu pas mal d'évolution* » (expert, entretien t0, GT 1). Certains décrivent également dans leurs parcours professionnels leurs éventuelles expériences dans la formation qu'ils réalisent parfois en parallèle de leurs métiers d'infirmiers ou de cadres de santé : « *ce que je ne vous ai pas dit pardon, depuis trois ans maintenant, je fais des formations »* (soignant, entretien t0, GT 1).

En ce qui concerne le parcours professionnel des acteurs du groupe (2), nous retrouvons également une diversité de parcours en particulier pour les professions d'infirmiers et d'encadrant : « *Alors, j'ai eu mon bac et en même temps, j'ai eu le concours infirmier, je n'ai pas fait de prépa, j'ai fait six premières années aux soins intensifs de gastro, chirurgie digestive, qui après a été, c'était pendant un temps mutualisé, après on a était séparé, après j'ai continué en gastro, soins intensif de gastro, après je suis partie en réa neuro chir, où j'ai fait deux ans et après on est revenu, c'était ma destinée, là ça va faire un an et demi, ça fera deux ans en avril que je suis aux soins de neuro* » (soignant, entretien t0, GT 2).

1.1.2 Partager ses connaissances issues de l'expérience

Au sein du groupe de travail (1), les acteurs se situent et prennent place dans le collectif autour de deux catégories : « partager les connaissances issues de l'expérience » et « être un médiateur » soit avec le terrain soit avec les participants pour l'avancée du projet (Annexe 34) :

Catégories	Sous catégories	gpe	*Verbatim*
Partager les connaissances issues de l'expérience	Expérience du métier		*Voilà, après j'ai mon expérience de terrain qui peut permettre de donner des pistes plus concrètes* (encadrant, t0)
	Expérience de la formation		*Ensuite, on a aussi beaucoup de nouveaux-arrivants dans ce service, je pense contrairement à d'autres et en plus moi je suis très attaché à la formation des nouveaux-arrivants, je participe beaucoup aux étudiants surtout et voilà, j'aime bien apprendre, j'aime bien apprendre des autres et apprendre aux autres, donc, voilà, je pense que je suis dans le service idéal pour ce sujet* (soignant, t0)
Être un médiateur avec le terrain	Lien pour l'avancée du projet		*Ça peut être aussi, permettre d'être diffuseur d'informations, on en avait parlé comme éventuellement de me servir de ma place pour diffuser les informations sur les nouveaux-arrivants, tester les outils* (encadrant, t0)
	Lien avec le terrain /besoins		*Peut-être faire remonter nous les difficultés qu'on peut rencontrer avec les infirmières, les difficultés, qu'elles rencontrent ou qu'elles nous font parvenir et les difficultés qu'on constate par rapport aux appels qu'on a… Parce que quand on nous appelle, c'est toujours parce qu'il y a un problème, un renseignement, une difficulté particulière quoi* (expert, t0)

Tableau 37 : Extrait du tableau d'analyse posture « se situer » GT 1 (Hédacq, 2023)

La catégorie « partager les connaissances issues de l'expérience » est présente pour l'ensemble des groupes d'acteurs : cadres, expert et soignants. Ils témoignent chacun des expériences (Dewey, 2014) qui leur ont permis de développer des connaissances[168] (Barbier, 2011 ; Prax, 2019) sur la situation interrogée au sein du groupe de travail. Par exemple, les acteurs évoquent des connaissances[169] sur les besoins des nouveaux-arrivants identifiés par rapport à leur métier : « *Je pense que c'est d'être source de propositions sur les besoins dans les services, en tout cas identifiés en tant que dans ma posture de cadre* » (encadrant, entretien t0, GT1). Ces connaissances sont explicitées et légitimées par leurs rôles ou missions au sein de l'institution *« Comme on fait des entretiens régulièrement avec les nouveaux-arrivants, on se rend compte de leurs difficultés, de ce qui leur manque pour être un peu plus à l'aise et donc ça peut être un moyen, enfin de donner des pistes de réflexion pour le groupe, pour ce travail-là »* (encadrant, entretien t0, GT1). Comme nous l'avons explicité dans le chapitre 10, nous avons fait émerger les savoirs d'actions des professionnels par l'enquête évaluative en nous appuyant sur les savoirs professionnels que les acteurs pouvaient avoir de la situation.

Les connaissances des acteurs issues de leurs expériences peuvent concerner également la situation de formation (3) et certains types de dispositifs comme la simulation en santé : « *Ma contribution, à hauteur de, d'essayer aussi de pouvoir apporter l'expérience que j'ai, que j'ai maintenant avec la vision de la simulation en santé, qui pour moi reste qu'un outil pédagogique,*

[168] « La connaissance est le résultat d'un processus d'intériorisation par les personnalités de réalités qui leur sont extérieures et tout particulièrement d'énoncés sur le monde » (Barbier, 2011, p. 13).
[169] Nous avons gardé ici le terme employé par les acteurs celui de connaissances.

mais un bel outil, qui peut très bien s'adapter, alors tout dépend le niveau de, de prérequis des apprenants, mais voir si l'on peut essayer de trouver des solutions par ce biais-là » (soignant, entretien t0, GT1). Mais aussi de l'expérience de compagnonnage auprès des nouveaux-arrivants : « *j'ai eu affaire à pas mal de renouvellement d'équipe donc j'ai rapidement pris le rôle de celle qui accueillait et qui expliquait voilà aux nouveaux-arrivants, l'encadrement, l'encadrement des étudiants voilà rapidement parce que c'est quelque chose qui me plaît beaucoup et donc du coup j'ai essayé d'amener ce qui m'avait manqué quand j'étais nouvelle diplômée* » (soignant, entretien t0, GT1).

Les soignants évoquent quant à eux leurs expériences concernant la pratique d'administration qui leur a permis de développer des connaissances : « *c'est bien, je pense d'amener les connaissances du terrain »* (soignant, entretien t0, GT1). Elles sont également légitimées et ont une certaine valeur pour les acteurs en regard d'une expérience de la pratique d'administration dans un contexte difficile (la réanimation) : *« Le fait d'être en réanimation pédiatrique, c'est un vrai plus vis-à-vis de l'équipe, parce que c'est un service très compliqué, où il y a beaucoup d'injections et de traitements, et en plus vu que c'est la pédiatrie, il y a beaucoup de calculs de doses et je pense qu'il y a plus de risques d'erreurs que chez l'adulte, je pense »* (soignant, entretien t0, GT1). Nous retrouvons également l'évocation d'une expérience d'une situation d'erreur médicamenteuse qui est également identifiée comme une source d'élaboration de connaissances : « *j'espère pouvoir apporter ma petite expérience, mon expérience des erreurs que j'ai déjà peut-être pu faire déjà moi de base, et pouvoir dire comment je m'en suis rendu compte, comment j'ai pu y remédier et qu'est-ce qui surtout aurait peut-être pu m'aider à ce moment-là, ou aurait peut-être pu m'aider à ne pas la faire avant, avant, que je me rende compte que j'allais faire une erreur* » (soignant, entretien t0, GT1).

Les encadrants et les experts verbalisent plutôt une expérience relative aux besoins du niveau macro de l'ingénierie de formation comme sur certaines « failles » de la formation initiale : « *parce que je sais bien où sont les failles dans la formation et je pense que je peux être un lien dans ce groupe pour élaborer les contenus et surtout les travaux pratiques voilà, où je situe ma place dans ce sens-là, quoi, connaissance de la formation initiale et donc connaissant ça, je pense que je suis apte à amener ma pierre sur les failles et les besoins qu'il peut y avoir en termes de formation en complément »* (encadrant, entretien t0, GT1). Nous retrouvons la mise en avant d'une expérience macro de l'organisation du circuit du médicament (1) et des connaissances sur les différentes pratiques des acteurs du circuit : « *Une certaine expérience, enfin en dehors du fait que je suis pharmacien et que du coup j'ai une vision sur l'ensemble du circuit du médicament, de la prescription, parce que je fais de la pharmacie clinique depuis 10 ans donc je connais les prescripteurs, je sais à peu près comment ça se passe, jusqu'à la dispensation, au stockage, et en même temps jusqu'à l'administration au patient parce que je fais cette formation depuis plusieurs années maintenant donc j'ai l'habitude de dialoguer avec les professionnels, avec les soignants, même dans mon activité de pharmacie clinique de tous les jours, je suis dans les services cliniques, je discute avec les soignants donc je pense que j'ai quand même cette expérience-là qui peut être bénéfique pour le groupe »* (expert, entretien t0, GT1). Enfin, nous retrouvons également des connaissances sur le moment de la prise de poste comme une situation délicate « *Alors, c'est notamment par rapport à mon expérience, voilà maintenant ça fait presque 13 ans que je travaille à l'hôpital donc j'ai du recul par rapport à*

l'arrivée des nouveaux-arrivants, j'ai été moi-même nouvelle-arrivante, moi-même un peu malmenée au début, […] *notamment on utilisait beaucoup de thérapeutique, d'immunoglobulines, de chimiothérapie et c'était un petit peu compliqué au début d'intégrer tout ça, donc c'est vrai que ça a été un peu une expérience délicate au début »* (soignant, entretien t0, GT1)

Nous pouvons identifier que cette catégorie et l'hétérogénéité des expériences mentionnées dans les discours ci-dessus soulignent la richesse de la diversité des connaissances évoquées par les acteurs du groupe de travail. Elles concernent la prise de poste, la formation, certains dispositifs, les besoins et les attentes des nouveaux-arrivants, les erreurs médicamenteuses, des pratiques professionnelles : des activités professionnelles. Ces différentes expériences développées lors des activités en lien avec le métier, la formation, ou l'entrée dans le métier ont permis aux acteurs d'acquérir des représentations de la situation de la pratique de l'administration médicamenteuse, des événements indésirables, des besoins des nouveaux-arrivants etc. L'enjeu pour les acteurs au sein du collectif va être au travers du partage dans les interactions de communiquer ces représentations sous forme d'énoncés au reste du groupe. Dans le travail de co-élaboration des dispositifs de formation par les groupes de travail, c'est une étape essentielle pour l'élaboration du savoir Action (Delvaux & Delvaux, 2012) nécessaire à l'avancée du projet puisqu'elle permet de favoriser la dimension « comprendre ». Quatre savoirs sont évalués par les auteurs « un Savoir Action, un Savoir Social, un Savoir Collectif et un Savoir Être » (Delvaux et Delvaux, 2012, p. 6). La dimension action fait référence à renforcer son action, améliorer son action (Baudot & Huart, 2011). Il s'agit de comprendre les choses ensemble.

Cette étape est observable à travers les interactions dans les temps de travail en groupe et la mise en œuvre de l'enquête évaluative (Annexes 31 et 32). Les différentes constructions de sens des acteurs sur plusieurs dimensions (culturelle, organisationnelle, individuelle et collective) vont rentrer en dialogue au sein du tiers-espace socio-scientifique. Il s'agit, ici, au sein du TESS d'accorder une écoute à l'ensemble des constructions de sens des acteurs et de les laisser s'exprimer au travers du « partage des connaissances » pour co-élaborer le dispositif de formation des nouveaux-arrivants. Cette étape dans cette situation de co-élaboration semble favoriser l'émergence des savoirs d'action tels qu'ils sont définis comme : « traditionnellement assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs d'expérience, aux savoirs informels, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action » (Barbier, 2011, p. 4). À partir des énoncés verbalisés au sein du collectif, les étapes de validation et de valorisation par les acteurs permettent d'identifier les savoirs d'actions. Ces savoirs d'action que les acteurs énoncent sont des savoirs professionnels au sens de Leplay (2008). Ils s'appuient sur quatre présupposés : ils ont pour objet des activités de professionnels, ces activités comportent du singulier et du général, ils ont un rapport avec des compétences. Enfin, le quatrième présupposé expose que « les professionnels en activité acquièrent une expérience et des connaissances tacites, qu'ils sont susceptibles de transformer en énoncés par leur activité de prise de conscience et de réflexivité dans et sur leur activité professionnelle. » (Leplay, 2008, p. 65).

Le TESS semble se dessiner comme un espace de réflexivité sur l'activité professionnelle permettant l'énonciation des savoirs professionnels contextualisés. Un savoir professionnel est

un énoncé qui met en relation les trois types d'éléments suivants : une classe de situations professionnelles, une classe d'actions, correspondant à cette classe de situations, une classe de résultats attendus de cette classe d'actions, dans cette classe de situations. La relation entre classe de situations et classe d'actions est exprimée par un « jugement de pertinence ». La relation entre classe d'actions et classe de résultats est exprimée par un « jugement prédictif d'efficacité ». Ces éléments sont synthétisés dans le schéma suivant :

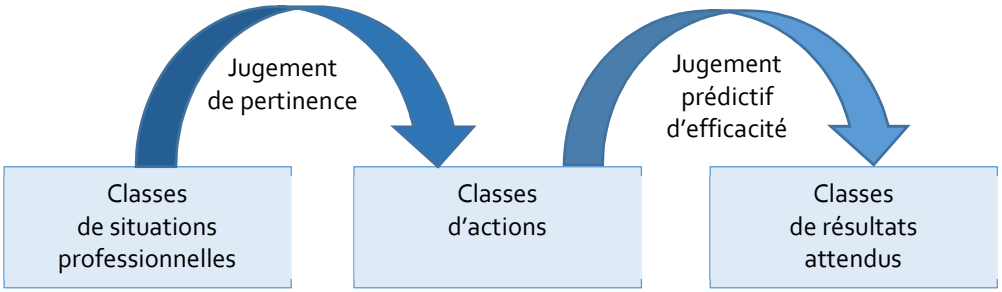


Figure 37 : Formulation d'un savoir professionnel (énoncés) à partir des travaux de Leplay (2008)

L'ensemble de cet énoncé, porté par une personne, est partagé au sein d'un groupe professionnel (Leplay, 2008, p. 66). Les acteurs situent leurs connaissances issues de leurs expériences comme une source d'émergence de savoirs professionnels qu'ils peuvent et qu'ils souhaitent communiquer au groupe.

1.1.3 Partager ses connaissances de la situation : un débat de « normes »

Nous intitulons le titre de ce sous-chapitre « partager ses connaissances de la situation : un débat de normes » en référence à l'ergologie[170] . Nous retrouvons dans le discours des professionnels du groupe (2) également la répartition en deux catégories que nous avons identifiée dans le groupe (1) (Annexe 35) : « partager ses connaissances issues de l'expérience » et avoir un « rôle de médiateur ». Nous présentons ci-dessous un extrait du tableau d'analyse :

[170] Nous faisons référence aux travaux de Schwartz (2010) qui définit l'ergologie comme l'étude de l'activité humaine.

Catégories	Sous catégories	gpe	*Verbatim*
Partager ses connaissances issues de l'expérience	L'expérience de l'usage		*Vu ce que vous m'avez expliqué, moi je vois ma place, comme vous m'avez dit tout à l'heure, en décrivant nos besoins, nos problématiques, pour pouvoir faire avancer notre outil de travail, qu'on perde le moins de temps possible, qu'on fasse le moins d'erreurs possibles (soignant, t0)*
	L'expérience du métier		*Parce que chacun apporte son expertise, son regard, parce qu'on a tous un regard différent, moi j'ai un regard de soignant, X. va plus avoir un regard on va dire, comment dire, en matière, de comment dire de réglementation, du point de vue vraiment pharmacie, mais finement, que moi je ne l'ai pas forcément (encadrant, t0)*
Être un médiateur pour le projet	Lien avec le terrain /besoins		*Moi je trouve qu'on est aussi un bon, ce que je disais tout à l'heure, un bon moyen de liaison, entre ce qu'on fait dans les réunions et de le ramener à l'équipe, même si les cadres elles sont là pour le faire, le lien n'est pas le même et nous c'est plus facile d'en parler (soignant, t0)*
	Lien pour l'avancée du projet		*Voir comment on peut articuler les impératifs, on va dire de la sécurité du médicament avec une organisation concrète, et actuellement on a différentes organisations sur les pharmacies qui parfois ne sont pas compatibles avec cette sécurité au niveau de la gestion du soin (encadrant, t0)*

Tableau 38 : Extrait du tableau d'analyse posture « se situer » GT 2 (Hédacq, 2023)

La première catégorie « partager ses connaissances issues de l'expérience » au sein du groupe (2) est elle-même découpée en deux sous-catégories en fonction des expériences évoquées : « l'expérience du métier » et « l'expérience de l'usage de l'armoire à pharmacie ». Cette catégorie pour le groupe (2), semble renvoyer à la notion de débat de normes[171]. La sous-catégorie nommée « l'expérience de l'usage de l'armoire à pharmacie » est portée par le sujet épistémique du groupe des soignants uniquement.

Dans la gestion d'une armoire à pharmacie d'une unité de soins, vont intervenir successivement, les pharmaciens pour la définition de la dotation[172] en produits de santé en collaboration avec l'équipe médicale et soignante, les préparateurs en pharmacie avec le cadre de santé de l'unité pour la définition du rangement (locaux, nombre d'armoires, agencement) et les professionnels de santé (sages-femmes ou infirmiers) qui utilisent quotidiennement les armoires pour prendre les médicaments ou les dispositifs médicaux nécessaires à leurs activités de soins. La procédure travaillée par le groupe de travail (2) est rédigée à partir des recommandations de bonnes

[171] La norme est définie au sens d'un « énoncé propositionnel associé à des représentations ou à des systèmes de représentations se situant dans le registre des normes […] susceptibles d'être investis dans des activités représentationnelles et discursives de contrôle (prescriptif-évaluatif) » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 53).
[172] La dotation correspond à l'ensemble des médicaments et des dispositifs médicaux mis à la disposition des professionnels de santé dans les unités de soins. L'ensemble de ces produits est rangé dans des armoires à pharmacie.

pratiques de la Haute Autorité de santé ainsi que des lois et décrets en vigueur. Les recommandations ainsi définies sont des « normes » de rangement qui appartiennent au domaine prescriptif. Elles sont évaluées lors des démarches de certification des établissements ou lors des audits réalisés par la pharmacie.

Pour les professionnels qui utilisent les armoires à pharmacie quotidiennement (la catégorie des soignants) « partager ses connaissances » de l'usage correspond à la possibilité d'exprimer leurs besoins ou leurs difficultés sur la gestion de l'armoire à pharmacie : « *Vu ce que vous m'avez dit tout à l'heure, en décrivant nos besoins, nos problématiques »* (soignant, entretien t0, GT 2). Notons que ce partage des besoins ou des problématiques rencontrées est associé à la capacité d'agir dans le monde qui nous entoure (améliorer son quotidien) *« pour pouvoir faire avancer notre outil de travail, qu'on perde le moins de temps possible qu'on fasse le moins d'erreurs possibles* » (soignant, entretien t0, GT 2).

Les acteurs qui évoquent le partage de leurs connaissances en lien avec leurs métiers et leurs rôles ou missions par rapport au rangement des armoires à pharmacie reconnaissent que l'expérience peut être génératrice de connaissances ou de savoirs d'action proche de la notion d'expertise: « *parce que chacun apporte son expertise, son regard, parce qu'on a tous un regard différent, moi j'ai un regard de soignant, X. va plus avoir un regard on va dire, comment dire en matière de comment dire de réglementation, du point de vue vraiment pharmacie, mais finement, que moi je ne l'ai pas forcément »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Certains acteurs légitiment leurs connaissances issues de leurs expériences « *Du coup ma place au sein du groupe, c'est vrai que c'est pluridisciplinaire donc ce qui est intéressant en fait c'est qu'on va avoir les points de vue de chacun, dans l'arborescence, donc du coup ce qui est riche en fait c'est que là où je peux peut-être apporter c'est que j'ai une bonne connaissance de l'approvisionnement au sein de logipharma avec les méthodes de calcul, définir des seuils de sécurité, tout ça est bien structuré »* (expert, entretien t0, GT 2).

Le partage des connaissances de chaque acteur est vu comme une possibilité de transformer la situation initiale « Un *regard, je pense qu'on travaille toutes différemment, on a tout un système et pour essayer de réadapter et aussi d'avoir de nouvelles idées ou d'apporter certaines idées ou avoir un avis aussi extérieur pour le mettre en place ici* » (soignants, entretien t0, GT 2). Certains évoquent également l'expérience de difficultés et envisagent par le partage de ces expériences difficiles au groupe de dépasser ces difficultés. Le collectif est alors associé à une notion de force ou de soutien : « *Pouvoir discuter, parce que comme j'ai eu des expériences de rangement d'armoires qui se sont parfois plus ou moins bien passées, par rapport à la disponibilité des équipes, parce que moi ce qui s'est passé c'est que quand il y a eu les déménagements on a dû faire beaucoup d'armoires et parfois les équipes n'étaient pas disponibles, donc après on entendait leurs problèmes, mais on essayait de respecter en tout cas moi j'ai essayé de respecter leur façon de ranger, mais par exemple parfois j'ai eu du mal à dialoguer avec eux pour savoir ce qu'ils attendaient vraiment de nous, au niveau du rangement ou de l'aide »* (expert, entretien t0, GT 2). Un acteur souligne que ce partage va lui permettre d'identifier et de mieux comprendre les effets de son activité, sur les activités des autres membres du circuit du médicament et donc de développer ses connaissances de la situation : *« ma plus-value, ça peut être dans cette organisation là et après moi ce que je viens aussi*

chercher c'est comment est organisé l'armoire de service et est-ce que nous il y a des choses qu'on fait qui peuvent engendrer une, des difficultés aux soignants, qu'est-ce que nous on peut mettre en place côté logipharma[173] *qui peut être aussi facilitant pour les services de soins, donc j'attends en fait les deux choses, moi je peux peut-être apporter sur la partie appro (approvisionnement), orga (organisation), et est-ce que nous on peut apporter des choses qui peuvent être facilitante dans l'autre sens »* (expert, entretien t0, GT 2).

Le fait d'inclure dans le groupe de travail des infirmiers est un élément qui est souligné par plusieurs acteurs (les trois catégories sont représentées) comme permettant de mieux comprendre la situation et pouvoir la transformer : *« c'est bien que nous les infirmiers qui sommes dans le circuit quoi, qu'on participe voilà, qu'on arrive à travailler ensemble et qu'on fasse évoluer les choses, donc, pour moi, je vois surtout de décrire nos problématiques et après j'attends aussi de voir les autres collègues, voir comment elles, elles, font, peut-être nous donner des idées et de partager ça »* (soignant, entretien t0, GT 2), « *c'est vrai que pour moi ce groupe de travail est peut-être mieux construit avec les équipes soignantes et c'est vrai que je trouve ça bien qu'elles soient avec nous et qu'on ne fasse pas tout seul* » (expert, entretien t0, GT 2).

Cet élément montre que le TESS peut être identifié comme un espace où le débat de normes (Schwartz, 2010) peut avoir lieu entre ceux qui les « dictent », les « transmettent » et ceux qui les « mettent » en place. Cette distinction de rôle assigne les professionnels à des places sociales au sein de l'activité professionnelle. Dans l'activité humaine et en particulier le travail, le milieu dans lequel est réalisée l'activité est toujours mouvant, ne permettant peu ou pas l'anticipation de l'exécution des tâches. L'individu-sujet de cette activité va donc remanier les normes pour adapter son activité à la situation qui se présente, ce que Schwartz (2010) nomme la renormalisation. Notons que « l'activité humaine peut être alors définie comme un lieu de débats de normes. Et donc, l'agir humain ne peut être qu'une suite enchevêtrée de renormalisations, résultantes toujours problématiques et provisoires de ces débats » (Schwartz, 2010).

Le débat de normes dans notre situation interroge les énoncés de la procédure du point de vue de leur validité épistémique et de leur efficacité. Les normes sont « des énoncés propositionnels associés à des représentations […] notamment investis dans des activités représentationnelles et discursives de contrôle (prescriptif-évaluatif) » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 52-53) L'enquête évaluative au sein du TESS contribue donc à faire émerger les savoirs d'action des professionnels sous forme d'énoncés qui vont rentrer en interaction. Ils sont remaniés, validés et valorisés socialement au sein du groupe (chapitre 10). Ceci peut permettre de favoriser une émancipation individuelle par la mise en place d'un « jeu dans le système de représentation » des acteurs (Charbonnier, 2013) et par un recul réflexif sur la situation. Les acteurs vont ensuite retravailler les règles ensemble en incluant le point de vue des usagers des armoires à

[173] Logipharma est la plateforme de stockage des médicaments et des dispositifs médicaux du CHU de Toulouse.

pharmacie, ce qui contribue à une émancipation capacitive développant la puissance d'agir. L'expérience des acteurs c'est-à-dire leurs pratiques de la situation va venir éclairer la co-élaboration des dispositifs. Cet élément semble favoriser également une émancipation permissive. Il leur est désormais permis de mettre en débat la règle, de proposer leurs points de vue issus de leurs expériences de l'usage ouvrant vers la dimension sociale de l'émancipation. Galichet (2018a) fait référence à l'émancipation capacitive en faisant référence à l'émancipation de l'esclave par le travail : « dans et par le travail, il acquiert des capacités qui vont lui permettre de dominer la nature » (p. 16). Cette domination de la nature va permettre à l'esclave de s'émanciper : l'émancipation permissive.

1.1.4 Un rôle de médiateur pour faire avancer le projet

La catégorie nommée « être un médiateur avec le terrain » est découpée en deux sous-catégories (tableau 37 et tableau 38). Les professionnels des groupes de travail se positionnent comme des médiateurs pour faire avancer le projet. Nous retrouvons deux sous-catégories, il s'agit de faire le lien avec le terrain pour l'avancée du projet, ou de faire le lien avec le terrain par rapport aux besoins. Le rôle de médiateur a pour mission la mise en œuvre du projet et son avancée. Cette catégorie est identifiée chez des acteurs de chaque groupe socioprofessionnel (encadrant, expert, soignant) et dans les deux groupes de travail. Certains acteurs par leurs places dans l'établissement envisagent de tester les dispositifs élaborés « *Ça peut être aussi, permettre d'être diffuseur d'informations aussi, on en avait parlé comme éventuellement de me servir de ma place pour diffuser les informations sur les nouveaux-arrivants, tester les outils »* (encadrant, entretien t0, GT 1). Deux acteurs envisagent un rôle de médiateur avec le terrain pour faire remonter les difficultés identifiées « *Peut-être faire remonter nous les difficultés qu'on peut rencontrer avec les infirmières, les difficultés, qu'elles rencontrent ou qu'elles nous font parvenir et les difficultés qu'on constate par rapport aux appels qu'on a… Parce que quand on nous appelle, c'est toujours parce qu'il y a un problème, un renseignement, une difficulté particulière »* (expert, entretien t0, GT 1).

Un des pilotes du groupe (1) prend le rôle de médiateur au sein du collectif pour être garant d'une participation équilibrée, d'une absence de hiérarchisation afin que le projet soit en adéquation entre les savoirs co-élaborés et les attendus de l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS. Pour cet acteur le rôle de médiateur nécessite d'impulser une certaine dynamique participative : « *Là, en tant que pilote, en tout cas-là je, dois impulser une certaine dynamique en tout cas faire en sorte qu'on ait une participation active de tous de façon assez équilibrée »* (expert, entretien t0, GT 1). Mais aussi de permettre que chacun puisse s'exprimer : *« de maîtriser un peu les temps de parole de chacun, etc. »* (expert, entretien t0, GT 1). Enfin, le médiateur est garant de la prise en compte des besoins des acteurs et des attentes de la CoMéDiMS : *« Et de faire une synthèse des travaux de ce groupe, pour essayer qu'on arrive à un projet construit et qui corresponde, en tout cas à ce que chacun attendait de ce groupe aussi, de trouver un consensus enfin en tout cas entre ce qui..., ce que chacun veut ou pense nécessaire pour cette formation des nouveaux-arrivants et en même temps répondre à l'attente et à la demande qui nous a été faite par la* CoMéDiMS*»* (expert, entretien t0, GT 1). Ces différentes formes d'interaction semblent rechercher et favoriser la valorisation sociale des savoirs

co-élaborés. Il s'agit pour les acteurs de recueillir différentes formes de validation du terrain sur l'efficacité et la pertinence du dispositif, des outils co-élaborés.

La catégorie « être un médiateur » dans le groupe (2) (tableau 38) est découpée en deux sous-catégories : « être un médiateur pour faire le lien avec les besoins du terrain » et « être un médiateur pour faire le lien pour l'avancée du projet ». La sous-catégorie qui concerne le lien avec les besoins du terrain est représentée dans les trois groupes socioprofessionnels (Annexe 35) avec une prédominance des experts (vert) et des encadrants (bleu) : « *Je vois plus mon rôle comme un accompagnement dans le processus. Pour moi, le centre c'est le service de soins, parce que c'est le service de soins qui utilise leur armoire et nous on est juste là en aide* » (expert, entretien t0, GT2). Le rôle de médiateur est également décrit comme celui qui fait le lien entre les besoins du terrain et la demande d'amélioration de la procédure « *je me vois plus en tant que porte-parole de l'équipe, c'est-à-dire de faire le point entre ce que l'équipe ressent, échanger avec vous et avoir aussi les retours des autres services, des autres organisations, pour envisager d'avoir d'autres idées, et d'autres façons de penser* […]*c'est vraiment être le médiateur entre ce qui peut se faire, les injonctions entre guillemets et le terrain… »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

Les experts et les encadrants qui se retrouvent majoritairement dans cette sous-catégorie expriment aussi le fait que ce projet de rangement des armoires est inscrit dans un environnement plus complexe de gestion des risques et que leur rôle de médiateur est légitime par rapport à leur rôle dans l'institution. Le rôle d'expert permet d'apporter des savoirs sur la situation : *« Je suis là, je pense pour faciliter, et peut-être apporter quelques méthodologies et surtout des connaissances sur la gestion des risques parce que c'est mon corps d'études à la base et parce qu'il y a des choses où je pense comme l'industrie, etc. s'est déjà posé des questions et a déjà, enfin c'est tout à fait normal de se tromper, de faire des erreurs de routine, etc. la santé doit s'y mettre aussi pour progresser*» (expert, entretien t0, GT 2). Mais aussi des savoirs sur l'organisation du circuit du médicament dans l'établissement « *en tant que pilote alors, en tant que responsable je pense que, si je me suis retrouvée pilote de ce groupe, c'est quelque part parce que j'étais aussi responsable des équipes de pôles, donc, en charge de la responsabilité fonctionnelle des préparateurs en pharmacie, quelque part, plus ma nouvelle casquette du projet chaîne d'approvisionnement et sécurisation de la chaîne d'approvisionnement »* (expert, entretien t0, GT 2).

Nous retiendrons pour la posture « se situer » que les professionnels des groupes de travail prennent place dans le collectif en décrivant deux caractéristiques : « Partager ses connaissances issues de l'expérience » et « être un médiateur ». Les individus-sujets dans cette situation de co-élaboration des dispositifs de formation ont des attentes et des besoins qu'ils ont pu identifier par leurs expériences du métier, de la formation ou de l'usage (pour le rangement des armoires à pharmacie). Par ces expériences, ils ont produit des connaissances sur ces deux situations. Elles se manifestent comme le « résultat d'un processus d'intériorisation par les personnalités de réalités qui leur sont extérieures et tout particulièrement d'énoncés sur le monde » (Barbier, 2011, p. 13). Bourgeois (2018) souligne que dans une certaine approche du sujet : « la réalisation de soi, tout au long de la vie passe donc par un aller-retour permanent entre soi et les autres » (p. 53). Il précise que « c'est dans la relation aux autres, en s'intéressant

au monde, aux choses et aux gens que progressivement on explore qui on est, on apprend à cerner nos besoins, nos aspirations, nos ressemblances et nos différences » (Bourgeois, 2018, p.53). Le partage d'expérience évoqué par les professionnels de santé peut contribuer à ce travail de transformation de soi et « ainsi construire notre propre consistance intérieure, pour « se » trouver » (Bourgeois, 2018, p. 53). La réalisation de soi repose sur certaines capacités : « celle de s'exprimer, de penser et d'agir en son nom propre, en « je », dans le monde » (Bourgeois, 2018, p. 53). Le pouvoir d'agir se construit également par la compréhension du monde qui se bâtit dans les interactions avec les autres. La deuxième catégorie évoquée par les professionnels du groupe de travail, dans le rôle de médiateur pour le projet, peut favoriser le développement du pouvoir d'agir du sujet et renforcer la compréhension de la situation que nous accompagnons. Ces deux catégories contribuent au processus de subjectivation décrit par Bourgeois (2018). Comme nous l'avions souligné dans le chapitre 6, dans sa relation à autrui, le sujet se construit autour de quatre dimensions : le sentiment d'exister, l'agentivité, l'indépendance et la réflexivité. Notons que « pour être soi, il est nécessaire de participer à ce qui n'est pas soi » (Flahault, 2009, p. 24). Le processus de subjectivation contribue à l'émancipation dans sa dimension individuelle sous forme de transformation de soi, par des déplacements dans son système de représentation (Charbonnier, 2013). Le TESS semble permettre aux individus-sujets d'être au cœur d'une pratique sociale, dans notre situation celle d'une ingénierie de formation co-élaborée, dont ils peuvent partager les enjeux. Les interactions sociocognitives sont des :

> sources potentielles de remise en question et de transformation des façons de penser et d'agir du sujet, ou par le soutien socioaffectif et les possibilités d'échange de reconnaissance qu'elles peuvent lui offrir, ainsi que les occasions d'expérimenter, dans un espace en principe sécurisé, d'autres positionnements par rapport à autrui (Bourgeois, 2018, p. 72).

Le TESS permet aux individus sujets engagés dans le projet de la R-I de travailler leurs rapports aux pairs, aux savoirs, et à soi favorisant le processus de subjectivation.

1.2 Co-élaborer des dispositifs : un changement de « place » possible

La posture « se déplacer » se situe entre le pôle « sujet » de l'axe savoir Être et le pôle « transformer » de l'axe savoir Action (Delvaux & Delvaux, 2012). Dans l'analyse des discours des acteurs, nous retrouvons les mêmes catégories dans le groupe (1) et dans le groupe (2) (Annexe 36). Nous les avons interrogés sur : *Quels sont les intérêts que vous voyez à la mise en place de ce travail collaboratif pluridisciplinaire pour vous ?*

Avec le principe participatif de la R-I et la non-hiérarchisation des rapports entre les acteurs de la sphère de la Recherche et ceux de la sphère de l'Intervention, le TESS va favoriser la mise en tension de deux dimensions de l'émancipation : la dimension sociale à travers la notion de place et la dimension individuelle, c'est-à-dire une transformation de soi. Nous retrouvons dans les discours des professionnels la possibilité au sein du TESS et par le travail de co-élaboration des savoirs de vivre des déplacements dans les quatre dimensions de Marcel (2017) : professionnelle, individuelle, symbolique et sociale. La notion de déplacements fait référence à

l'émancipation dans sa dimension sociale. Les rapports sociaux assignent les individus à des places, les déplacements « consistent à s'extraire du positionnement auquel il se trouvait assigné au départ et à conquérir un positionnement plus conforme à ses aspirations » (Marcel, 2017, p. 405). L'objectif du collectif va être d'échanger sur ces situations insatisfaisantes en prenant une certaine distance critique (Tinant, 2012). Nous proposons ci-dessous un extrait des tableaux d'analyses :

Catégories	Sous-catégories	gpe	*Verbatim*
Se déplacer par rapport à la dimension professionnelle	Améliorer ou changer les pratiques professionnelles		*Après sur le terrain, comme je vous ai dit pour moi, c'est un support, c'est une aide, donc, non seulement pour ce thème précis, mais en plus je vais m'appuyer dessus pour développer sur d'autres thèmes (soignant, t0).*
Se déplacer par rapport à la dimension sociale	Comprendre la situation		*Alors moi l'intérêt que j'y trouve, c'est qu'il y a des regards croisés (encadrant, t0).*
	Se sentir responsable		*Voilà je suis impliqué avec les étudiants et j'essaye de leur apporter, moi, mon expérience, j'essaye de leur donner mes outils que je me suis construits moi (soignant, t0).*
Se déplacer par rapport à la dimension individuelle	Développer sa capacité d'agir		*De toute façon, forcément, j'apprends des choses, on est forcément à l'intérieur, puis même dans ma pratique ça me permet aussi de comprendre des fois certains cheminements intellectuels ou des choses, des façons de faire qui ne sont pas, qui ne sont pas les miennes parce qu'on a des formations différentes (expert, t0).*
Se déplacer symboliquement (reconnaissance)	Se sentir valorisé		*Moi, ça va m'apporter la satisfaction d'avoir pu éventuellement donner ça de ma petite place parce que je ne vais pas le donner toute seule, mais d'avoir participé à ça (soignant, t0).*

Tableau 39 : Extrait du tableau d'analyse de la posture "se déplacer" groupe 1 (Hédacq, 2023)

Tout d'abord, au niveau de la dimension professionnelle, les déplacements peuvent concerner une catégorie que nous avons nommée « améliorer ou changer ses pratiques ». Elle concerne l'usage des dispositifs de formation dans les deux situations (pour les nouveaux-arrivants et pour le rangement des armoires à pharmacie). Dans le groupe (1) et dans le groupe (2), nous observons que le groupe socioprofessionnel des soignants est porteur de cette catégorie. Il s'agit dans ce projet collectif de travailler soit sur un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants soit sur un guide d'usage des armoires à pharmacie. Ces deux dispositifs seront utilisés préférentiellement par les soignants qui d'une part accueillent quotidiennement les nouveaux-arrivants et d'autre part utilisent l'armoire à pharmacie tous les jours. Ils envisagent autour de ce déplacement dans la dimension professionnelle une possibilité de transformation et d'amélioration de la situation qu'ils vivent. Ces déplacements concernent leurs façons de faire au quotidien : « *après sur le terrain, comme je vous ai dit pour moi, c'est un support, c'est une aide, donc, non seulement pour ce thème précis, mais en plus je vais m'appuyer dessus pour développer sur d'autres thèmes* » (soignant, entretien t0, GT 1). C'est en changeant leurs façons de faire qu'ils peuvent améliorer la situation extérieure. Cela touche à la dimension de l'indépendance dans le processus de subjectivation décrit par Bourgeois (2018) : « se détacher de son modèle pour suivre son propre chemin » (p. 102).

Dans le groupe 2, nous identifions que les encadrants et les experts envisagent également une « amélioration ou un changement de leurs pratiques ». Cela concerne les pratiques professionnelles d'encadrement : « *puis après peut-être la répliquer aussi dans mes équipes aussi…parce que là, le but, c'est d'en sortir un référentiel avec la possibilité de ranger nos armoires à pharmacie différemment suivant, plusieurs, plusieurs exemples, on va dire on aura plusieurs, et peut-être que moi du coup on va pouvoir ranger les pharmacies… »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Mais également, la transformation possible concerne la transmission du savoir au sein de l'organisation pour devenir une organisation apprenante « *oui je trouve que c'est toujours enrichissant d'avoir le regard d'un autre, d'utiliser le regard de l'autre, moi je peux donner mon regard, mais aussi accepter le regard de l'autre sur mon travail, sur ce qui est fait dans mon unité, ça, ça, me, je trouve que c'est comme ça qu'on arrive à faire des organisations apprenante en fait, et à se transmettre… »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Pour la catégorie socioprofessionnelle des experts, le déplacement professionnel concerne une « remise en question de ses pratiques » : « *et ça va comme je te disais au départ, ça va peut-être me requestionner, sur nous, mon fonctionnement à logipharma sur nos pratiques et voir qu'est-ce qu'on peut simplifier, par exemple, exemple bête on parlait de, du rangement par forme pharmaceutique, enfin si les gens ils rangent par formes, est-ce que demain nous il faut pas qu'on s'ouvre sur le fait de faire des cartons par forme pharmaceutique parce que le rangement va être plus simple, des choses comme ça, de revenir, de se questionner sur les contraintes qu'on met nous et est-ce que nous, est-ce qu'il y a des choses qu'on peut mettre en place qui peuvent être facilitante »* (expert, entretien t0, GT 2). L'objectif de cette amélioration se centre sur l'utilisation du dispositif : « *Bien oui, parce que quand même arriver, parce que franchement c'est hyper frustrant de se dire tu travailles et tu penses que tu travailles bien, mais au final ça ne sert à rien, c'est hyper frustrant quand même, donc oui… de se dire « non, non, on a fait un truc ensemble et puis en fait ça sert quoi…* » (expert, entretien t0, GT 2). Ce dernier exemple renvoie au sentiment d'utilité.

Les déplacements au sein de la dimension sociale concernent deux sous-catégories « comprendre la situation » et « se sentir responsable ». Nous retrouvons ces deux catégories pour les deux groupes de travail ainsi que dans chaque groupe socioprofessionnel. Le partage d'expérience pour les acteurs semble permettre de comprendre la situation parfois même d'amorcer une prise de conscience de la situation « *Oui, quand même parce que ça permet d'avoir tous les avis justement à tous les niveaux, moi par exemple, je ne savais pas que, que, les nouveaux-arrivants ils étaient un peu jetés comme ça, bon pas partout, elles avaient l'air de dire pas partout, mais quand même voilà… »* (expert, entretien t0, GT 1) et de favoriser une prise de recul « *ça permet de prendre un peu de distance sur le quotidien* » (encadrant, entretien t0, GT 1) ce qui nous semble intéressant à souligner, c'est que ces deux sous-catégories sont portées pour le groupe 1 par les groupes socioprofessionnels des experts et des encadrants.

Dans le groupe 2, nous retrouvons la catégorie « comprendre la situation ». Les acteurs verbalisent différents éléments. D'une part, comprendre la situation et/ou se rendre compte de la situation (3) peut participer à faire du lien au niveau social « *Oui le lien, c'est de par ces groupes que je vais, bon se rendre compte c'est une chose, mais après créer du lien avec les acteurs, les différents acteurs, moi, les soins je ne les connais pas… »* (encadrant, entretien t0, GT2) ; « *Bien déjà j'aime bien parce qu'au final je trouve que c'est riche, c'est enrichissant de*

travailler, de se rendre compte de, on n'est pas dans notre bulle à croire que le reste du monde est contre nous, non, mais c'est vrai je trouve qu'il faut qu'on échange » (encadrant, entretien t0, GT2). D'autre part, comprendre la situation permet de développer sa culture (2), échanger (4), partager (1) : « *Bien oui ça permet de partager un petit peu, de voir les difficultés dans d'autres services, c'est ce que j'ai vu la dernière fois, des fois tu hallucines en fait, sur, enfin on n'est pas tous logés à la même enseigne et on n'a pas toutes les mêmes chances peut-être ou enfin voilà quoi les mêmes problématiques c'est bien d'aller voir ailleurs ce qui se passe »* (soignant, entretien t0, GT2) ; « *oui parce que du coup tout le monde n'a pas la science infuse et n'a pas les points de vue de tout le monde et du coup comme je te disais au début, le débat est enrichissant et du coup on va se dire « ah oui mais elle fait comme ça parce qu'il y a des difficultés ou parce que c'est plus simple »* (expert, entretien t0, GT2)

La deuxième sous-catégorie dans la dimension sociale concerne « se sentir responsable/s'investir ». Il s'agit pour les acteurs de s'investir auprès de leur équipe ou dans le travail « *Oui, pour moi personnellement, à moi j'aime bien m'investir dans des, et puis j'ai un petit orgueil qui dit « moi j'y ai travaillé dessus »* […] *malgré tout vous vous dîtes, bien déjà vous connaissez le produit parce que c'est vous qui avez travaillé à le faire donc c'est plus facile, après d'expliquer aux gens, vous êtes aussi une personne référente dans le service, puis bon ça vous implique aussi, moi venir travailler faire ma journée et repartir sans m'impliquer dans rien je ne trouve pas ça intéressant, je ne veux pas dire que mon travail est purement alimentaire, moi j'ai besoin de m'investir… »* (soignant, entretien t0, GT 2). Mais aussi de se sentir responsable par rapport aux besoins identifiés *: « c'est, et puis en plus moi quand je me vois aussi dans le sens inverse être la personne qui va devoir accompagner les équipes par rapport à ce qui va être mis en place et de dire qu'on a travaillé en groupe c'est aussi prendre en compte, voilà on a pris leurs besoins en compte, mais voilà ça a vraiment était un échange et du coup je pense que c'est comme ça qu'on fait avancer les choses »* (encadrant, entretien t0, GT2). Un sentiment de responsabilité par rapport aux pairs est identifiable : « *je pense que notre métier, c'est vraiment, c'est une grande partie de transmission, pour moi, c'est très important quand on a des, des infirmiers qui nous disent « non moi, je n'aime pas avoir des étudiants, je n'aime pas avoir des nouveaux-arrivants je fais mon truc et je n'aime pas » voilà, c'est malheureusement, la moitié du taf en fait. C'est super important de transmettre ce que tu sais donc, voilà, c'est un sujet qui me touche particulièrement* » (soignant, entretien t0, GT 1).

Nous notons également des déplacements dans la dimension individuelle. Cette dimension est identifiable dans chacun des groupes socioprofessionnels (expert, encadrants, infirmiers) du groupe de travail 1 et seulement chez les soignants du groupe 2. Nous retrouvons des éléments sur le « développement de la capacité d'agir » des acteurs : il s'agit de pouvoir participer activement à un projet dans l'établissement « *Oui et bien de grandir encore plus, c'est-à-dire de voilà, de tout, tout projet, tout sujet, permet de mettre une pierre personnelle à l'édifice et c'est comme ça qu'on grandit. Moi, c'est, je suis friand de tout ça »* (soignant, entretien t0, GT 1), d'avoir d'autres regards sur la situation « *Une bonne expérience, des rencontres avec des personnes que je ne connais pas et qui vont très certainement m'apporter un autre regard sur plein, plein de petits points différents »* (soignant, entretien t0, GT 1), « *Oui, si je me suis inscrit dans le groupe oui, oui plus de rencontrer diverses personnes et de me remettre sur une dynamique de réflexion, de processus de construction de projets voilà* » (encadrant, entretien

t0, GT 1). Cette capacité d'agir va permettre aux acteurs de mieux comprendre la situation : « *De toute façon, forcément, j'apprends des choses, on est forcément à l'intérieur, puis même dans ma pratique ça me permet aussi de comprendre des fois certains cheminements intellectuels ou des choses, des façons de faire qui ne sont pas, qui ne sont pas les miennes parce qu'on a des formations différentes »* (expert, entretien t0, GT 1). Pour certains, il s'agit aussi de se sentir actif dans l'institution « *ça permet aussi de se sentir actif dans le projet institutionnel, de dire « voilà, on a des difficultés au quotidien et qu'est-ce qu'on peut mettre en œuvre », ce n'est pas juste râler ou de faire constater, c'est aussi être actif et de pouvoir aider à faire évoluer la structure et pas rester que dans son unité »* (encadrant, entretien t0, GT 1). Cette capacité d'agir peut permettre de participer à la prise de décision : « *Déjà aussi mettre, pas une pierre à l'édifice, mais, oui c'est ça, être impliqué dans un projet qui pour moi, c'est, ça me, je sais que je suis intéressée par ça,* » (soignant, entretien t0, GT 2).

Enfin, nous soulignons que les acteurs identifient des <u>déplacements symboliques</u> qui sont préférentiellement verbalisés par le groupe socioprofessionnel des soignants. Il s'exprime sous la forme de « se sentir valorisé » par leur participation à ce projet : « *Moi, ça va m'apporter la satisfaction d'avoir pu éventuellement donner ça de ma petite place parce que je ne vais pas le donner toute seule, mais d'avoir participé à ça »* (soignant, entretien t0, GT 1), « *Mais pour nous c'est hyper valorisant, pour moi personnellement, c'est très valorisant, qu'on me demande personnellement de participer, faut être honnête, c'est très, très, valorisant »* (soignant, entretien t0, GT 1) ; « *Moi, je suis, comment dire ça me, ça me valorise, grave, je ne suis pas dans le soin, mais ça me fait voir autre chose, ça m'amène* […] *Mais oui, oui après ma chef, ça arrivera peut-être d'autrefois, mais bon, moi ça me valorise beaucoup, j'ai l'impression de voir un autre aspect du métier, moi ça fait 16 ans que je suis infirmière ce n'est pas foufou mais bon, on conserve l'expérience, on a envie d'apporter autre chose* » (soignant, entretien t0, GT 2). Au-delà de la notion de valorisation, certains acteurs évoquent de la considération : « *au contraire c'est le fait d'être inclus dans un groupe de travail pluridisciplinaire ça veut bien dire qu'aussi à tous les niveaux, on porte de l'importance à l'autre et nous on accepte l'idée que les autres ont leur idée il faut les accepter, et inversement on va dire que la hiérarchie accepte d'entendre aussi nos besoins, et moi je le vois comme ça c'est que, c'est enrichissant, c'est valorisant »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Se sentir valorisé fait référence à la notion de reconnaissance et donc au besoin d'exister du sujet : « les autres jouent un rôle capital dans l'estime de soi, par le regard qu'ils portent sur nous, du moins tel que nous le percevons » (Bourgeois, 2018, p. 88). Le fait de se sentir valorisé peut augmenter l'estime de soi, renforcer la confiance en soi et contribuer à une transformation de soi.

Pour les professionnels du groupe de travail (1), nous identifions dès leur participation et leur engagement dans le projet la possibilité de vivre des déplacements autour des quatre dimensions de Marcel (2017) : professionnelle, individuelle, sociale et symbolique. Ces déplacements mettent en tension les dimensions individuelle et sociale de l'émancipation. L'ensemble de ces déplacements verbalisés conduit à une possibilité de remettre en cause ses schémas de compréhension du monde par le partage d'un projet collectif et la confrontation des points de vue. Chacun peut remettre en question ses connaissances sur la situation, ses représentations, mettre en débats ses idées, ses valeurs. L'ensemble des déplacements évoqué par les acteurs du groupe (2) renforce l'analyse que nous avons mentionnée pour le groupe 1. Il s'agit au travers de ce travail pluridisciplinaire de co-élaborer des savoirs. L'ensemble des déplacements que font les acteurs dans les quatre dimensions de Marcel (2017) ouvre une perspective de transformation de certaines représentations de la situation et d'envisager d'autres possibles centrés sur la participation de l'ensemble des acteurs à la prise de décision et à l'innovation.

1.3 Prendre part à la transformation sociale

Nous avons interrogé les acteurs des groupes de travail sur : *qu'est-ce qui vous a amené à vous engager dans ce travail ?* Ainsi que sur : *Quelles sont vos attentes par rapport à ce travail collaboratif ? Quels sont les intérêts que vous voyez à la mise en place de ce travail collaboratif pluridisciplinaire : pour les professionnels de santé ? Pour l'organisation ?*

Ce sous-chapitre de résultat décrit deux éléments : l'engagement des acteurs dans le projet ce qui correspond à la posture d'analyse « s'engager » et la mise en réseau de l'action ce qui correspond à la posture « s'allier » (Annexe 37 et Annexe 38).

1.3.1 S'engager : d'un intérêt personnel vers un intérêt pragmatique

À la question : *qu'est-ce qui vous a amené à vous engager dans ce travail ?* Les acteurs du groupe de travail (1) et (2) s'engagent dans le projet par rapport à deux motifs : un personnel et un pragmatique. Nous identifions, de l'intérêt intellectuel pour le projet : « *Alors, moi j'avais déjà participé au pré travail qui avait été fait en 2014 sur la formation des nouveaux-arrivants* […] *finalement vous m'avez parlé qu'il y allait avoir une réactivation de ce groupe et que du coup ça m'intéressait de repartir dedans »* (encadrant, entretien t0, GT 1), « *oui tu m'as contacté, je trouve que le travail est intéressant »* (soignant, entretien t0, GT 1). Le thème du projet sur la sécurisation médicamenteuse attire les participants « *Alors, qu'est-ce qui fait, c'est que ça concerne le médicament et la sécurisation, la traçabilité »* (encadrant, entretien t0, GT 1). Pour le groupe de travail (2), des motifs personnels de l'engagement sont également identifiés. Le projet peut faire sens avec la vision du monde que peuvent avoir les acteurs de la situation : « *Et du coup moi ça me plaît, ça m'a parlé, ça me paraît hyper cohérent »* (soignant, entretien t0, GT 2). Le projet peut interpeller les acteurs et leur donner envie de « faire autrement » : « *Alors, c'est une volonté, enfin vraiment ce qui m'a, j'ai trouvé que ce groupe de travail et ta thèse est arrivée vraiment, enfin, quand on a eu vraiment la première présentation, en réunion COMEDIMS sur la transmission du savoir, mais franchement c'est un truc, c'est tellement ce qui nous manque dans cet établissement, dans cette institution* » (expert, entretien t0, GT 2). Nous retrouvons comme pour le groupe (1) un intérêt intellectuel, cette

sous-catégorie est présente pour tous les groupes socioprofessionnels (encadrants, expert et soignants) : « *On me l'a proposé, on ne me l'a pas imposé, mais moi, j'aime bien travailler dans des groupes de travail un peu différent »* (encadrant, entretien t0, GT 2) , « *C'est la cadre qui m'a proposé et comme moi ça m'intéresse un peu tout ça* » (soignant, entretien t0, GT 2), « *Parce que moi j'avais aussi, il n'y avait pas que la partie armoires qui m'intéressait c'était par rapport à la partie stock déporté* […] *Voir ce qu'il allait être dit* » (expert, entretien t0, GT2).

Le groupe socioprofessionnel des soignants souligne que l'engagement dans le projet leur permet aussi de prendre du recul par rapport à leurs pratiques, de les valoriser, voire de transformer leurs pratiques professionnelles : « *et ça me permet aussi de sortir un peu des soins et ça peut aussi être bien, parce que moi je vous dis, ça va faire 13 ans que je suis infirmière donc, j'aime bien aussi les actions à côté, ça m'intéresse personnellement et ça me permet déjà de couper et de faire aussi autre chose et puis je me dis après tout s'il y a des choses qui se changent dans mon service et que je peux m'y investir dedans, c'est un peu, c'est un peu glorifiant »* (soignant, entretien t0, GT 2), « *ça m'intéressait aussi parce que c'est la pratique de tous les jours »* (soignant, entretien t0, GT 2), « *Dans celui-là et bien on me l'a proposé, voilà, moi ça me semble intéressant, alors j'ai dit oui puisque voilà ce que je te disais, j'ai l'impression d'avoir certaines connaissances et d'être en lien avec plusieurs entités et que voilà ça me semblait intéressant, en plus je fais partie du groupe de travail pharmacie sur l'hôpital des enfants donc ça fait un lien supplémentaire »* (soignant, entretien t0, GT 2).

Nous notons ensuite l'expression d'un engagement pour un « intérêt plus pragmatique » pour le projet. Nous identifions un objectif de mettre en place un dispositif de formation centrée sur la pratique par la manipulation des dispositifs, des ateliers : « *Je suis engagé moi, sur tout ce qui est quand même pratique* » (encadrant, entretien t0, GT 1). Nous identifions la verbalisation d'une représentation de la situation par un acteur qui verbalise que l'écart de pratiques des nouveaux-arrivants pourrait être dû à la formation initiale qui serait trop théorique : « *je pense que la formation, on a beaucoup intellectualisé cette formation, on est beaucoup sur la démarche réflexive […]alors qu'on devrait être plus sur des apprentissages très pratico-pratique, très concrets sur des, des, systèmes invasifs à risque, sur tout ce qu'on fait, on le voit bien malheureusement avec les enquêtes de la COMEDIMS et les erreurs qui sont commises par les infirmières »* (encadrant, entretien t0, GT 1). L'intérêt pragmatique des acteurs pour ce projet permet de faire émerger certaines représentations de la situation, c'est-à-dire « l'écart de pratiques » et les causes de cet écart. Ici, par exemple est évoquée la réforme de l'ingénierie de formation des infirmières de 2009. La réingénierie du diplôme infirmier est souvent évoquée dans le groupe de travail (1), elle est parfois « critiquée » entre les infirmières issues de l'ancien référentiel de formation et les infirmières post 2009. Nous retiendrons que les différentes réformes de la formation infirmière (1969, 1972, 1992) ont renforcé la mise en œuvre d'une formation par alternance théorie-pratique. Un des faits marquants concerne l'universitarisation du diplôme infirmier en 2009 : la formation professionnelle s'appuie maintenant sur une approche par compétences (Piot, 2015). La formation initiale a muté, les évaluations en situation de soins ne sont plus présentes, les étudiants valident des unités d'enseignement transversales. Les acteurs du groupe de travail interrogent au travers de l'intérêt pragmatique l'efficacité de la formation initiale dans les

causes des écarts de pratiques que nous avons développés dans le chapitre 10. L'intérêt pragmatique se retrouve également dans la notion « d'identification d'un besoin et la volonté d'y apporter une réponse » (3 acteurs verbalisent la notion de besoin dans le GT 1) : « *De me dire que sur un retour d'expérience de plein de gens, sur aussi sur faire une, une, réponse à un besoin, ça aurait été une formation, un projet sur quelque chose qu'on crée sans avoir un besoin, je pense que j'aurais été moins intéressé, mais là ce qui m'intéresse c'est qu'on part d'un réel besoin, je pense, en plus ça me touche entre guillemets parce que j'étais nouvel-arrivant il n'y a pas si longtemps que ça »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Nous trouvons également la sous-catégorie de l'intérêt pragmatique au sein du groupe (2). Elle est portée par les trois groupes socioprofessionnels (encadrants, experts, soignants). Les acteurs (3) identifient des besoins sur le terrain concernant le rangement des armoires à pharmacie : *« Déjà, comme j'étais référente, voilà, j'ai trouvé des difficultés, notamment ce que je vous ai dit tout à l'heure, les nouveaux marchés, le rangement, les médicaments des patients, qu'est-ce qu'on en fait ? Donc ça, c'est vraiment des problèmes qu'on a au quotidien, les erreurs qu'on peut faire par rapport au rangement, au rangement, qui n'est peut-être pas optimal »* (soignant, entretien t0, GT 2). Des possibilités de changement des pratiques (4 acteurs) sont évoquées notamment par le groupe socioprofessionnel des experts qui souligne que : « *parce qu'outre le fait que chacun jusqu'à présent, on avait vraiment la fâcheuse idée de travailler en silo, chacun dans sa corporation, et d'être toujours sur de la transmission descendante, en se disant bien voilà c'est comme ça qu'il faut penser et prenez-vous ça dans la figure et appliquer le et ça , ça, a été notre mode de communication et de fonctionnement depuis toujours, moi j'ai connu que ça… et forcé de constater depuis des années que ça ne fonctionne pas, qu'on n'y arrive pas, donc franchement pour moi c'était vraiment une opportunité d'expérimenter autre chose et je pense que c'est la bonne méthode… voilà »* (expert, entretien t0, GT 2).

Dans cette catégorie sur l'intérêt pragmatique pour le groupe 2, il y a la sous-catégorie « répondre à un besoin » : « *Donc ça, ça, m'a parlé, et ça oui moi, j'ai envie que, voilà, on arrive à se faciliter la vie et en étant en sécurité »* (soignant, entretien t0, GT 2). La réponse au besoin des professionnels de santé est vue également comme un facteur de qualité de vie au travail : « *après moi, c'est un sujet qui me tient un peu à cœur parce que du coup je sais qu'ils manipulent des médicaments à risques dans l'unité, et que c'est un facteur de stress aussi pour l'équipe, donc du coup, tout ce qui peut être vu en amont, et clarifier, fait diminuer aussi le stress au travail, pour les équipes, en termes de stresseurs, intrinsèques, comme on travaille sur la qualité de vie, sur l'organisation du travail, moi je vois plein de choses qui dysfonctionnent dans mon unité et pour l'instant seule, je n'ai pas des éléments concrets de réponse à leur apporter »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

Les résultats concernant la posture « s'engager » nous permettent d'identifier que les acteurs verbalisent tout d'abord, pour leur engagement dans ce projet collectif, des motifs personnels : un intérêt intellectuel, un intérêt pour la formation, un projet qui a du sens. Nous notons qu'au fur et à mesure de l'échange, un déplacement est identifiable par un glissement de cet intérêt personnel vers un intérêt pragmatique. Il s'agit alors de participer à la transformation de la situation problématique, ils s'engagent à participer à la construction collective d'une action. Dans la société « plus juste » qu'ils envisagent de construire, il s'agit de répondre aux besoins des soignants sur la problématique de l'administration médicamenteuse chez les nouveaux-arrivants et le rangement des armoires à pharmacie. L'intérêt pragmatique est porteur d'une forme de bienveillance et de soutien face aux difficultés rencontrées.

1.3.2 Mise en réseau d'une action politique

La posture « s'allier » s'opère entre le pôle « comprendre » et le pôle « acteur » et « renvoie à la nécessaire mise en réseau de l'action » (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3). Faire alliance, ici, retrace la mise en réseau de l'action des acteurs dans ce projet co-élaboré (Annexe 38). Il s'agit de construire un savoir commun associé à des valeurs communes, cette construction nécessitant une participation active dans le projet, ici, la co-élaboration d'un dispositif de formation. Les acteurs du groupe (1) semblent mettre en œuvre une action que nous pourrions qualifier de sociopolitique associée à trois sous-catégories représentées dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Sous-catégorie	gpe	*Verbatim*
Mise en réseau d'une action socio politique	Envisager la pluridisciplinarité comme une force		*Les intérêts, oui, c'est certain, l'intelligence collective, c'est ça, c'est arriver à, à développer à plusieurs avec des compétences différentes et variées pour aller plus loin. Le 1+1=3, c'est ça, c'est ça, c'est vraiment de pouvoir faire grandir ce sujet et de ne pas se priver des compétences des uns et des autres* (soignant, t0*)*
	Alerter l'institution sur les besoins identifiés		*Vraiment moi, j'ai envie que les institutions, enfin que l'institution, se rende compte qu'on ne peut pas attendre d'une nouvelle infirmière un éveil et puis comment dire une attention aussi particulière si derrière on ne les a pas encadrés à le faire comme il se doit* (soignant, t0)
	Partager les différents savoirs pour transformer		*Moi, personnellement en tout cas ce que j'attends c'est d'une part qu'on est vraiment un partage d'expérience entre les différents professionnels et de vraiment arriver à bien évaluer les problématiques des soignants, même si moi je les vois d'un certain côté, je ne vois peut-être pas tout et il y a des choses qui m'échappent (expert, t0)*

Tableau 40 : Extrait du tableau posture « s'allier » GT 1 (Hédacq, 2023)

Dans un premier temps, chaque groupe socioprofessionnel (expert, encadrant et soignant) envisage « la pluridisciplinarité comme une force ». Nous soulignons une absence de hiérarchie dans l'importance accordée aux différents points de vue : « *Là, le fait que ce soit multi professionnel et de multiples horizons, je trouve que ça permet d'avoir une vision globale et précise des besoins qu'on peut avoir, de pouvoir repérer des points communs et éventuellement de faire un socle commun, c'est pluriprofessionnel* […] *donc ça peut amener aussi un travail collaboratif de convergence entres les médecins et les soignants* » (encadrant, entretien t0, GT 1). La pluridisciplinarité est identifiée comme le reflet d'une intelligence collective : « *Les*

intérêts, oui, c'est certain, l'intelligence collective, c'est ça, c'est arriver à, à développer à plusieurs avec des compétences différentes et variées pour aller plus loin. Le 1+1=3, c'est ça, c'est ça, c'est vraiment de pouvoir faire grandir ce sujet et de ne pas se priver des compétences des uns et des autres » (soignant, entretien t0, GT 1). Certains considèrent que le savoir ainsi élaboré est plus représentatif de la situation parce qu'au plus près des besoins : « *Et le fait que ça soit collaboratif et pluridisciplinaire je pense que c'est une vraie plus-value parce que de toute façon il n'y a pas que notre petite expérience d'infirmier qui fait ça, c'est obligé que pour un savoir théorique, il faut aussi qu'on ait d'autres personnes[…], mais oui de toute façon plus il y a du monde plus il y a d'idées plus il y a de bonnes idées, on va dire* » (soignant, entretien t0, GT 1). Dans cette situation, la pluridisciplinarité est vue comme une force permettant de mettre en marche l'action envisagée.

Une sous-catégorie concerne « alerter l'institution sur les besoins identifiés », en regard de leurs expériences les acteurs explicitent que l'accompagnement des jeunes professionnels sur le terrain peut parfois être difficile à mettre en place « *Vraiment moi, j'ai envie que les institutions, enfin que l'institution, se rende compte qu'on ne peut pas attendre d'une nouvelle infirmière un éveil et puis comment dire une attention aussi particulière si derrière on ne les a pas encadrés à le faire comme il se doit. Mon souhait, c'est vraiment d'alerter sur cette situation »* (soignant, entretien t0, GT 2). Dans la troisième sous-catégorie « partager les différents savoirs pour transformer », le partage d'expérience est identifié comme une possibilité de créer un dispositif de formation optimal : « *Mes attentes hormis le fait de m'impliquer, d'échanger avec une équipe pluridisciplinaire, en fait voilà venant de différents domaines, voir comment ça se passe ailleurs et avoir la vision un peu de chacun et à arriver à une vision, un objectif dans tous les cas à construire un mécanisme, un processus de formation, voilà qui soit optimal »* (encadrant, entretien t0, GT 1).

Nous retrouvons une analyse similaire pour le groupe (2) comme l'extrait du tableau d'analyse ci-dessous le montre :

Catégorie	Sous-catégorie	gpe	*Verbatim*
Mise en réseau d'une action socio politique	Envisager la pluridisciplinarité comme une force		*Et justement, que nous qu'on soit inclus les infirmiers, sur le terrain, moi, je n'ai jamais vu ça, et je trouve ça génial, parce que du coup, on peut peut-être essayer de prendre en compte nos difficultés et de proposer quelque chose qui va être adapté à nous avec l'accord des experts, et ça, c'est énorme* (soignant, t0)
	Partager les différents savoirs pour transformer		*Et bien d'arriver à se sortir de notre routine, et de notre truc « je fonce, je fonce, je fonce », ne serait-ce que ça, de se réunir et de se dégager, de prendre le temps, de se réunir ensemble et d'échanger, je pense que ça va créer du liant, petit à petit, on va apprendre les uns des autres, et j'espère arriver à trouver un langage commun… (expert, t0)*
	Mettre en marche l'action		*Je vais apporter ma contribution, donc là j'ai bien compris au début, donc, c'est moi qui faisais vraiment le lien, qui essayait de former un groupe, par des soignants, alors c'est vrai que j'ai plus de connaissances dans mon réseau pour former un groupe un petit peu pluridisciplinaire (encadrant, t0)*

Tableau 41 : Extrait du tableau d'analyse de la posture « s'allier » GT2 (Hédacq, 2023)

Nous identifions également la sous-catégorie : « envisager la pluridisciplinarité comme une force ». Les acteurs verbalisent qu'ils sont rarement sollicités pour la construction d'un dispositif au sein de l'institution : « *Et justement, que nous qu'on soit inclus les infirmiers, sur le terrain, moi, je n'ai jamais vu ça, et je trouve ça génial, parce que du coup, on peut peut-être essayer de prendre en compte nos difficultés et de proposer quelque chose qui va être adapté à nous avec l'accord des experts, et ça, c'est énorme, moi, je trouve ça, quand ma chef m'a dit « est-ce que tu veux participer ? », mais bien sûr, je n'ai jamais vu ça moi »* (soignant, entretien t0, GT 2). Notons que dans ce travail participatif ils peuvent donner leur avis : « *L'avantage que je vois c'est que là, on nous demande vraiment de participer, après je ne sais pas comment c'est fait d'habitude si tu veux, en fait peut-être qu'en effet c'est des professionnels de terrain qui le font, mais là en étant sur le terrain on peut dire « eh bien non là ce qu'on nous demande ce n'est pas possible, ce n'est pas réalisable »* (soignant, entretien t0, GT 2). Les acteurs envisagent de donner leurs avis tout en respectant l'aspect réglementaire : *« Le côté pluridisciplinaire c'est que je vois les problématiques de tout le monde, que ce n'est pas que le terrain qui a raison, je pense qu'il y a des obligations, si les obligations elles ont été posées c'est qu'il y a un intérêt quelque part […]. Et du coup, il y a besoin d'avoir toutes les visions pour qu'on fonctionne tous »* (soignant, entretien t0, GT 2). Cette notion de partage des points de vue est également portée par le groupe des experts et des encadrants « *alors que là, la solution elle se construit ensemble et l'avancée, la réflexion, les personnes avancent ensemble en fait […]du coup ça permet de plus intégrer tout le monde dans la démarche, de comprendre aussi les difficultés de chacun et chacun prend les points de vue de tout le monde et du coup on arrive à construire la solution ensemble et pas seulement sur un point de vue… »* (expert, entretien t0, GT 2) et cela favorise in fine la communication interdisciplinaire « *À moi, c'est créer du lien, pour moi la communication c'est la base et dans l'hôpital, ce n'est pas, c'est général, la communication est compliquée parce qu'en fait, la communication déjà, elle est déjà compliquée avec nos pairs, avec notre pôle, avec en fait déjà dans notre spécialité, voilà, c'est comme ça, c'est parce qu'il y a beaucoup de strates à l'hôpital »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

La mise en réseau d'une action sociopolitique repose également sur la sous-catégorie « partager les savoirs pour transformer ». L'action envisagée est vue comme une amélioration de la situation actuelle : « *Voilà, et de faire ce travail-là, ça va être un énorme brainstorming »* (soignant, entretien t0, GT 2) ; «*Pour les professionnels de santé ça permet de prendre en compte les points de vue ce que je te disais tout à l'heure, les points de vue de chacun, que chacun intègre des exigences réglementaires qui sont différentes, la pharmacie va avoir des exigences, le soignant va avoir d'autres exigences et du coup ça permet de confronter un peu les points de vue et de se dire bon OK on a ces différents points de vue, qu'elle orga (organisation) on peut mettre en place pour répondre à toutes ces problématiques, aux problématiques soignantes, aux problématiques réglementaires donc du coup ça permet d'enrichir, je trouve, le débat et d'essayer de construire une solution ensemble et en intégrant tous les acteurs »* (expert, entretien t0, GT 2). Ce partage conduit à l'élaboration d'un nouveau savoir qui sera validé socialement par le collectif : « *Et bien d'arriver à se sortir de notre routine, et de notre truc « je fonce, je fonce, je fonce », ne serait-ce que ça, de se réunir et de se dégager, de prendre le temps, de se réunir ensemble et d'échanger, je pense que ça va créer*

du liant, petit à petit, on va apprendre les uns des autres, et j'espère arriver à trouver un langage commun… » (expert, entretien t0, GT 2).

Enfin, la dernière sous-catégorie permet d'identifier que certains acteurs se positionnent comme des pilotes pour mettre en marche l'action : « *je vais apporter ma contribution, donc là j'ai bien compris au début, donc, c'est moi qui faisais vraiment le lien, qui essayait de former un groupe »* (encadrant, entretien t0, GT 2), « *Eh bien peut-être aider à améliorer le rangement actuel de la pharmacie qui je pense n'est pas optimal »* (soignant, entretien t0, GT 2).

1.3.3 Mise en réseau d'une action pragmatique

Nous avons identifié dans les discours des professionnels du groupe de travail (1) et (2) une catégorie que nous avons nommée : « mise en réseau d'une action pragmatique » que ce soit pour créer un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants ou un guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie (Annexe 38). Plusieurs énoncés (groupe 1) concernent cette catégorie que nous avons nommée « la mise en réseau d'une action pragmatique : créer un dispositif de formation ».

Catégorie	Sous-catégorie	gpe	*Verbatim*
Mise en réseau d'une action pragmatique : créer un dispositif de formation	Inventer un dispositif aidant pour les nouveaux-arrivants		*Pour les nouveaux-arrivants, je pense que c'est un réel outil pour moins de stress (soignant, t0)*
			Dans l'idéal, moi, j'aimerais créer l'outil que j'aurais souhaité avoir, parce que c'était très difficile quand j'ai commencé en réanimation, comme je t'ai dit, je me suis senti vraiment à la guerre avec un bâton, c'est-à-dire, je ne me suis senti vraiment pas armé du tout pour la réanimation (soignant, t0)
	Finaliser le projet et répondre aux besoins des nouveaux-arrivants		*En tout cas, et qu'on arrive à répondre à cette question de formation des nouveaux arrivants, comment et avec qu'elle problématique, jusqu'à aujourd'hui on n'a quand même pas, pas, de réponse on n'a pas su répondre à cette question-là et ça semble, on voit bien que c'est une grosse lacune (expert, t0)*

Tableau 42 : Extrait du tableau d'analyse de la posture « s'allier » GT 2 (Hédacq, 2023)

Nous identifions une sous-catégorie « inventer un dispositif aidant pour les nouveaux-arrivants ». Nous constatons que les acteurs du groupe de travail, quelle que soit leur appartenance à un groupe socioprofessionnel (expert, encadrant ou soignant) sont préoccupés par ce que vivent les nouveaux-arrivants lors de l'entrée dans le métier. Cela peut donner au dispositif de formation envisagé des objectifs autres que celui d'un apprentissage centré sur les règles de bonnes pratiques. Les acteurs peuvent avoir comme objectif de permettre aux nouveaux-arrivants de travailler la gestion du stress : « *Pour les nouveaux-arrivants, je pense que c'est un réel outil pour moins de stress […]. Donc là pour les nouveaux arrivants, de se dire qu'il n'y a pas de stress […]je ne sais pas où on va aller, mais si cet outil c'était par exemple une petite pancarte, un petit livret avec des informations, qu'on l'a dans la poche et qu'on sait que si jamais, on a, que si jamais, on a un problème, un questionnement, on peut par exemple se référer à ça »* (soignant, entretien t0, GT 1). Le dispositif de formation est envisagé comme une aide dans cette période délicate de la prise de poste : « *Je pense que c'est vraiment gage de, on ne va pas encore rajouter à la, au fonctionnement, quelque chose d'inutile, je pense*

qu'on va aller vers quelque chose de concret, de pratique et puisque les premières réunions allaient vers ça, et qui va permettre vraiment d'aider les jeunes professionnels et de recadrer certaines choses » (encadrant, entretien t0, GT 1). Le besoin de soutien, d'accompagnement à la prise de poste est clairement identifié : « *Dans l'idéal, moi, j'aimerais créer l'outil que j'aurais souhaité avoir, parce que c'était très difficile quand j'ai commencé en réanimation, comme je t'ai dit, je me suis senti vraiment à la guerre avec un bâton, c'est-à-dire, je ne me suis senti vraiment pas armé du tout pour la réanimation »* (soignant, entretien T0, GT 1).

Pour mener à bien cette action pragmatique, les acteurs verbalisent qu'ils souhaitent aller jusqu'au bout du projet, ils poursuivent l'objectif d'être efficace pour répondre au mieux aux besoins des nouveaux-arrivants « *Qu'on soit efficace, qu'on arrive à pondre un beau projet et qu'il soit aidant pour les nouveaux professionnels, pour les nouveaux-arrivants* » (soignant, entretien t0, GT 1) *« Mon attente principale serait de dire qu'on arrive à aller jusqu'au bout du projet, avec quelque chose qui, qui soit représentatif de vraiment ce qu'on a voulu »* (soignant, entretien t0, GT 1).

Pour le groupe (2), la catégorie « mise en réseau d'une action pragmatique : créer un guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie » est également caractérisée par deux sous-catégories : « innover pour aider » et « finaliser pour répondre aux besoins ». Inventer un guide d'usage va pouvoir aider les professionnels de santé dans leur utilisation quotidienne de l'armoire à pharmacie : « *Bien, qu'on arrive à justement trouver des idées, qui peuvent nous faciliter la vie, et à nous anciens et aux nouveaux-arrivants et dans l'organisation de notre service aussi quoi, voilà, c'est arriver à trouver des choses concrètes à faire quoi »* (soignant, entretien t0, GT 2). Cela commence par écouter les difficultés du terrain : « *Alors, déjà qu'on les écoute, qu'on les entende, parce que souvent, les règles elles arrivent du haut, et on ne se soucie pas en fin de compte du terrain, de la base et pour moi je trouve que c'est, ce groupe est intéressant à ce niveau-là »* (encadrant, entretien t0, GT 2). Ce propos se poursuit en mettant en évidence une tension dans le rapport « savoir théorique/savoirs d'actions » *: « lorsque moi j'ai contacté les collègues cadres quand je leur ai dit qu'en fait que ce groupe permettrait du coup d'entendre, d'entendre et d'essayer, de comprendre pourquoi du coup, les pharmacies n'étaient pas rangées comme les directives institutionnelles, là tout de suite on m'a dit « ah pour une fois c'est bien, on va nous écouter » […]Ce sont eux qui font, ce sont eux qui pratiquent, alors au moins il faut qu'on les écoute »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

Le guide d'usage finalisé doit pouvoir répondre aux besoins « *Qui est un résultat qui soit perceptible et qui soit aussi vu par mes collègues, si l'on arrive à faire ces armoires et qu'elles conviennent à tout le monde, c'est, le fait que ça soit adapté au service »* (soignant, entretien t0, GT 2).

1.3.4 Co-élaborer un savoir action

La posture « s'allier » est également caractérisée par une troisième catégorie que nous avons nommée : « Co-élaborer un savoir action » (Annexe 38). Elle est présente pour les deux groupes de travail, mais avec des sous-catégories différentes pour les deux groupes (1) et (2).

Pour le groupe (1), « co-élaborer un savoir action » a pour visée d'améliorer l'accueil des nouveaux-professionnels ; d'améliorer la démarche qualité pour diminuer les risques pour les patients ; et développer les compétences des nouveaux-arrivants.

La première sous-catégorie « améliorer l'accueil des nouveaux professionnels » est portée par les encadrants, les experts et les infirmiers, chacun y distingue des éléments différents dans cette notion d'amélioration. Nous identifions :

- une forme de valorisation possible de l'établissement : « *je pense que pour la structure que c'est valorisant aussi pour la structure de proposer une formation, je pense que ça peut, peut-être attirer des gens de savoir que quand ils vont arriver ici, ils vont être formés* » (expert, entretien t0, GT 1),
- le constat d'un turn-over important dans la profession d'infirmier et la possibilité de diminuer la perte des savoirs dans les équipes : « *Oui, parce qu'il y a beaucoup de nouveaux-arrivants. En fait le problème principal, je pense, c'est surtout le fait qu'il y ait besoin de beaucoup d'infirmiers pour faire tourner un hôpital, et surtout que la durée de vie d'un infirmier est très courte, ce qui fait qu'il y a un renouvellement constant et je pense que c'est partout pareil, mais dans mon service, c'est le cas il y a énormément de nouveaux-arrivants et fatalement le niveau général diminue, ce qui est normal*.[…] *Mais du coup, il faut les accompagner parce que si tu ne les accompagnes pas, tu te diriges vers des services où c'est, où les gens sont dangereux. Et dans notre service, c'est vrai qu'il y a beaucoup de nouveaux, mais on le compense par le fait que les anciens sont impliqués, que ceux qui sont là depuis deux, trois, quatre ans sont aussi impliqués dans la prise en charge des nouveaux-arrivants et des étudiants, il y a toujours cette volonté de transmission de savoir* » (soignant, entretien t0, GT 1).
- avoir un effet positif sur la confiance en soi des jeunes professionnels : « *Oui, je pense que dans tous les cas, c'est bénéfique si on a des soignants qui se sentent déjà plus à l'aise voilà, quoi, il y a ça et puis bon si on arrive à effectivement bien diminuer le nombre d'erreurs médicamenteuses chez les nouveaux-arrivants, ça serait super, mais après, c'est surtout qu'ils se sentent en confiance »* (expert, entretien t0, GT 1).

Pour la sous-catégorie « améliorer la démarche qualité et diminuer les risques pour le patient », nous identifions que les acteurs accordent une grande importance à la qualité des soins pour le patient : « *Bien sûr, bien sûr, j'y vois un gros intérêt déjà en matière de gestion des risques, dans la gestion des risques, c'est un impact énorme, bien sûr, avant toute chose pour les patients, parce que pour les patients diminuer les erreurs, c'est quand même, et qu'est-ce qu'on met en place pour que ça n'arrive plus en fait* » (soignant, entretien t0, GT 1), « *Les usagers du CHU méritent une chose c'est au moins la sécurité, la sécurité maximum, surtout quand c'est parce que les professionnels manquent de compétences par rapport au système, c'est très grave il me semble, donc pour moi c'est essentiel que le CHU s'inquiète de la sécurité du patient et de tout mettre en œuvre pour que cette sécurité soit optimale et assurée »* (encadrant, entretien t0, GT 1).

Enfin, la sous-catégorie « développer les compétences des nouveaux-arrivants » soulève la question de l'organisation apprenante : « *mais au-delà de ça, je pense que pour le CHU d'avoir*

des équipes compétentes qui soient, qui soient et compétentes et disponibles et capables de transmettre du savoir tout en sachant aussi prendre du recul sur les problématiques qu'ils ont éventuellement parce que c'est comme ça qu'on doit fonctionner entre guillemets, chacun dans notre métier donc, d'avoir des équipes qui sont compétentes, qui savent se remettre en cause, qui savent transmettre les informations, former les nouveaux, en plus le CHU c'est quand même universitaire donc c'est basé et sur soigner les gens et sur former les futurs soignants » (soignant, entretien t0, GT1).

Dans le groupe rangement des armoires à pharmacie (2), nous retrouvons trois sous-catégories pour décrire « co-élaborer un savoir action ». Dans un premier temps, les acteurs des trois groupes socioprofessionnels évoquent une « amélioration de la gestion des armoires à pharmacie » avec un impact financier : *« Oui, moins de médicaments jetés, moins de commandes en urgence faite, donc, l'argent, financier, ça c'est clair »* (soignant, entretien t0, GT 2). Nous identifions d'autres effets pour les professionnels de santé, comme la diminution de la perte de temps, du stress, de l'agacement que l'on peut ressentir lorsqu'on ne trouve pas facilement quelque chose : *« les gens vont moins râler parce que si on passe la moitié du temps qu'on met à râler, à le mettre en énergie pour améliorer les choses dans les services, je pense qu'il aura beaucoup plus de choses qui bougeraient et pour le coup, un meilleur fonctionnement, après c'est un peu peut-être utopique plus tard les gens seront peut-être moins, si les gens sont moins stressés, les gens seront peut-être moins désagréables, pour moi il y a un impact sur tout, après voilà, […]mais bon si nous sur notre travail, on arrive à améliorer ça, que les gens se sentent un peu plus en sécurité, qu'ils perdent moins de temps à chercher leurs médicaments, à les ranger, pourquoi pas, moi je pense que ça ne peut pas apporter de mal, ça ne peut pas rajouter des inconvénients à ce qu'on a déjà… »* (soignant, entretien t0, GT 2). L'objectif est de rendre l'usage de l'armoire à pharmacie plus clair, plus facile, avec des repères.

De la même façon que le groupe (1), une amélioration plus macro pour l'établissement est évoquée. Il concerne « l'amélioration de la démarche qualité et sécurité et a un effet également pour le patient » : « *Pour le CHU peut-être, mais pour le patient, en tout cas… »* (expert, entretien t0, GT 2), « *moins d'erreurs, moins de procédures et moins de, je vais peut-être loin, mais, quand on fait une erreur, on est mal au niveau soignant, quand même, donc moins d'arrêts, et puis pour les patients, oui, oui, si bien sûr »* (soignant, entretien t0, GT 2). Enfin, la dernière sous-catégorie évoquée concerne « l'amélioration de la communication entre les différents acteurs du circuit du médicament (pharmacie, cadre de santé, infirmiers) » : « *Oui ça crée du lien, la communication, une cohésion, moi pour moi c'est la base moi je travaille beaucoup sur ça, la communication pour moi »* (encadrant, entretien t0, GT 2).

Améliorer la communication rend possible d'adopter une autre façon de travailler ensemble « *Ah oui, vu que le travail il est pluridisciplinaire au sein du CHU enfin c'est indispensable je trouve de le faire de manière pluridisciplinaire, mais pas qu'à l'échelle d'un groupe de travail même au sein d'une équipe je trouve que c'est important de, comment dire, construire la solution ensemble. Je trouve que c'est ce qui est important après je pense qu'il y a des décisions où ça doit être descendant et ce n'est pas forcément arbitré, mais il y en a d'autres quand justement c'est de l'organisation, du fonctionnement, justement il faut prendre un maximum de*

points de vue pour justement arriver à la solution la plus, la plus viable » (expert, entretien t0, GT 2).

Prendre part à une transformation sociale repose sur les deux postures « s'engager » et « s'allier ». Nous remarquons que l'engagement des acteurs dans le projet prend sa source dans un intérêt personnel, voire intellectuel, c'est-à-dire une forme d'attirance pour ce travail et le thème. Puis, les acteurs vont s'allier pour mettre en réseau l'action qu'elle soit avec une intention sociopolitique ou une intention pragmatique. Les acteurs verbalisent l'identification d'un besoin et la volonté d'y apporter une réponse. Ils constatent que la situation n'est pas idéale et qu'ils peuvent agir pour l'améliorer, ce travail collaboratif est une occasion de traiter cette situation en vue de la transformer par une meilleure compréhension. Une fois le motif de l'engagement identifié, nous pouvons noter que les acteurs mettent en réseau l'action dans deux objectifs. Nous identifions une mise en réseau de « l'action politique » qui souligne que le collectif ainsi constitué dans le tiers-espace socio-scientifique tient sa force dans la pluridisciplinarité qui le compose. L'absence de hiérarchie au sein de cet espace ouvre la possibilité de construire un savoir commun qui tient compte de l'ensemble des savoirs de chacun. Ce collectif prend un rôle important par rapport à l'institution : celui de pouvoir communiquer sur ses propres analyses de la situation, et alerter sur certains constats (par exemple, l'analyse des événements indésirables médicamenteux chez les nouveaux-arrivants). La mise en réseau de l'action accorde une place importante aux savoirs de chacun : expert, d'action ou scientifique. Dans la mise en réseau d'une action pragmatique, qu'elle s'intéresse à créer un dispositif de formation ou qu'elle concerne l'amélioration de la procédure du rangement de l'armoire, nous notons que les deux groupes de travail transforment en partie les intentions du dispositif. Pour le dispositif des nouveaux-arrivants il s'agit certes de viser une transformation des pratiques (intention normalisante), mais il s'agit également de proposer une formation bienveillante, qui cherche à diminuer le stress des nouveaux-arrivants pour les aider et les soutenir. Les acteurs du groupe de travail des armoires à pharmacie poursuivent l'objectif de trouver un équilibre entre le respect des normes et l'ergonomie de l'armoire. Ces deux catégories de mise en réseau de l'action soulignent la possibilité d'une « fertilité » dans les interactions entre la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention.

2) S'émanciper par la co-élaboration d'un savoir action

Nous allons décrire au travers des résultats des entretiens menés à t1 (Annexe 39), la façon dont les acteurs décrivent le TESS ainsi que les déplacements qu'ils ont pu vivre (et que nous avons pu objectiver) par leurs participations à ce projet socio-scientifique (Annexe 40). Ces déplacements sont le reflet de l'émancipation des acteurs dans les quatre dimensions que nous avions évoquées au chapitre 6 : une dimension individuelle, collective, sociale, politique.

2.1 Les entretiens t1 : un échange sous forme de discussion

Nous n'avons pu réaliser seulement 12 entretiens au temps t1. La crise sanitaire du Covid 19 a prolongé le projet de co-élaboration des dispositifs. Au sein du groupe (1), plusieurs professionnels ont quitté le projet dès le premier confinement (3 professionnels), puis 2 en 2021 (pour des raisons professionnelles), il en restait six à la fin du projet, mais seulement 3 ont

acceptés de répondre à l'entretien t1. Pour le groupe (2), 3 professionnels ont quitté le projet dès le premier confinement, 9 ont répondu à l'entretien t1, 2 ont refusé. Au total, nous avons recueilli les discours de 12 professionnels, soit la moitié des professionnels engagés au départ. La répartition par groupe socioprofessionnel est comme suit : 2 encadrants, 6 experts, 4 soignants. Les entretiens t1 ont été réalisés en face à face sur la période de mars 2022 à août 2022. Les deux dispositifs avaient été présentés aux commanditaires, les deux groupes étaient dans l'organisation de la phase de test. Un seul entretien a été réalisé en visioconférence. Au sein du CHU, la période de tension liée à l'épidémie a fluctué de moyennement intense à très intense jusqu'en 2022, voire début 2023 (par exemple, nous n'avons pu retirer les masques sur notre lieu de travail qu'en mars 2023). La durée des entretiens est de 5h et 20 min répartit comme suit :

Acteur 01	48 min 9s	Acteur 025	30 min 46s
Acteur 06	28 min 44s	Acteur 027	24 min 13 s
Acteur 08	35 min 1s	Acteur 030	19 min 39s
Acteur 020	42 min 30s	Acteur 031	30 min 50s
Acteur 021	26 min 53s	Acteur 032	20 min 03s
Acteur 022	27 min 15s	Acteur 033	20 min 11s

Tableau 43 : Synthèse de la durée des entretiens t1 (Hédacq, 2023)

Pour l'analyse des discours, nous ne séparerons pas les acteurs du groupe 1 et du groupe 2, ils ne seront pas identifiés par rapport à leurs groupes dans les citations de leurs discours. Nous avons gardé la catégorisation par groupe socioprofessionnel : encadrant, soignant, expert.

2.2 Le vécu de l'expérience de co-élaboration de savoirs

Nous avons échangé avec les acteurs sur leur vécu de cette expérience de participation à un projet de Recherche-Intervention au travers de plusieurs interrogations :

- *Tout d'abord, nous souhaiterions échanger avec vous sur : comment avez-vous vécu cette expérience ?*
    - *Relance 1 : Qu'est-ce que vous en retenez ?*
    - *Relance 2 : Si vous portez un regard sur cette aventure quels sont les points dont vous me feriez part ? En quoi ces points ont-ils été importants pour vous ?*

L'analyse du vécu de l'expérience de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique nous permet de décrire cet espace selon trois caractéristiques (Annexe 39).

2.2.1 Le TESS : un espace de partage

La première catégorie « le TESS : un espace de partage » est découpée en quatre sous-catégories comme suit : « des échanges et de l'écoute », « une absence de hiérarchie », « une participation d'acteurs hétérogènes », « des rencontres interprofessionnelles ».

Catégorie	Sous-Catégorie	gpe	*Verbatim*
Un espace de partage	Des échanges et de l'écoute		*Moi, ce que j'en retiens c'est les échanges qui ont été je trouve hyper intéressants enfin de faire ce travail pluridisciplinaire, de travailler avec les infirmiers, enfin tu vois d'avoir le ressenti aussi en tant que, leur expérience à eux de nouvel-arrivant, etc. ça, j'ai trouvé ça hyper riche en tout cas (expert, t1)*
			Moi toutes les réunions qu'on a faites, j'ai trouvé ça super parce que vraiment on nous a écoutés, enfin en tout cas moi je me suis senti écouté, que ce soit avec la pharmacienne, les cadres, voilà, on travaillait tous dans le même sens (soignant, t1)
	Une absence de hiérarchie		*Il y a eu une liberté d'expression aussi, et ça, c'était bien parce que du coup il y avait toutes les catégories professionnelles, au bout du compte il y avait les cadres, les pharmaciens, les infirmières et enfin de compte même les infirmières qui auraient pu être, (hésitation), ont eu la liberté d'expression et de rapporter même des choses, enfin des pratiques qui se faisaient dans le service qui n'était pas les bonnes pratiques en fait (encadrant, t1)*
	Une participation d'acteurs hétérogènes		*Voilà le fait de pouvoir travailler ensemble, d'être pluridisciplinaire, et tous dans le même sens voilà déjà rien que ça moi c'est ce que je retiens en fait c'est ce qui m'apporte énormément en fait maintenant, actuellement ça m'a permis de, de commencer à intégrer cette notion-là, dans l'institution… (soignant, t1)*
	Des rencontres interprofessionnelles		*Et bien j'ai trouvé que c'était très enrichissant parce qu'en fait on avait vraiment plusieurs corps de métier, il y avait des soignants, des infirmiers, des cadres, des préparateurs, les pharmaciens, la COMEDIMS également qui était présente (expert, t1)*

Tableau 44 : Première caractéristique du tiers-espace socio-scientifique : un espace de partage (Hédacq, 2023)

L'ensemble des trois groupes socioprofessionnels retiennent du tiers-espace socio-scientifique les échange et l'écoute. Les échanges sont qualifiés d'intéressants : « *Alors, moi, ce que j'ai trouvé intéressant c'était les groupes de travail, les discussions qu'on a pu avoir au début, parce qu'au début on a pu mettre en place les réunions* » (encadrant, entretien t1) et de riches *« en tout cas, enfin, moi, ce que j'en retiens c'est les échanges qui ont été je trouve hyper intéressants enfin de faire ce travail pluridisciplinaire, de travailler avec les infirmiers, enfin tu vois d'avoir le ressenti aussi en tant que, leur expérience à eux de nouvel-arrivant, etc. ça, j'ai trouvé ça hyper riche en tout cas »* (expert, entretien t1). Pour certains, c'est même le principal élément qu'ils retiennent dans ce projet : « *ce qui permet du coup de ne pas être, de ne pas rester dans son, comment je peux dire ça, parce que nous on a peut-être une vision côté pharmacie, mais les services de soins eux ils ont peut-être une autre vision et du coup d'assembler un peu nos points de vue etc. j'ai trouvé ça très intéressant ces échanges honnêtement c'était les principaux en tout cas le principal avantage que j'ai trouvé…* » (expert, entretien t1).

Dans cet espace, les acteurs s'écoutent et se sentent écouter : « *Moi toutes les réunions qu'on a faites, j'ai trouvé ça super parce que vraiment on nous a écoutés, enfin en tout cas moi je me suis senti écouté, que ce soit avec la pharmacienne, les cadres, voilà, on travaillait tous dans le même, dans le même sens* » (*soignant*, entretien t1). Cette écoute favorise la co-élaboration des savoirs « *donc en fait chacun apportait son point de vue et du coup j'ai trouvé que, du coup les soignants apportaient leur point de vue eux au niveau praticité, on a vu l'aspect réglementaire qui pouvait rentrer en ligne de compte, les préparateurs pour le réagencement des dotations et les difficultés qu'ils pouvaient avoir lors de la mise en place d'armoires, de*

révision, donc du coup c'était chouette parce que tout le monde a écouté les points de vue de chacun et du coup on, j'ai eu l'impression qu'on a trouvé une manière collaborative et de conciliation on va dire pour trouver la mise en place des armoires au final… » (expert, entretien t1).

Cet espace de partage s'appuie sur une absence de hiérarchie favorisant la liberté d'expression: « *Il y a eu une liberté d'expression aussi, et ça, c'était bien parce que du coup il y avait toutes les catégories professionnelles, au bout du compte il y avait les cadres, les pharmaciens, les infirmières et enfin de compte même les infirmières qui auraient pu être, (hésitation), ont eu la liberté d'expression et de rapporter même des choses, enfin des pratiques qui se faisaient dans le service qui n'était pas les bonnes pratiques en fait »* (encadrant, entretien t1). Notons également une absence de hiérarchie dans les différents savoirs partagés « *Oui, c'est ça complètement, enfin, pour moi, les avis de chacun, ils étaient aussi importants, enfin on savait que les avis de tout le monde étaient importants et donc du coup on a regardé la réglementation et vu ce qu'on avait le droit de faire selon la réglementation et on a adapté au plus juste du besoin…* » (expert, entretien t1). La co-élaboration des savoirs a pu se réaliser dans un climat de confiance : « Oui *exactement il y avait de la confiance parce que du coup si tu t'exprimes facilement même si tu sais que tu ne dis pas les bonnes pratiques, même si ça a pu en quelque sorte, entre guillemets choquer en quelque sorte, mais du coup on sait très bien qu'ils faisaient ce qu'ils pouvaient… »* (encadrant, entretien t1). L'ensemble de ces caractéristiques décrit une co-élaboration des savoirs qui s'est effectuée de manière transversale « *Et bien non pas du tout, non...Oui, c'était vraiment voilà j'ai un mot qui revient c'est transversal, c'est vraiment en fait c'est vraiment on a travaillé tous ensemble quoi » (soignant, t1).*

Les acteurs retiennent au temps t1 que le tiers-espace socio-scientifique est un espace qui soutient la participation d'acteurs hétérogènes, ce qui permet de faire avancer le projet. Pour les soignants, c'est une opportunité de pouvoir participer à un projet dans l'institution : « *Moi déjà j'étais hyper motivé pour ce projet parce que pour une fois qu'on nous inclut dedans, dans des projets comme ça, où on peut modifier des choses et on inclut des soignants c'est top* » (soignant, entretien t1) ; « *voilà le fait de pouvoir travailler ensemble, d'être pluridisciplinaire, et tous dans le même sens voilà déjà rien que ça moi c'est ce que je retiens en fait c'est ce qui m'apporte énormément en fait maintenant, actuellement ça m'a permis de, de commencer à intégrer cette notion-là, dans l'institution… »* (soignant, entretien t1). Cette participation a renforcé la motivation et l'engagement des acteurs dans les premières réunions : « *mais je trouve que sur la première partie il y avait une bonne cohésion*[174]*, il y avait une bonne volonté de travailler les uns avec les autres, un partage d'information, du respect et on a été je trouve assez rapidement structurés »* (encadrant, entretien t1).

[174] Cet acteur évoque la notion de première partie en référence à la crise sanitaire Covid 19. Les premières réunions ont pu se dérouler en suivant le planning prévisionnel. La crise sanitaire a marqué par la suite une rupture dans le projet.

Enfin, le tiers-espace socio-scientifique est perçu par les acteurs comme un espace facilitant les rencontres interprofessionnelles. Ces rencontres permettent aux différents acteurs de découvrir les besoins et/ou les difficultés des autres professionnels de l'institution : « *Des rencontres, déjà, parce que j'ai rencontré des gens de plusieurs pôles différents que je ne connaissais pas avec des expériences du coup de terrain et des besoins qui n'étaient pas tout à fait les mêmes que les nôtres* » (soignant, entretien t1). La pluridisciplinarité est vue comme une richesse : « *Et bien, j'ai trouvé que c'était très enrichissant parce qu'en fait on avait vraiment plusieurs corps de métier, il y avait des soignants, des infirmiers, des cadres, des préparateurs, les pharmaciens, la CoMéDiMS également qui était présente* » (expert, entretien t1). Pour les acteurs, cela permet une ouverture d'esprit : « *Alors… déjà ce que j'en retiens c'est, c'est vraiment un travail d'ouverture en fait je l'ai vraiment ressenti comme ça c'est ce qui maintenant je me dis j'ai bien fait de partir dans cette aventure parce que vraiment ça m'a donné une ouverture, sur, et bien l'institution, sur les différents corps de métier* » (soignant, entretien t1). Cette pluridisciplinarité est perçue comme la possibilité de faire un état des lieux complet des pratiques de rangement des armoires à pharmacie : « *il y avait des personnes de différents, tu vois de différents services, de différents sites, etc., et tu te rends compte que ce n'est pas du tout uniforme, tu as un aperçu en fait de ce qui se fait, des choses qui peuvent être aberrantes ou des choses, mais qui peuvent aussi te donner des idées aussi voilà, mais ça, moi je trouvais ça intéressant par ce côté-là, du fait de voir un peu ce qui se passait partout ailleurs* » (soignant, entretien t1).

Dans cette première description du tiers-espace socio-scientifique par les acteurs, nous retrouvons les caractéristiques du tiers-espace (Bazin, 2013). Le TESS est décrit comme un dispositif opératoire, comme une grille de lecture de certaines réalités. Nous pouvons souligner que le tiers-espace socio-scientifique de la R-I qui se situe entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention permet la co-production de savoirs en mettant les acteurs dans une posture réflexive et de co-auteurs.

2.2.2 Un espace de co-élaboration d'un savoir action

Nous avons identifié dans les discours des professionnels au temps t1 qu'ils décrivent le tiers-espace socio-scientifique comme un espace de co-élaboration d'un savoir action. Nous rappelons que pour Baudot et Huart (2011), le savoir action a pour objectif de permettre aux acteurs de comprendre la situation, s'affirmer et renforcer leurs actions, mais aussi de se transformer. Cette catégorie est découpée en quatre sous-catégories comme suit : « une prise de conscience de la situation », « une motivation pour transformer la situation », « une possibilité de comprendre » et « la co-élaboration d'un savoir dit hybride ».

Catégorie	Sous-Catégorie	gpe	*Verbatim*
Un espace d'élaboration de savoirs action	Une prise de conscience de la situation/une ouverture		*Mais par contre au début je trouvais ça très intéressant parce que les groupes de travail, chacun apportait son expérience, son vécu par rapport et bien du coup aux armoires à pharmacie, leurs problématiques donc parfois on est tombé des nues (rires)* (encadrant, t1)
	Une motivation pour transformer la situation /sentiment d'utilité		*Moi je me suis senti utile dans cette formation et je ne vais pas lâcher pour que justement ça ne prenne pas une proportion administrative ou voilà qu'il n'y est plus les soignants qui soient là vraiment dans le projet* (soignant, t1)
	Une possibilité de comprendre la situation		*Alors oui ils sont en écart des normes, mais du coup ce n'est pas, ce n'est pas forcément de leur faute, parce qu'on ne leur donne pas forcément les moyens aussi… et ils essayent de faire au mieux avec ce qu'on leur donne…* (encadrant, t1)
	La co-élaboration d'un savoir hybride		*Oui et bien j'ai l'impression que c'était vraiment, les résultats c'était plus une conciliation et on ne sait pas dit « bon, on ne prend pas en compte l'avis de Pierre, Paul ou Jacques, on suit exclusivement un avis » donc du coup j'ai eu l'impression que c'était collaboratif et que tout le monde à adhérer aussi à la méthodologie* (expert, t1)

Tableau 45 : Deuxième catégorie du tiers-espace socio-scientifique : Un espace d'élaboration du savoir Action (Hédacq, 2023)

Pour co-élaborer le savoir action, les acteurs décrivent quatre sous-catégories. La première que nous avons pu identifier concerne une prise de conscience de la situation des acteurs engagés dans le projet par leurs interactions au sein du collectif. Au travers des différents temps d'échanges, les acteurs ont fait remonter leurs besoins et leurs difficultés sur la situation « *mais par contre au début je trouvais ça très intéressant parce que les groupes de travail, chacun rapporté son expérience, son vécu par rapport et bien du coup aux armoires à pharmacie, leurs problématiques donc parfois on est tombé des nues »* (encadrant, entretien t1). Cette prise de conscience de la situation a permis aux acteurs de se rendre compte de certaines difficultés des soignants dans la gestion de l'armoire à pharmacie : *« non, mais c'est vrai parfois on est tombé des nues et en fait on se rend vraiment compte que du coup les professionnels, du coup essayent de s'adapter avec toutes les contraintes possibles et inimaginables qu'ils peuvent subir. Ils n'ont pas forcément les bons locaux, ils n'ont pas forcément les bons, les bonnes armoires, on va dire pour le rangement des pharmacies, mais du coup ils essayent de s'adapter au mieux pour rester en quelque sorte dans les règles » (*encadrant, entretien t1).

Les experts expriment que cette prise de conscience au sein du collectif a permis de favoriser la co-élaboration des décisions : « *c'est vrai qu'avec du recul on a l'impression que les infirmières quand elles ont eu le temps de le faire, elles ont été parties prenantes et elles avaient envie de le tester et de le mettre en place et du coup c'est vrai et bien en fait on a besoin des soignants pour faire vivre l'armoire enfin si le soignant n'adhère pas à cette méthodologie-là, de toute façon on l'a déjà eu vu sur d'autres déménagements où au final la pharmacie pouvait aller installer l'armoire et dans la nuit l'armoire elle était saccagée , elle était remise comme le voulaient les soignants donc au final j'ai trouvé que, bien, tout le monde à travailler main dans la main et j'ai eu le sentiment que tout le monde était, était content, content, du résultat et des décisions qui ont été prises… »* (expert, entretien t1).

Deux groupes socioprofessionnels identifient une motivation à vouloir changer la situation initiale « Oui, cette motivation que tout le monde avait » (encadrant, entretien t1), « *moi je me*

suis senti utile dans cette formation et je ne vais pas lâcher pour que justement ça ne prenne pas une proportion administrative ou voilà qu'il n'y est plus les soignants qui soient là vraiment dans le projet. Voilà, je ne voulais pas lâcher ça parce que je me suis dit ça peut vite partir en vrille, on ne nous écoute plus, voilà il y a des règles et il faut les respecter voilà, voilà c'est pour ça que j'ai vraiment essayé au maximum d'être présent et j'ai trouvé que ça a servi aussi, que je sois là, enfin moi je me suis senti utile dans ce projet » (soignant, entretien t1).

Le savoir action est élaboré à partir d'une étape de compréhension de la situation par les différents groupes socioprofessionnels « *Alors oui ils sont en écart des normes, mais, mais, mais, mais du coup ce n'est pas, ce n'est pas forcément de leur faute, parce qu'on ne leur donne pas forcément les moyens aussi… et ils essayent de faire au mieux avec ce qu'on leur donne… »* (encadrant, entretien t1). Cette étape participe à l'identification des besoins que ce soit pour les nouveaux-arrivants « *au-delà du fait que c'était déjà un besoin identifié sur les nouveaux-arrivants de leur donner, de construire un projet afin qu'ils aient un support et une formation adaptée quand ils arrivent dans un nouveau secteur puisqu'on est tout conscient que les erreurs médicamenteuses, beaucoup sont liés au fait « tout nouveau » à la fois dans son exercice et à la fois dans un service c'est lié à cette pratique en fait »* (soignant, entretien t1). Ou bien que cela concerne la place pour le rangement : « *Oui tout à fait et c'est ce qui prouve que ce qu'on avait vu par le passé de se dire que les frigos c'est, par exemple on ne sait pas comment les ranger, mais on voit bien qu'il y a plusieurs problématiques, il n'y a pas forcément que le médicament, c'est la place, comment il se positionne voilà et comment on peut optimiser un frigo au niveau du service, non, mais c'était intéressant… »* (expert, entretien t1). Cela amène à une compréhension plus fine de l'environnement « *Oui, oui, c'est le, vraiment le côté pluridisciplinaire. Bon après on peut le voir même au travers des autres groupes de travail, mais je trouve que bon en avançant sur la pluridisciplinarité on arrive à prendre les contraintes de chacun et enfin on a l'impression de revoir le circuit dans sa globalité et de ne pas s'arrêter uniquement au périmètre concerné… »* (expert, entretien t1).

Les acteurs retiennent également le résultat, c'est-à-dire la co-élaboration d'un savoir hybride. Ce savoir est représenté par les dispositifs produits :*« je ne regrette pas du tout le temps qu'on y a passé, ou que j'ai passé j'ai trouvé que franchement c'était toujours hyper riche et c'est vrai que d'aller au bout et de faire cette formation là j'ai trouvé ça encore, j'ai trouvé que ça prenait encore une autre dimension et j'ai vraiment trouvé ça super d'aller au bout, d'être là avec les nouvelles infirmières recrutées pour le plan hivernal… »* (expert, entretien t1). Les résultats ont besoin d'être figés et soumis au regard des autres pour monter en généralité et être valorisés socialement voire réutiliser « *mais ne serait-ce que de figer et de faire la restitution et de figer un instant donné, le résultat du travail, ça, ça, me paraît super important et de l'évaluer et c'est quelque chose qu'on fait rarement, enfin qu'on a du mal en tout cas historiquement on ne faisait jamais ça donc petit à petit ça, c'est en train de rentrer dans les mœurs vraiment… »* (expert, entretien t1). Les résultats sont représentatifs d'un savoir que nous pouvons qualifier d'hybride « *Oui et bien j'ai l'impression que c'était vraiment, les résultats c'était plus une conciliation et on ne sait pas dit « bon, on ne prend pas en compte l'avis de Pierre, Paul ou Jacques, on suit exclusivement un avis » donc du coup j'ai eu l'impression que c'était collaboratif et que tout le monde à adhérer aussi à la méthodologie »* (expert, t1).

Au sein du tiers-espace socio-scientifique de la R-I, une importance est accordée aux savoirs issus de l'expérience des acteurs, il s'agit de valoriser ces savoirs en permettant aux acteurs d'être partie prenante du processus de co-élaboration. Ils ont pu tout le long du projet, négocier, coopérer, prendre des décisions en ce qui concerne les dispositifs de formation à construire et à mettre en place. Les professionnels de santé sont pris à la fois comme individus-sujets porteurs de savoirs, ayant des besoins et des attentes et comme individus-acteurs actifs dans la construction des dispositifs de formation. Nous notons que le savoir action permet aux acteurs de « comprendre » la situation et « se transformer » (motivation, changement de regard…).

2.2.3 Le chercheur-intervenant un tiers-médiateur

Plusieurs acteurs identifient au temps t1, le rôle particulier du chercheur-intervenant dans l'accompagnement du projet. Il est identifié comme le tiers-médiateur entre la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention. Le chercheur-intervenant apporte par son savoir académique une certaine méthodologie et un certain regard sur la situation par les analyses qu'il peut réaliser et qu'il partage au sein du groupe :« *Bon après tu nous as beaucoup aidés dans la structuration avec les points. Moi ce que j'ai trouvé intéressant c'est qu'il y avait une analyse au départ de l'existant enfin en tout cas du passé proche où il y avait un listing, où on a pu partir rapidement sur des éléments prioritaires, et ça, c'était aussi du fait du travail en amont qui avait été fait dans le cadre de l'analyse des EI du CHU »* (encadrant, entretien t1). Le rôle de coordinateur du projet permet aux acteurs de rester concentrés sur l'action de co-élaboration du dispositif : « *Oui pour moi ça été très efficace et ce qui était facile c'est qu'il y avait quelqu'un qui était là pour coordonner, c'est-à-dire qu'on n'a pas eu besoin nous de mettre l'énergie pour coordonner, c'était toi qui coordonnais tout et en fait on avait juste à apporter notre petit savoir, et à réfléchir de temps en temps, non, mais c'est vrai que c'est quand même très facile quand c'est déjà prémâché et que toi tu arrives et que tu apportes ton point de vue et ta réflexion par rapport à ce sujet… »* (soignant, entretien t1). Adosser un projet de co-élaboration de dispositifs de formation à la Recherche-Intervention a pu structurer la co-élaboration des dispositifs : « *et sur la forme le fait que ça fasse partie d'un protocole de recherche ça a structuré énormément les temps, les différentes, c'est ce que j'ai trouvé que ça a structuré, bon, grâce à toi parce que du coup on avait vraiment, les étapes, comment il fallait avancer, quelle méthode utiliser et ce genre de choses »* (expert, entretien t1). Les acteurs ont fait confiance au chercheur-intervenant : « *moi je l'ai vécu avec plus de recul parce que c'est plus toi qui la portais »* (expert, entretien t1), « *Je ne me suis pas beaucoup engagé, j'ai beaucoup laissé la main, à toi surtout* » (expert, entretien t1).

L'adossement du projet de co-élaboration des dispositifs à une Recherche-Intervention a favorisé l'enrichissement des deux sphères : « *on fait un groupe de travail le but d'améliorer le fonctionnement aujourd'hui, mais tu travailles deux, trois ou quatre fois et d'un coup eh bien il n'y a plus de suite, tu ne sais pas ce que ça devient c'est… là ce qui est intéressant c'est qu'il y avait un but, cela a été aussi aidé par le fait que tu avais un projet de recherche et que forcément ça guide à l'aboutissement, mais le fait qu'on ait un objectif final, qu'il soit précis avec une mise en œuvre vraiment, comment te dire on ne va pas dire précise, mais on a défini vraiment le projet de formation, dans quel contexte, il est ciblé dans chaque pôle, en fonction de chaque problématique donc il y a cette personnalisation que je trouve pratico-pratique parce*

que si on fait quelque chose de très global et que finalement répond sans répondre à la commande et bien ça reste peu pertinent et du coup on a des difficultés à libérer les gens si en plus tu as un résultat qui n'est pas très satisfaisant et bien ça ne motive pas à maintenir le dispositif en place » (encadrant, entretien t1). Un acteur souligne en particulier l'efficacité de cette collaboration : « *La collaboration quand même je trouve que c'est très efficace, ça répond à un besoin sur le terrain donc c'est ça moi que, que, je retiens… »* (soignant, t1).

Le chercheur-intervenant est à la fois un guide, une aide « méthodologique » et un médiateur entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention.

2.3 Changer de place de manière pluriréférencée

Nous avons interrogé l'ensemble des acteurs sur les changements qu'ils avaient pu repérer suite à leurs participations à ce travail au sein du tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention (Annexe 40). Nous avons proposé une première question que nous avons déclinée en regard des déplacements dans les quatre dimensions décrites par Marcel (2017) :

Selon vous, en quoi ce projet a-t-il provoqué un changement pour vous ?

- *Relance 1 : au niveau professionnel ? Par rapport à votre place rôle dans l'organisation ?*
- *Relance 2 : au niveau social ? Par rapport à vos valeurs ?*
- *Relance 3 : au niveau personnel ? Par rapport à vos connaissances/ votre savoir ? Vos actions/ missions au sein de l'organisation ? Vos manières d'agir ?*
- *Relance 4 : au niveau symbolique ?*

2.3.1 Des déplacements professionnels

Les déplacements professionnels (Marcel, 2017) concernent la place ou le rôle des acteurs au sein de l'organisation. Dans la situation que nous avons étudiée, nous avons identifié huit caractéristiques permettant de décrire les différents déplacements dans la dimension professionnelle qu'on vécut les acteurs. Pour cette analyse, nous faisons apparaître une dimension qualitative aux données recueillies en précisant le nombre d'acteurs concernés par le changement. Nous notons que sur les douze acteurs interrogés, onze acteurs ont vécu des changements dans la dimension professionnelle.

Parmi les déplacements identifiés, un acteur a pu : augmenter son réseau au sein du CHU : « *si tu veux, alors oui ça m'a permis de connaître beaucoup plus de personnes, d'avoir un réseau beaucoup plus élargi* » (encadrant, entretien t1). Augmenter son réseau est identifié comme primordial pour fonctionner dans l'institution, cet acteur précise qu'il a besoin des autres pour avancer dans sa vie professionnelle : « *au niveau du réseau parce que c'est important je trouve bien quand tu es professionnel et bien d'avoir un bon réseau… enfin c'est pour moi c'est primordial d'avoir des connaissances parce qu'on a toujours besoin à un moment donné et bien de l'autre… enfin voilà que ça soit moi qui ai besoin de toi ou toi qui ai besoin de moi*

enfin pour un renseignement enfin ce que je veux dire c'est que je trouve que c'est intéressant, pour moi c'est intéressant de toujours travailler en équipe… » (encadrant, entretien t1). Ce même acteur souligne l'importance de travailler en équipe. Cette caractéristique est portée par un seul acteur de la catégorie socioprofessionnelle des encadrants. Il soutient que le travail en équipe est essentiel pour lui dans ses valeurs, peu importe le statut professionnel des membres de son équipe, il cherche à les impliquer dans la prise de décision au quotidien : *« le travail d'équipe pour moi est hyper important et de faire participer toutes les personnes, les professionnels c'est important et suivant les différentes strates, ce n'est pas parce que tu es aide-soignante ou infirmière que tu n'as pas ton mot à dire sur, sur les organisations, enfin de travail… »* (encadrant , t1). Il souligne également que cette intégration de l'ensemble des professionnels « de base » permet d'être au plus près de la réalité. Il argumente qu'actuellement ce mode de fonctionnement est important : *« et je pense qu'à l'heure actuelle c'est très important et bien de, d'intégrer justement les professionnels, alors ce que je vais te dire ce n'est pas péjoratif parce que moi aussi je suis à la base, les professionnels de base… parce que moi aussi j'en fais partie et moi je trouve que c'est très important et que ça ne soit pas une décision qui soit tu vois ascendante*[175] *parce qu'on sait que quand c'est ascendant ça ne fonctionne pas forcément… parce qu'on est en dehors de la réalité… »* (encadrant, entretien, t1). Nous nous interrogeons sur le propos de cet acteur lorsqu'il évoque « à *l'heure actuelle c'est très important d'intégrer justement les professionnels* » : peut être fait il référence aux difficultés que traverse le champ de la santé et à la nécessité d'être ensemble pour dépasser les obstacles ?

Parmi les autres déplacements professionnels que nous avons identifiés, quatre acteurs évoquent avoir pu acquérir des outils en participant à ce travail socio-scientifique : « *dans ma place, pas à proprement parler non en tant que cadre tu as ce rôle de porter la dynamique qualité, ça m'a donné des outils comme je te le disais juste avant, le fait d'avoir des données chiffrées, argumentées et bien finalement ça te permet de pouvoir le porter au niveau des équipes et au niveau du pôle parce qu'il a fallu aussi solliciter des cadres pour qu'ils libèrent les gens, pour voir s'il y avait des problématiques qui étaient prioritaires dans leur service… »* (encadrant, entretien t1). Cet acteur a appris à construire un plan de formation : « *Après la rédaction du plan de formation je n'avais jamais fait ça et donc ça te permet aussi de découvrir comment on construit un projet de formation, comment tu l'argumentes, les acteurs qu'on a pu rencontrer, moi ça m'a donné une dimension et bien intellectuelle de découvrir, la mise en œuvre… »* (encadrant, entretien t1). Un acteur a découvert la démarche de Recherche-Intervention et son principe participatif « *ça amène de la, de la contenance, cette structure et ça te donne aussi une méthodo stricte alors après la méthode d'investigation… de recherche-intervention je ne connaissais pas enfin j'en avais entendu parler à l'école, mais ce n'est pas le type de recherche qu'on effectue… c'est une recherche standard… un mémoire et puis du fait des entretiens des questionnaires et puis tu analyses c'est très, c'est très scolaire*

[175] Nous avons laissé le terme employé par l'acteur « ascendant » bien que son propos souligne plutôt la démarche descendante de prescriptions des normes par la hiérarchie pour les professionnels.

par rapport à ce qu'on attend de nous, là ce qui était intéressant aussi, c'est qu'il y a un travail de groupe… » (encadrant, entretien t1).

Un acteur a souhaité continuer à se former dans la thématique qualité et dans celle de la formation : « *Oui, parce que je me suis rendu compte que moi je n'avais pas les outils pour construire, je n'avais jamais eu de formation, je faisais de la formation sur le terrain aux professionnels, etc., mais finalement la méthodo pure je ne l'avais jamais eu donc ça ma, je m'en suis rendu compte, puisque moi je n'avais pas ta méthode donc du coup j'ai demandé à avoir une formation pour pouvoir aussi construire des choses adaptées à la spécificité d'obstétrique, d'anesthésie, de pédiatrie quoi… »* (soignant, entretien t1).

Pour un expert, la découverte de l'évaluation a participé aux changements de ses pratiques professionnelles : « *D'évaluer ce qu'on a produit et de mesurer ce que ça a apporté, on produisait énormément, on a toujours produit énormément, mais sans se retourner, et sans regarder d'abord si c'était appliqué, ce que ça avait apporté donc, cette notion d'évaluation, alors ça par contre ça je l'ai bien acquis…Oui, oui, et clairement depuis deux ans qu'on a commencé ce travail quand, sur la partie supply chain tout ce qu'on fait à chaque fois, je pense, à l'évaluation… »* (expert, entretien t1). Notons, que dans ce discours il y a un déplacement important. Cet acteur suite à sa participation à ce travail socio-scientifique se pose la question de l'impact de ses pratiques ou de ses prises de décisions sur les pratiques des professionnels de santé de l'établissement. Il place l'évaluation-mesure comme une modalité d'évaluation de ses pratiques, plus particulièrement sur ce qu'elles ont pu apporter. Habituellement, l'évaluation-mesure[176] est utilisée pour l'évaluation du respect des normes (par exemple telle recommandation est appliquée oui/non), ici cet acteur souligne une évaluation centrée sur l'efficacité de ses pratiques qui se rapproche du modèle de l'évaluation-gestion[177] . Elle souligne « *Oui, oui je pense qu'il faut le faire comme ça parce que ça permet déjà de se dire qu'on n'a pas fait du travail pour rien, d'évaluer notre travail, mais aussi de communiquer à partir du moment où on a évalué, on peut communiquer et donc ça, je pense que c'est hyper important ça, ça a été… »* (expert, t1). L'évaluation dans cette situation participe à la valorisation sociale des savoirs co-élaborés en regard de leur efficacité sur le terrain.

Deux acteurs soulignent que la participation à ce travail collaboratif leur a permis de changer de poste au sein de l'institution. Pour l'un, c'est un engagement dans la qualité et dans la formation : « *Dans le même sens effectivement, moi je m'étais inscrite sur un DU[178] gestion des risques donc que j'ai passé et du coup en suivant j'ai demandé un poste en gestion des risques*

[176] Le modèle de l'évaluation-mesure sert à comparer, ordonner, juger les personnes et les objets selon le degré auquel ils possèdent une caractéristique, la grandeur d'une dimension de leur être c'est-à-dire décrire, tester, classer (Vial, 2012).
[177] Le modelé de l'évaluation gestion correspond à « Gérer, autrement dit gouverner au mieux, avec économie, diriger, contrôler le fonctionnel, maîtriser l'organisationnel, faire rendre le maximum, optimaliser accroître le rendement, améliorer » (Vial, 2012, p. 49).
[178] DU : Diplôme universitaire

qui m'a été accordé là depuis juin donc c'est dans la continuité, c'est dans la continuité et après sur le terrain en fait j'ai aussi demandé la formation des formateurs, voilà, aussi m'a été accordé, alors je l'ai déjà faite et je viens de la faire avec le réseau Occitanie le réseau périnatalité Occitanie, on travaille beaucoup avec ce réseau et ça m'a été accordé aussi sur l'institution dans le but de voilà poursuivre la construction de formation et adapter aux nouveaux-arrivants aussi, mais avec tous les besoins qui peuvent apparaître » (soignant, entretien t1). Pour un autre acteur, c'est l'accès à la formation de cadre de santé : « *Alors c'est sûr que ça a changé, alors je ne sais pas si c'est ça qui m'a fait changer, mais en tout cas ça a participé à la maturation de mon projet professionnel de devenir encadrant, ça a correspondu à peu près au même, ça m'a permis aussi de, moi de me positionner différemment c'est-à-dire que je suis arrivé dans l'aventure en tant qu'infirmière et au fur et à mesure je suis devenu encadrant »* (soignant, t1). Notons que ces changements de poste ne concernent que la catégorie socioprofessionnelle des soignants.

Quatre acteurs soulignent un changement concernant : <u>acquérir une sensibilité/ ouvrir son esprit</u> dans son activité professionnelle. Un acteur précise qu'il porte un regard bienveillant sur les nouveaux-arrivants : « *Oui je pense que peut-être je suis plus sensible en tout cas à certaines problématiques et quand je vais dans les services avec les nouvelles infirmières peut-être que je fais plus attention, peut-être que je prends plus le temps d'expliquer, en fait oui du coup il y a des choses qui voilà je sais qu'elles sont, je, je, suis sensibilisée en tout cas, à leur situation, sur le fait que ce n'est pas facile qu'elles ont plusieurs trucs à gérer… donc du coup je peux, en tout cas faire en sorte d'être plus disponible ou d'être plus présente…[...]Oui et peut-être moi aussi la façon de communiquer avec elles… »* (expert, entretien t1). Un acteur évoque une découverte des fonctionnements de l'institution : « *voilà et ça c'est des choses qu'on ne prend pas forcément conscience aussi quand on est soignants enfin on voit notre petit truc et voilà et ça ouvre l'esprit quand même »* (soignant, entretien t1). Elle précise que ça ne l'amène pas à envisager de changer de métier, mais sa participation au projet lui a permis de sortir de son quotidien de soignant : « *mais c'est, par contre ce n'est pas quelque chose que moi je ferai, j'ai fait des études pour être infirmière, ça ne m'intéresse pas de faire que de l'administratif tu vois, mais de participer à des choses comme ça je trouve ça pour moi pas extraordinaire, mais comme je ne l'ai jamais, comme je n'ai jamais connu ça je me disais que ça n'existerait jamais… »* (soignant, entretien t1). Un autre acteur évoque : « *Alors ça m'a permis d'avoir peut-être une ouverture d'esprit un peu plus poussée sur la gestion des armoires de service »* (expert, entretien t1), ce qui lui permet de se projeter sur les impacts de ses pratiques : « *j'arrive peut-être à plus me projeter sur les impacts que ça va avoir sur le service de soins et la gestion de l'armoire du service de soins… »* (expert, entretien t1). Cette ouverture d'esprit a permis à un acteur de « grandir » : « *et du coup j'ai une vision différente aussi… et donc ça c'était bien ça m'a permis de voir ça aussi, de voir mon changement de posture, ma réflexion qui était différente aussi voilà de me faire grandir tout simplement je pense que c'est ça aussi, de me faire évoluer sûr, au niveau de ma comment dire de ma curiosité personnelle et professionnelle… »* (soignant, entretien t1).

Pour trois acteurs, la participation à ce projet a provoqué un engagement dans l'institution, ils ont envie de <u>s'investir/s'engager</u> dans d'autres projets. Cet acteur évoque « *mais du coup ça m'a permis de m'investir dans un autre chose et du coup d'avoir une vision autre du CHU*

aussi, on n'est pas que l'infirmière qui fait les check-up, les prises de sang et qui s'occupe des patients, il y a aussi tout ce qu'il y a autour et ça moi j'aime beaucoup c'est ce que j'ai dit à ma cadre à l'entretien d'ailleurs j'ai adoré faire ça, parce que je me suis senti utile aussi autrement » (soignant, entretien t1). Il se projette sur la fin du projet et ses envies pour la suite : « *Ah oui quand même parce que moi du coup j'ai dit j'ai dit à la maison que quand ce projet sera terminé je veux participer à d'autres projets (rires)* » (soignant, entretien t1).

Deux acteurs évoquent la possibilité de participer à la prise de décision. Cette participation permet de trouver un équilibre entre les contraintes de la pharmacie et celle du terrain : « *mais j'aime ce côté-là aussi être dans l'organisation de l'entreprise entre guillemets, de faire partie de cette organisation-là de partir du bas, si nous les soignants entre guillemets ce n'est pas péjoratif, mais, et qu'on intervient là-dedans pour qu'on travaille bien tous ensemble et ça, ça, m'a, dans la prise de décision, dans l'organisation d'un service j'ai, moi, ça m'a plu, être pas décisionnaire, mais de donner mon avis sur l'expérience qu'on vit dans la réalité et pas que sur le papier, mais en même temps d'être aussi à l'écoute de ce qui se doit se faire, des contraintes que la pharmacie a »* (soignant, entretien t1). Deux soignants précisent que ce travail collaboratif a renforcé leurs missions de transmettre le savoir à l'équipe de soins : *« j'aime l'organisation, j'aime, je suis hyper dans la communication avec l'équipe donc maintenant je suis la plus ancienne du coup je suis une référente un peu des connaissances, des petits tuyaux puis en plus comme je suis référente pharmacie ça ouvre aussi parce que c'est quand même un gros truc dans un service et donc je fédère beaucoup, j'explique beaucoup »* (soignant, entretien t1) ; « *je transmets déjà quand il y a des changements, quand il y a des infos, quand on parlait des changements de marché, etc., je balise le terrain entre guillemets tu vois quand on a des nouvelles, des changements de marché suite à des ruptures, etc. »* (soignant, entretien t1).

Un seul acteur n'explicite pour lui aucun changement professionnel, il fait partie de la catégorie des experts. Les experts sont déjà sur des postes à haute responsabilité dans l'institution contrairement aux soignants qui peuvent gravir encore beaucoup d'échelons hiérarchiques.

Ces différents déplacements dans la dimension professionnelle semblent mettre en tension la dimension individuelle de l'émancipation et la dimension sociale.

2.3.2 Des déplacements dans la dimension individuelle

Nous avons interrogé les acteurs sur les changements qu'ils ont pu identifier au niveau personnel : *selon vous, en quoi ce projet a-t-il pu provoquer un changement pour vous ? : au niveau personnel ? Par rapport à vos connaissances/ votre savoir ? Vos actions/ missions au sein de l'organisation ? Vos manières d'agir ?* Nous avons identifié plusieurs changements dans cette dimension individuelle (Annexe 40). Deux acteurs n'identifient aucun changement.

Dans un premier temps, nous pouvons repérer que cinq acteurs reconnaissent un changement concernant l'augmentation de leurs connaissances, chaque groupe socioprofessionnel est représenté. Les connaissances pouvaient venir des experts « *d'avoir plus de connaissances aussi parce qu'il y a des fois des choses et bien j'apprenais par vous, par la pharmacie, par, enfin les règles, c'est vrai hein, parce que, parce qu'on est loin parfois de notre quotidien…*

donc ça, c'est sûr que c'est toujours un enrichissement au niveau des connaissances » (encadrant, entretien t1). Ces connaissances pouvaient provenir de la sphère scientifique en sciences de l'Éducation et de la formation : *« je pense que oui quand même j'ai essayé alors peut-être pas complètement sur mon savoir par rapport à mon travail, mais en tout cas sur le côté pédagogique j'ai lu quand même un peu des, des auteurs…je n'ai peut-être pas mis en pratique tout, mais je ne suis pas sûr d'avoir peut-être tout compris non plus, mais en tout cas je me suis intéressé plus spécifiquement justement, cette pédagogie envers les soignants et je me suis intéressée…* » (expert, entretien t1). Parfois, leur nature est difficile à identifier : « *Pas forcément, j'ai dû avoir des connaissances supplémentaires c'est sûr maintenant ça fait très longtemps qu'on a commencé et savoir exactement quelles connaissances j'ai acquis en plus j'avoue que je ne sais pas, mais je suis totalement persuadé que ça a changé, modifier, ma façon de voir les choses et donc de travailler sur le terrain… voilà* » (soignant, entretien t1). Elles peuvent être centrées sur une meilleure connaissance de la situation à améliorer : « *Ça fait remonter des choses, des situations qu'on devinait et qu'on ne nous avait jamais dites vraiment, le fait d'avoir des services à cinq stocks, on se doute que ça existe, mais on ne nous l'avait jamais dit en face et sur des situations extrêmes, les extrêmes qu'on peut avoir dans les services…* » (expert, entretien t1).

Pour quatre acteurs, cela a renforcé l'idée que la co-construction des savoirs est efficace. Cette sous-catégorie n'est présente que chez les encadrants et les experts : « *Non, ça a juste renforcé ce que je pense : que c'est la bonne méthode… Pour moi, vraiment il faut faire participer tous les professionnels c'est important… »* (encadrant, entretien t1). C'est le fait de vivre cette expérience de co-élaboration dans un espace socio-scientifique qui permet d'identifier son efficacité : « *Oui voilà, mais du coup le fait de l'avoir vraiment entre guillemets vécu et bien au final je trouve, là par exemple pour les services de soins je trouve, j'ai constaté l'importance au final des personnes du terrain…Pour moi, oui parce que c'est vrai qu'au début tu te dis oui, mais là, de voir les difficultés, de voir les choses qui vont et qui ne vont pas oui là il faut inclure les gens du terrain. Oui, de mettre des gens du terrain… et pas des gens qui pensent »* (expert, entretien t1). Un acteur souligne que cette expérience a permis de révéler les obstacles possibles dans le fonctionnement de l'institution, elle insiste sur le fait d'impliquer les acteurs de terrain pour permettre de faire avancer le projet : « *vraiment pour moi sur les deux groupes de travail, sur les deux groupes de travail ils sont très, très, révélateurs, très révélateurs de notre organisation, de notre paquebot énorme quoi et donc sur les fluides qui étaient un petit périmètre, on a voulu suivre le cadre institutionnel et on voit les difficultés que l'on a, sur le groupe armoire il va falloir passer par la base, il faut aller sur l'expérimentation, le terrain et que les trucs ils remontent »* (expert, entretien t1). Cinq acteurs envisagent de reproduire cette méthodologie centrée sur un collectif pluridisciplinaire : « *J'utiliserai des projets qu'on a déjà construits pour avoir la trame du projet et je calquerais honnêtement. Déjà il faut avoir un besoin, mais je calquerai effectivement la trame par exemple que tu as faite, pour d'autres projets je calquerai pour l'instant…* » (soignant, entretien t1), « *Oui c'est ça, mais je trouve que quand on veut et peut faire avancer les choses, quand on veut faire des projets, il faut inclure les personnes du terrain »* (expert, entretien t1) ; « *mais pour que ça arrive à descendre et à diffuser jusqu'au terrain il va falloir ne pas suivre la voie normale sinon on avance… je*

pense qu'il faudra vraiment partir par le bas, et le bouche-à-oreille et après c'est lié à des moyens… » (expert, entretien t1).

Enfin, notons que sept acteurs ont changé leurs façons de faire, leurs manières d'agir. Un premier acteur de la catégorie socioprofessionnelle des soignants identifie qu'elle a changé sa façon de faire en termes de réponse aux besoins qu'elle peut identifier. Elle décrit être passée d'une forme d'impulsivité à une forme plus structurée de ses actions : « *En termes de méthodologie ça, c'est sûr je suis moins sur l'impulsivité des choses et plus dans la construction pour pérenniser* […] *je vais enclencher une réponse qui certes peut apporter, être efficace sur le moment, mais je vais aussi penser à la pérenniser cette réponse c'est-à-dire que si on a eu besoin une fois ça veut dire qu'on en aura besoin d'autres fois »* (soignant, entretien t1). Elle se situe dans un temps d'appropriation de cette nouvelle façon de faire, sa participation au travail socio-scientifique lui a permis de se questionner sur ses pratiques et de trouver une nouvelle manière d'agir : « cette *démarche-là que, que, je m'approprie surtout depuis que j'ai commencé à travailler dans ce groupe de travail »* (soignant, entretien t1). Ce déplacement sur la manière d'agir est également identifiable pour les experts : « *alors que maintenant je réfléchirai de façon un peu plus structurée… en me disant par exemple quels sont vraiment les objectifs de ma formation… je partirai sur quelque chose de plus…Non je pense que oui c'est nouveau avant je pense que je ne me posais pas de questions sur ce que je faisais avant ça restait sur des trucs… »* (expert, entretien t1) *; « moi avant j'échangeais peu avec vous et c'est vrai que, de par ces groupes de travail et bien je vais peut-être avoir l'appel un peu plus facile auprès de la CoMéDiMS »* (expert, entretien t1). Un expert souligne un apport de savoirs méthodologiques et théoriques notamment sur l'évaluation de ses pratiques professionnelles, mais également une ouverture de son regard sur d'autres façons de faire. Elle évoque notamment sur un projet qu'elle pilote au sein de l'institution. Elle décrit qu'elle avait préparé la première réunion avec une présentation, mais qu'elle a préféré laisser les personnes présentes échanger (comme sur la première réunion que nous avions menée sur l'analyse des besoins) : « *on n'a rien avancé, mais on a énormément enfin on a parlé, les gens se sont parlés ont échangé, on fait part de leurs craintes, de leurs difficultés et du coup je me dis que c'est bien… »* (expert, entretien t1). À la fin de l'entretien, nous avons rediscuté de ce nouveau groupe de travail qu'elle pilote et de son changement dans sa façon de faire. Un soignant souligne que les réunions de travail lui ont donné envie d'améliorer les choses dans son unité de soins, ce qui l'a conduit à créer un outil et à le mettre en place « *ce que j'ai mis en place ça a quand même amené du progrès, parce que j'ai mis en place une feuille de traçabilité journalière »* (soignant, entretien t1).

Les déplacements dans la dimension individuelle concernent des transformations au niveau des connaissances de l'acteur, dans sa manière d'agir et dans la confirmation que la co-élaboration des savoirs est une démarche efficace.

2.3.3 Des déplacements au niveau social

Nous avons interrogé les acteurs sur d'éventuels changements qu'ils auraient pu vivre au niveau social : *selon vous, en quoi ce projet a-t-il pu provoquer un changement pour vous ? au niveau social ? Par rapport à vos valeurs ?*

Nous remarquons que huit acteurs sur douze explicitent que leurs participations dans le tiers-espace socio-scientifique a pu leur permettre de conforter leurs valeurs. Un acteur évoque une discussion avec d'autres acteurs du groupe : « *elles trouvaient ça très bien qu'elles soient intégrées dans ce genre de discussion, dans ce projet (hésitation) voilà donc moi c'est vrai que ça me consolide dans le fait qu'il faut faire participer les professionnels et du coup les professionnels de base alors attention moi j'en fais partie hein »* (encadrant, entretien t1). Cette expérience de co-élaboration a conforté sa valeur de reconnaissance de l'autre « *Exactement, quand je dis ça ce n'est pas du tout péjoratif et moi je trouve que c'est très intéressant de faire participer les professionnels du terrain parce que, parce que du coup c'est leur, c'est eux qui travaillent, c'est eux qui font l'activité enfin voilà et quand c'est des décisions qui sont ascendantes ou quand on a des notes de service qui tombent et que du coup c'est en décalage de la réalité du terrain ça ne peut pas passer… et on sait que c'est un échec…* (encadrant, entretien t1). Un autre acteur évoque l'action collective « *ça peut conforter dans le sens quand on veut aboutir à quelque chose et qu'on est dans la co-construction ensemble on va plus loin ça c'est quelque chose où on est intimement persuadé que collectivement on va plus loin…* » (encadrant, entretien t1). Pour elle, c'est intrinsèque à sa façon d'agir : « *c'est quelque chose qui est intrinsèque qu'il y a déjà chez moi je pense que c'est important, d'associer des personnes, non seulement tu les associes tu fais un pas dans la construction du projet »* (encadrant, entretien t1). Un soignant évoque qu'elle s'est rendu compte de cela en travaillant, et qu'elle a besoin des autres au quotidien : « *je me suis assez vite rendu compte plus tôt dans ma profession que de toute façon on ne pouvait pas travailler tout seul, donc c'est important et là ça ne fait qu'asseoir ce que je pensais déjà… je suis obligé de travailler avec les autres et ça m'apporte même ça me fait du bien de travailler avec les autres et d'échanger, ça ne fait que confirmer ce que je pensais »* (soignant, entretien t1). Ce projet de recherche participative a réveillé des valeurs chez les acteurs et les a confirmées : « *que c'est quelque chose que j'avais déjà avant enfin, c'est quelque chose auquel je tiens, c'est de bien, d'être disponible pour l'ensemble des métiers qui gravitent autour de nous »* (expert, entretien t1) ; « *alors ça m'a réconforté avec mes valeurs humaines, que j'ai dans mon travail »* (expert, entretien t1) ; « *ça encore plus amplifié mes valeurs là-dessus où je trouve que plus on implique les gens et plus ils adhèrent au projet donc du coup on va dire que c'est des valeurs que j'avais avant et que ça a permis d'encore plus exacerber et que bon que c'est chouette de le faire »* (expert, entretien t1).

Nous identifions dans un premier temps que les acteurs (3) évoquent un climat de respect entre les professionnels au sein du TESS : « *ce que j'ai apprécié du groupe c'est qu'il n'y avait pas de, le dialogue était cordial, les gens étaient dans la discussion, il n'y a pas eu, il n'y a pas eu de confrontation, il n'y a pas eu de dualité, donc non je trouvais que c'était bien dans mes valeurs humaines de dire qu'on pouvait discuter sans forcément se confronter… […]ça donnait plutôt un échange pour aller vers du constructif donc non je trouvais que les échanges étaient bien justement…* (expert, entretien t1).

Puis, les acteurs échangent plus précisément sur les valeurs humaines qu'ils partagent, notamment nous retiendrons la bienveillance, la considération pour l'autre. La bienveillance est clairement verbalisée : *« je pense que c'est important et puis que tout le monde ait sa place dans son groupe, la parole de l'aide-soignante, ou de l'infirmière, on n'avait pas*

d'aide-soignant, mais la prise de parole de chacun est importante et je trouve que ce groupe-là il a permis que chacun s'exprime de son côté, sur ses problématiques, sur son ressenti et avec une bienveillance collective et avec des acteurs différents » (encadrant, entretien t1). Socialement, les professionnels ont pu prendre part au projet ce qui entraine une valorisation sociale : « *moi je me suis dit et pour mon service et pour moi-même de participer à un projet et de montrer qu'on est là et qu'on peut amener des choses au pôle ou à l'hôpital ou à la pharmacie par exemple, je trouve ça hyper valorisant et je me suis battu pour continuer parce que je veux qu'on ait, qu'on garde une bonne image, je ne sais pas si c'est socialement… »* (soignant, entretien t1). Cette valorisation sociale permet de prendre place et d'être reconnue par les autres : « *en fait on a notre place dans l'institution on n'est pas juste des petits ouvriers qui font ce qu'on a à faire et qu'on pouvait vraiment s'impliquer et faire évoluer les choses… »* (soignant, entretien t1). Travailler ensemble voire nous pourrions dire « vivre ensemble », c'est *« c'est savoir écouter les collègues, savoir écouter les agents, voilà, prendre en considération leurs remarques parce que ce n'est pas parce que tu es cadre que tu voilà que tu, tu as la science infuse en quelque sorte et que toutes les idées sont bonnes à prendre…(hésitation) voilà, ça, c'est des valeurs d'écoute, de respect, de prise en compte, de prise en considération des autres »* (encadrant, entretien t1).

Deux acteurs expriment éprouver un « sentiment de responsabilité vis-à-vis des autres » : *« s'ils ont besoin de quelque chose pour réaliser correctement leur mission qu'ils souhaitent réaliser correctement c'est à moi de trouver ce qu'il faut pour qu'eux ils puissent travailler comme il faut… […] Que la prise en charge soit optimale. Je me vois comme un soutien* (soignant, entretien t1) ; « *je ne sais pas si ça rentre dans les critères, mais on a souvent parlé de la transmission de l'information, des notes de service et autres et maintenant quand j'écris un truc je me mets à la place du receveur, et j'essaie de me mettre plus à la place du receveur »* (expert, entretien t1).

Cela amène à un élément essentiel : « créer du lien entre les professionnels ». Finalement ce qui est le plus important c'est : « *j'ai déjà dit par rapport aux gens avec qui je travaille, surtout au niveau des pharmaciens, au niveau de mon pôle ce qui a toujours été important c'est de nouer des liens humains »* (expert, entretien t1).

Un seul acteur ne mentionne aucun changement.

Les déplacements dans la dimension sociale concernent les valeurs des acteurs, leur sentiment de responsabilité vis-à-vis des autres, et l'importance de créer du lien entre les professionnels.

2.3.4 Des déplacements symboliques

Nous avons interrogé les acteurs sur d'éventuels changements qu'ils auraient pu vivre au niveau symbolique : *selon vous, en quoi ce projet a-t-il pu provoquer un changement pour vous ? Au niveau symbolique ? Par rapport à la reconnaissance, la valorisation ?*

Un acteur pense que les changements symboliques dépendent de la place qu'on peut avoir dans l'institution : « *Peut-être parce que je suis cadre, alors peut-être qu'après une infirmière te dira le contraire parce que du coup c'est, c'était un plus, c'est en dehors en quelque sorte de son travail, c'était un plus, et ça oui je comprends que quand tu es infirmière c'est*

valorisant… » (encadrant, entretien t1). Par exemple pour la profession d'infirmier, la participation à ce groupe de travail peut changer symboliquement les choses : *« […]mais je comprends que tu veux dire qu'effectivement au niveau symbolique peut-être que pour une infirmière ou d'autres professions ça a été il y a eu une valorisation plus importante que pour que pour toi parce qu'une infirmière tu vois elle a été un petit peu désignée, ou elle s'est sentie, ou elle a été un peu par son cadre de santé choisi, un peu l'élu pour gérer ce projet, d'intégrer un groupe de travail avec d'autres professionnels, avec des cadres avec des pharmaciens, tu vois ce que je veux dire ? De gérer, d'intégrer un groupe où il y a un projet qui va impacter tous les services de soins du CHU tu vois donc ça quand tu es infirmière je trouve que c'est valorisant »* (encadrant, entretien t1). Un soignant témoigne du sentiment d'utilité qu'il a ressenti : « *Non je n'ai pas trouvé je me suis senti bien dans ce groupe même la dernière réunion, j'ai trouvé ça on a beaucoup discuté avec la pharmacienne, c'était vraiment bien je suis sorti de la… ah, mais c'était trop bien… mais du coup je pense que chacun s'est apporté des choses et du coup il faut qu'on le garde cette dynamique-là »* (soignant, entretien t1).

Quatre acteurs évoquent de la satisfaction « *Je pense que quand la formation elle sera arrivée au bout, il y aura une sensation de satisfaction »* (encadrant, entretien t1) ; « *super expérience, enfin voilà ça m'a valorisé oui »* (expert, entretien t1) *; « après j'étais contente d'être impliquée »* (expert, entretien t1). Le projet a pu aboutir ce qui amène aussi de la satisfaction « *Mais voilà au moins tu te dis c'est arrivé au bout et ce n'est pas facile d'arriver au bout des choses mêmes avec toute la bonne volonté… et puis là bon il y a quand même deux ans de pandémie… » (*encadrant, t1).

Quatre acteurs évoquent de la reconnaissance : « *Ah oui tout à fait je me rends compte que de participer à un projet qui regroupe plusieurs pôles, mais en fait il y a marqué ton nom sur le truc alors que tu n'as pas forcément, enfin je veux dire je n'ai pas, j'ai participé, mais voilà ça apporte une reconnaissance donc déjà du groupe, et ça, c'est quand même très important et après auprès de mes pairs, auprès de mes pairs, auprès du pôle auprès de mon pôle, etc. on sait que c'est la présentation j'ai suivi à chaque fois et au final finalement oui on est vu, on est vu et ça, c'est important parce que ça veut dire qu'on va penser à moi peut-être pour d'autres choses et ça va m'ouvrir des perspectives des opportunités, auquel je n'aurais sans doute pas participé si l'on ne m'avait pas vu dans ce projet »* (soignant, t1). Le TESS favorise la reconnaissance des acteurs et les valorise, il peut même devenir un espace « sacré » : « *ce groupe était je ne sais pas comment dire sacré, ce que le groupe avait dit, il fallait en tenir compte et le suivre… » (*expert, t1).

Au niveau des déplacements symboliques, nous identifions que la catégorie des soignants est plus représentée. Les acteurs évoquent avoir ressenti de la satisfaction ou de la reconnaissance.

Synthèse du chapitre 11
La dynamique émancipatrice dans la co-élaboration des savoirs au sein du TESS

Nous avons mis à l'épreuve le fait que la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. Les résultats de l'analyse à partir de la mobilisation de la grille de Delvaux et Devaux (2012) objectivent une émancipation des acteurs dans les quatre dimensions : individuelle, collective, sociale et politique. L'émancipation, ici, objectivée, est une émancipation dite permissive et capacitive (Galichet, 2018).

Le TESS est identifié comme un espace d'échange et d'écoute permettant le partage d'expérience des acteurs. Les conditions inhérentes à son fonctionnement comme la participation active et l'absence de hiérarchie permettent une co-élaboration émancipatrice des savoirs. Notons l'importance du rôle du chercheur-intervenant dans l'accompagnement des interactions au sein de cet espace. Le chercheur-intervenant est identifié comme un tiers-médiateur par les acteurs. La co-élaboration des savoirs permet une prise de conscience collective sur la situation, favorise par la mise en interaction des différents savoirs une meilleure compréhension de la situation. Le TESS permet la co-élaboration d'un savoir action hybride, car issu des savoirs d'experts, savoirs scientifiques et savoirs professionnels.

Plusieurs déplacements pour les acteurs sont identifiables entre t0 et t1, ils concernent les quatre dimensions de Marcel (2017) :

- Dans une dimension professionnelle : les acteurs ont pu augmenter leur réseau, travailler en équipe, acquérir des outils, changer leurs pratiques professionnelles, ouvrir son esprit, s'engager, participer à la prise de décision ;
- Dans une dimension individuelle : nous notons une augmentation des connaissances, l'identification de l'efficacité de la co-construction ;
- Dans une dimension sociale : la co-élaboration des savoirs est une démarche qui mobilise des valeurs des acteurs comme la bienveillance et le respect ;
- Dans une dimension symbolique : la co-élaboration des savoirs favorise une valorisation et une reconnaissance des savoirs des acteurs.

En regard des résultats obtenus, nous nous interrogeons sur un lien possible entre co-élaboration des savoirs par la référentialisation et démocratisation des savoirs au sens de Dewey (Dewey & Zask, 2018).

Chapitre 12 - Discussion

Nous nous sommes intéressés au processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention. Nous avons mis à l'épreuve que cette co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. Le TESS s'installe à l'interface de la sphère de la Recherche (ici, en sciences de l'Éducation et de la formation) et de la sphère de l'Intervention (ici, le domaine de la santé). Il s'agissait pour nous de décrire et de comprendre le fonctionnement de ce tiers-espace socio-scientifique dans lequel nous avons mobilisé une démarche particulière de co-élaboration des savoirs : la référentialisation (Figari et al., 2014).

La référentialisation (Figari et al., 2014) est une démarche d'enquête au sens de Dewey (1938) qui est dite « évaluative », c'est-à-dire qu'elle permet de comparer des données, les référés (les données observées) à des référents (système de référence qui donne du sens). Dans notre situation, le « jugement » produit par cette comparaison a une visée de régulation des dispositifs de formation. Notons qu'elle repose sur un principe participatif fort, voire démocratique (Figari et al., 2014) : les acteurs mettent en œuvre l'enquête évaluative. Ainsi, les professionnels des deux groupes de travail ont co-construits deux référentiels (composés de référents, critères, indicateurs) décrivant les dispositifs de formation et permettant leurs co-élaboration. Les savoirs contextualisés produits concernent les référentiels et les dispositifs de formation associés (chapitre 9). La référentialisation a été utilisée comme un opérateur de la co-élaboration des savoirs au sein du TESS en mettant en interaction les savoirs des experts (de la CoMéDiMS), les savoirs d'action (des professionnels de santé) et les savoirs scientifiques du chercheur (chapitre 10). Les démarches de recherche participative (Storup, 2013 ; Houillier, 2016 ; Anadón, 2007) revendiquent que la participation des acteurs au processus de co-élaboration des savoirs contribue à une dynamique émancipatrice des acteurs dans des dimensions individuelles, collectives, sociales ou politiques. Nous avons également objectivé ces éléments dans le chapitre 11.

Cette discussion débutera par un retour sur la Recherche-Intervention (1) menée (son contexte d'émergence, ses visées, la posture du chercheur). Nous aborderons ensuite la référentialisation comme un opérateur de co-élaboration des savoirs contextualisés (2) au sein du tiers-espace socio-scientifique de la R-I. Puis, nous analyserons la visée critique de la référentialisation mobilisée au sein d'une R-I dans l'hypothèse d'un rapprochement possible et fertile entre science et société (3). Nous terminerons par un retour réflexif sur la R-I que nous avons mise en œuvre au sein du CHU de Toulouse en décrivant les limites et les perspectives de la recherche menée (4).

1) Accompagner l'ingénierie de formation au sein de la CoMéDiMS

1.1 Savoirs d'experts, savoirs d'action : de l'élaboration des recommandations à la mise en pratique

Nous avons accompagné une démarche d'ingénierie de formation qui prend sa source dans le contexte de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce processus est

qualifié de complexe par la Haute Autorité de santé (HAS, 2013a). Il met en relation différents professionnels de santé (médecins, sages-femmes, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, infirmiers…) qui réalisent leurs pratiques professionnelles (prescription, dispensation et l'administration médicamenteuse) dans un environnement mouvant. L'innovation scientifique dans les domaines de la médecine et de la pharmacie, l'augmentation des maladies chroniques chez les patients, le degré d'urgence des prises en charge, les situations exceptionnelles sanitaires comme la crise du Covid 19 sont autant d'éléments compliquant le contexte de réalisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Dans cette complexité nous retiendrons que le patient qui est au centre de ce processus, mais également au centre des préoccupations des soignants est exposé à des risques : les événements indésirables médicamenteux. Relevons qu'environ 50% d'entre eux sont considérés comme évitables. En France, une politique forte de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est en place depuis 2004. Relayée par différentes structures nationales, régionales ou locales, elle repose sur des obligations réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques (explicites ou implicites). Depuis 1996, chaque établissement de santé est évalué tous les quatre ans par des experts-visiteurs nommés par la Haute Autorité de santé dans le cadre des démarches de certification. Le référentiel d'évaluation mesure le degré de conformité entre les pratiques professionnelles observées et les attendues (réglementaires ou en lien avec les recommandations de bonnes pratiques portées au niveau national).

De notre point de vue, les deux rapports récents de la Haute Autorité de santé en 2022 et 2023 (HAS, 2022c, 2023b) identifient dans la situation de sécurisation du processus de la prise en charge médicamenteuse du patient un enjeu autour de la notion de « savoir ». Nous rappelons que le savoir est une notion complexe qui peut être décrite à partir de différentes caractéristiques (Pesce, 2019) : le type ou la nature, leurs usages ou leurs effets, les acteurs qui les produisent, les acteurs qui les mobilisent, le statut épistémique ou la valeur des savoirs. Le premier rapport de la Haute Autorité de santé concerne ce qu'elle nomme les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins (HAS, 2022c). Elle en décrit quatre : les ressources matérielles, les ressources humaines, l'organisation et la coopération des équipes. Au sein des ressources humaines, elle identifie la compétence des professionnels ; au sein de l'organisation des équipes, le respect des bonnes pratiques. Ils sont « selon la littérature scientifique et le consensus d'expert, des éléments qui contribuent à la qualité et la sécurité des soins » (HAS, 2022b, p. 15). L'analyse du succès de certains programmes d'amélioration des pratiques (Dixon-Woods et al., 2011) met en évidence l'importance de prendre en compte le retour d'expérience des professionnels de première ligne (HAS, 2022b). Remarquons que dans une certaine conception de l'expérience (Dewey, 1938 ; Bourgeois, 2013 ; Thievenaz, 2019b), celle-ci est productrice de connaissances de la situation voire de savoirs dits détenus (Barbier, 2011) ou des savoirs dits d'expériences (Tardif & Lessard, 2000). Le deuxième rapport prolonge cette réflexion (HAS, 2023b). Il s'intéresse à l'impact des recommandations qui sont définies comme « des propositions développées scientifiquement pour aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (HAS, 2023b). Cet impact n'étant pas optimal, la Haute Autorité de santé envisage un rapprochement avec les utilisateurs poursuivant un objectif de « développement de la culture utilisateur ». Il s'agirait de mieux cerner les besoins et les attentes, les attitudes et les comportements des utilisateurs (HAS, 2022c, 2023b). Nous

retiendrons que la formation, lorsqu'elle s'adresse à des adultes, est appelée selon Delvaux et Tilman (2012) à prendre en compte : le besoin de savoir des apprenants, leur motivation, le respect de leur autonomie, la prise en compte de leur expérience, le contenu de l'apprentissage, son orientation en lien avec les situations de travail.

Dans la demande formulée par la CoMéDiMS « d'amélioration des dispositifs de formation » qu'elle élabore et met en œuvre auprès des professionnels de santé et dans la proposition de partenariat avec la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation, nous avons identifié la possibilité d'accompagner une nouvelle façon de construire des dispositifs de formation. La demande formulée par la CoMéDiMS, reflet d'une situation insatisfaisante sur les effets des dispositifs de formation sur les pratiques professionnelles (effet de modelage) a ouvert la possibilité d'un rapprochement entre la sphère de la Recherche en sciences de l'Éducation et de la formation et la sphère de l'Intervention (le domaine de la santé) par la formulation d'une demande d'accompagnement de ses pratiques d'ingénierie de formation. Ce rapprochement a été contractualisé par une commande de Recherche-Intervention.

1.2 Installer les conditions d'une rencontre

Nous inscrivons notre thèse en sciences de l'Éducation et de la formation. Cette discipline scientifique poursuit un intérêt pratique, celui d'aider les situations en lien avec l'éducation ou la formation (Mialaret, 2006 ; Marcel, 2019b). L'héritage de cette science l'amène à combiner dans ses dispositifs de recherche une logique d'action et une logique de la connaissance pour « connaître » et « agir » dans différents domaines tels que la santé, l'éducation, le social et le politique. La démarche de Recherche-Intervention (Bedin, 2013 ; Broussal et al., 2015 ; Marcel, 2019b, 2020b) que nous avons choisi de proposer à la CoMéDiMS entretient un lien particulier avec les pratiques professionnelles (qu'elles cherchent à améliorer et à comprendre) tout en soutenant la participation des acteurs au processus d'élaboration des savoirs permettant ce changement. En assumant d'être en rupture avec deux orientations philosophiques qui considèrent que science et action sont inconciliables, la R-I s'inscrit dans l'ouverture possible d'une tierce-voie (Robert & Marcel, 2019) soulevant l'hypothèse d'un enrichissement réciproque de la sphère de la Recherche et de celle de l'Intervention.

Nous avons donc proposé d'installer à l'interface des deux sphères : un tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010) dont l'objectif a été d'accompagner les chercheurs et les praticiens à interagir et à explorer ensemble par une activité réflexive la pratique d'ingénierie de formation (Desgagné et al., 2001). Pour que cet enrichissement soit possible, certaines conditions sont nécessaires.

1.2.1 Soutenir le principe participatif

La Recherche-Intervention est une démarche de recherche appartenant aux sciences dites participatives (Anadón, 2007 ; Houllier, 2016 ; Storup, 2013 ; Desgagné et coll., 2001). Le principe participatif sous-tend qu'une place particulière est accordée dans le processus de co-élaboration des savoirs aux acteurs citoyens ou professionnels. Ce principe remet en cause une certaine hiérarchisation des savoirs qui pourrait exister entre la sphère académique et la sphère professionnelle (Alliance Athéna, 2015). Nous rappelons que « la participation de

non- scientifiques à la production de connaissance[179] n'est pourtant pas nouvelle » (Houllier et al., 2017, p. 419). Des domaines comme l'histoire naturelle (botanique, zoologie), l'astronomie ou la santé (Demange et al., 2012) se sont appuyés sur la participation, d'amateurs, ou des patients à l'élaboration de connaissances (Houllier et al., 2017). L'évocation par la Haute Autorité de santé de se rapprocher des sciences humaines et sociales pour travailler sur l'élaboration des recommandations (HAS, 2023b) semble s'inscrire dans cette conception des sciences participatives de production de savoirs : « Il s'agit en associant sociétés civiles et donc savoirs expérientiels et laboratoires de recherche de produire des savoirs différents, bien sûr par la manière dont ils sont produits, mais également par leurs objets, leur échelle, leur rapport l'action » (Alliance Athéna, 2015, p. 7). Dans les conditions de cette rencontre, notons déjà des valeurs de respect et de reconnaissance mutuelle (Desgagné et coll., 2001). Il s'agit de « faire avec » les professionnels dans une vision constructiviste de la relation chercheur-praticien.

1.2.2 Les visées de la Recherche-Intervention menée

La Recherche-Intervention « poursuit trois visées simultanément et en articulation » (Marcel, 2020b, p. 1). En fonction du contexte de la recherche, de la demande formulée, me dosage de chacune des visées peut être modulé (Marcel, 2020c). Nous employons le terme « visée » dans son sens d'objectifs ou de finalités. Au sein du tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention, les trois visées pouvaient être décrites comme suit :

- Une visée heuristique de production de savoirs scientifiques. Nous nous sommes appuyés sur une méthodologie qualitative à visée compréhensive pour décrire et comprendre le processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS ;
- Une visée praxéologique : au sein du TESS, les acteurs des groupes de travail et du comité de pilotage participent à la co-élaboration de savoirs dits contextualisés. Dans notre situation il s'agit de savoirs qui concernent les dispositifs de formation ou de diffusion du savoir ;
- Une visée critique : nous inscrivons notre thèse dans le prolongement des travaux de Marcel (2020b), concernant la visée critique de la R-I. Elle correspond à une réflexion distanciée sur les conditions de production des savoirs, sur leurs diffusions et sur les modalités d'utilisation de ces dernières. Il place ici dans la visée critique, la notion d'émancipation qu'il décrit comme des déplacements des acteurs de la place à laquelle ils étaient assignés au départ vers une place nouvelle plus « juste » (Sen, 2012) correspond davantage à leurs aspirations en tant qu'individu-sujet (Marcel, 2017). Dans la recherche que nous avons menée, nous interrogeons la visée critique en mettant à l'épreuve que la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une émancipation des acteurs engagés au sein du TESS.

[179] Nous gardons le terme employé de connaissance employé par l'auteur bien que dans notre situation il s'agit de la production de savoirs.

1.2.3 Une posture particulière de chercheur-intervenant

Nous avons accompagné les deux groupes de travail en occupant la posture de chercheur- intervenant en assumant les trois fonctions de la Recherche-Intervention : heuristique, praxéologique et critique. Ces trois visées sont en articulation au sein du TESS de la R-I. Pour cet accompagnement des professionnels (Broussal, 2013 ; Paul, 2004) dans la co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS, nous avons parfois occupé une posture de « guide », par exemple lorsque nous avons proposé la démarche de référentialisation pour co-élaborer les dispositifs ou bien pour l'organisation des différents temps de *focus group*. Parfois, nous étions dans la conduite du projet afin de permettre son avancée. Plus particulièrement, nous avons été un médiateur permettant la rencontre entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention. Ce terme de médiateur a été identifié par les participants de la R-I, c'est leur ressenti de la situation. Le rôle de médiateur est identifiable dans l'accompagnement des interactions, entre les professionnels porteurs du savoir d'expert et ceux porteurs du savoir d'action. Le fait que les participants identifient ce rôle de médiateur n'est pas anodin, cela traduit les conflits ou les tensions potentiels que nous avions identifiés lors de l'analyse de la demande. Nous avons poursuivi une perspective socioconstructiviste pour la co-élaboration des savoirs contextualisés en accompagnant les acteurs à réinterroger leurs pratiques d'ingénierie de formation par le partage de leurs points de vue. Cette posture étant porteuse d'une dimension critique visant à développer ou accroître la capacité de remise en question du collectif et de prise de distance. Nous pouvons aussi préciser que cette posture et en lien avec la notion de résilience du TESS : c'est une manière de s'en sortir face à l'adversité, d'absorber une perturbation et de retrouver ses fonctions dans un nouvel équilibre. La résilience produit une défense-protection, un équilibre face aux tensions, une confiance dans l'engagement, une positivité de soi (Bazin, 2013).

1.3 Le TESS : de la réflexivité à la co-élaboration des savoirs

À partir des résultats que nous avons obtenus au chapitre 10, nous identifions que le TESS est un espace qui favorise la réflexivité des acteurs. En son sein les différentes interactions entre les acteurs impulsent la dynamique de co-élaboration des savoirs. Le tiers-espace (Bazin, 2013) est un espace où les solutions à un problème vont être travaillées et trouvées par les individus eux-mêmes. Cet espace à un rôle de médiation au sens d'Hennion (2016) de permettre l'expression d'un collectif dans un espace donné. Il favorise la participation des acteurs à la recherche de solution, l'hétérogénéité des profils des acteurs en constitue une ressource. Nous avions également identifié que le TESS pouvait être un tiers-espace maintenant un « entre-deux » (Jullien, 2018) entre les deux sphères : celle de la Recherche et celle de l'Intervention. Ces deux sphères qui « s'opposent » par leurs finalités (comprendre et agir) par leurs savoirs (scientifiques/ professionnels) se retrouvent en vis-à-vis dans une mise en tension de leurs oppositions. Le TESS maintient les deux sphères en activité, dans la situation que nous avons accompagnée, nous nous sommes appuyés sur la démarche de référentialisation comme opérateur de cette fécondité entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention. Pour articuler les trois visées de la R-I (heuristique, praxéologique et critique), nous avons mis en œuvre deux étapes pour faire vivre cet « entre ». La première est la phase réflexive que nous avons conduite par les entretiens semi-directifs. Ils ont amené les acteurs à s'engager dans la

recherche par la signature du consentement et à commencer le travail d'analyse de leurs pratiques professionnelles en jeu dans cette ingénierie de formation par les questions posées lors de ces échanges. La deuxième phase correspond à la mise en œuvre de la référentialisation que nous allons décrire dans les paragraphes suivants.

2) La référentialisation un opérateur de co-élaboration de savoirs

Pour la partie intervention de la R-I, nous avons accompagné les deux groupes de travail responsables de la co-élaboration de deux dispositifs de formation (une formation pour les nouveaux-arrivants et un guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie). Le terme dispositif de formation est devenu incontournable dans l'environnement de la formation. C'est un agencement d'éléments variables en fonction des demandes et des situations et des contextes (Peraya & Peltier, 2012). Pour Aussel (2013) deux processus le caractérisent. Un processus fondamental composé des intentions, des expériences et des effets et un processus opérationnel c'est-à-dire les étapes de sa mise en œuvre et les acteurs. Ce deuxième processus, nous l'avons associé aux phases de l'ingénierie de formation (Ardouin, 2017). Les deux groupes de travail ont réalisé les étapes d'analyse des besoins, de conception, de réalisation et d'évaluation. Nous allons dans ce sous-chapitre rappeler l'opérationnalisation de la référentialisation que nous avons réalisé pour construire les dispositifs de formation. Puis, nous questionnerons en quoi la démarche de référentialisation mobilisée au sein du TESS peut-elle contribuer au processus de co-élaboration des savoirs contextualisés par la mise en discussion des résultats obtenus dans les chapitres 9 et 10. Nous avions amorcé une première réflexion scientifique sur la mobilisation de la référentialisation dans une Recherche-Intervention (Hédacq & Broussal, 2021).

2.1 Co-élaborer les dispositifs par une enquête évaluative

L'ingénierie de formation est une « démarche réflexive qui tient compte des différentes dimensions d'une situation » (Ardouin, 2017, p. 1). C'est plus particulièrement cette définition de l'ingénierie de formation qui nous a orientés vers la démarche de référentialisation. Pour répondre à la demande des commanditaires, nous devions trouver une démarche nous permettant de prendre en compte les différentes dimensions de l'ingénierie de formation dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse (les acteurs différents, la notion d'erreur, les écarts de pratiques, le travail prescrit/le travail réel…). L'ingénierie de formation est une démarche qui tient compte de la situation des acteurs, de la demande de l'organisation et son environnement dans une visée d'analyse systémique (Ardouin, 2017). Dans le contexte du champ de la santé, la formation continue des professionnels de santé est assurée essentiellement par les dispositifs de développement professionnel continu (DPC). Réglementairement, chaque professionnel de santé doit par période de 3 ans suivre un parcours DPC qui combine un temps de formation et/ou d'évaluation des pratiques et/ou de gestion des risques. Ce dispositif soulève des enjeux qui vont bien au-delà de garantir l'actualisation des connaissances (Marin, 2019), l'évaluation y prend une place bien particulière. Elle se rapproche du paradigme de l'évaluation-mesure (Vial, 2012) qui sert à classer, vérifier la conformité. Nous avons choisi de rentrer dans cette situation d'ingénierie de formation avec un autre modèle de l'évaluation : l'évaluation-régulation puisqu'il s'agissait d'améliorer les dispositifs (Vial, 2012). Nous

identifions dans le chapitre 9 que les dimensions choisies par les acteurs concernent notamment pour la partie produits les éléments à réguler dans un objectif d'amélioration des dispositifs.

Nous avons opérationnalisé la démarche de référentialisation pour travailler avec les acteurs les différentes dimensions de la situation d'ingénierie de formation confiée par la CoMéDiMS aux groupes de travail. La mobilisation de l'enquête évaluative a permis de traiter les dispositifs à construire comme des hypothèses (Figari et al., 2014). L'objectif est d'adopter une conduite réflexive (Thievenaz, 2019b) pour co-élaborer les dispositifs. Les résultats analysés dans le chapitre 10 nous ont permis de repérer les caractéristiques de ce processus au sein du TESS.

2.2 Faire émerger les savoirs professionnels : participer au diagnostic

Les savoirs liés à l'action prennent différentes dénominations (Wittorski, 2007) : savoirs d'expérience (Tardif et Lessard, 2000), savoirs d'action (Barbier, 2011), savoirs professionnels (Leplay, 2008). Dans notre recherche nous étudions les savoirs contextualisés produits par les acteurs dans une visée de transformation de la situation. Pour nous, les savoirs contextualisés produits au sein de la R-I sont des savoirs d'action : « l'énonciation de savoirs d'action, c'est-à-dire la communication par des acteurs-énonciateurs d'énoncés relatifs à la génération de séquences actionnelles construites et considérées comme efficaces par eux-mêmes » (Barbier & Galatanu, 2004, p. 23). Les acteurs des groupes de travail cherchent à améliorer les dispositifs de formation. L'interrogation des différentes dimensions définissant les dispositifs de formation a commencé par la phase des entretiens semi-directifs t0 et s'est prolongée par la référentialisation. Au sein du TESS, l'activité réflexive qui démarre par les entretiens semi-directifs a permis de faire émerger les savoirs professionnels des acteurs des groupes de travail. Ces savoirs ont participé au diagnostic de la situation sur l'écart de pratiques. Les savoirs énoncés par les acteurs sont des savoirs professionnels au sens de Leplay ils sont issus de leurs expériences, ils ont pour objet l'activité des professionnels (la prise de poste ou la gestion de l'armoire à pharmacie). Ces activités comportent du singulier et du général. Ils ont un rapport avec la compétence. Les entretiens semi-directifs permettent aux acteurs une prise de recul et favorisent la réflexivité sur leurs pratiques. Dans le cas du groupe (1), les acteurs évoquent des facteurs contributifs aux erreurs médicamenteuses pour la population des nouveaux-arrivants : l'environnement qui est complexe à maîtriser, la prise de poste qui est considérée comme une situation particulière, le compagnonnage qui est difficile à mettre en place, la place particulière dans l'équipe, la formation initiale. Nous avons confronté ces savoirs à des savoirs en sciences de l'Éducation et de la formation, par exemple avec l'étude de Piot (2015) sur la prise de poste des nouveaux-infirmiers. Nous avons identifié que les facteurs contributifs évoqués par les acteurs sont identifiés dans cette étude.

Dans le cas du groupe (2), nous observons également une participation des acteurs au diagnostic et l'énonciation de savoirs professionnels. Dans cette situation, les savoirs professionnels participent à une renormalisation des normes de la procédure. Les professionnels questionnement les normes de la procédure du point de vue de l'usage de l'armoire à pharmacie, dans une approche ergonomique de son utilisation. Ils notent un écart entre le travail prescrit et le travail réel, ce qui les amène à questionner les normes du point de vue de leur validité épistémologique (vrai/faux) mais surtout pragmatique (efficace /inefficace). Ils sont capables

d'identifier par la prise de recul sur leur pratique ce qui pourrait être efficace dans la gestion des armoires à pharmacie et donc les éléments pouvant faire l'objet d'une évaluation-régulation.

Nous soulignons ainsi que l'activité réflexive au sein du TESS permet de faire émerger les savoirs professionnels et de soutenir l'idée que l'activité professionnelle est génératrice de savoirs sur la conduite des activités de transformation du monde. Ces savoirs sont validés par l'expérience individuelle et/ou collective des acteurs. Ce sont des savoirs situés (Leplay, 2013). La confrontation de ces savoirs à des savoirs scientifiques participe à leur valorisation et à leur validation sociale. Ce constat questionne dans une visée critique la pertinence d'intégrer les professionnels à l'élaboration des savoirs dont ils vont faire usage. Nous notons également que la participation des acteurs au diagnostic de la situation les amène à construire des outils de recueil de données. Pour le diagnostic dans le groupe (1), nous avons élaborés un tableau d'analyse des événements indésirables médicamenteux (Annexe 14) ce qui a permis d'apporter des éléments à mettre en discussion pour l'analyse des besoins. Nous identifions également que cette analyse des EIM est une source de production de savoirs en gestion des risques. En étant valorisés et validés socialement, ces savoirs pourraient devenir des savoirs scientifiques et être généralisés.

2.3 Co-élaborer les savoirs d'actions contextualisés

Nous avons fait le choix de partir des savoirs professionnels que nous avions fait émerger par les entretiens semi-directifs au temps t0 pour conduire la phase de co-élaboration des savoirs d'actions contextualisés par la référentialisation. Nous avons recueilli les savoirs professionnels au temps t0 sur les dispositifs de formation (les construits du modèle ICP) et les pratiques professionnelles ou les compétences (les produits du modèle ICP).

Nous retiendrons que les savoirs des professionnels au temps t0 sur les dispositifs de formation sont plus particulièrement centrés sur les usagers des dispositifs. Nous notons l'importance accordée à l'identification des besoins des apprenants (c'est-à-dire leurs attentes et leurs demandes) ou des professionnels qui utilisent l'armoire à pharmacie. Nous observons que les acteurs pensent le dispositif au travers des conditions de réception par les usagers des savoirs transmis. Dans le prolongement de cet élément, nous identifions que les acteurs des groupes de travail définissent l'intention du dispositif de formation en tension entre normalisation et émancipation. Ils orientent fortement la conception des dispositifs vers des éléments de réception par l'usager tout en laissant dans certains des référents choisis des éléments faisant référence au cadre de la normalisation. Nous identifions la même vision anthropocentrée du dispositif de formation pour le groupe (2) centrée sur les besoins et sur une vision ergonomique du rangement de l'armoire.

Par rapport aux produits visés par le dispositif, les professionnels accordent de l'importance à la notion de l'expérience. Pour le groupe (1), il s'agit de développer les compétences et améliorer les pratiques professionnelles des nouveaux-arrivants en choisissant des dispositifs de formation particulier centrés sur la mise en pratique (simulation ou analyse de pratique). Pour le groupe (2), l'expérience fait référence aux savoirs développés par l'usage lors de la

gestion des armoires a pharmacie. Ces savoirs issus de l'expérience de l'usage de l'armoire à pharmacie viennent s'associer aux savoirs des experts.

Dans les temps de co-élaboration des savoirs, le rôle du chercheur est inscrit dans un rôle d'accompagnement à la verbalisation des énoncés. Il s'agissait de soutenir les discours formulés et de favoriser les interactions entre les acteurs. Ce travail d'accompagnement des acteurs par la référentialisation amène à une production de savoirs objectivés sur la situation d'ingénierie de formation (diagnostic) et sur les dispositifs de formation (action de régulation à mettre en place). Ce savoir ainsi produit se rapproche pour sa nature « des savoirs d'action ». Pour Barbier et Galatanu (2004), les savoirs d'action ont un « caractère nouveau, inédit en tout cas pour les acteurs impliqués dans la performation d'une activité…Ils sont relatifs à la conduite d'une activité en situation, produits par les acteurs eux-mêmes » (p. 59). La visée du savoir d'action est de modifier les choses : « les savoirs d'action procèdent d'un intérêt d'autoréflexion et de construction du sens de sa propre pratique » (Zouari, 2005, p. 79).

2.4 Faire monter en généralité les savoirs contextualisés

Les savoirs contextualisés produits montent en généralité au sein du TESS par des processus de validation et de valorisation sociale. La présentation des savoirs produits par les acteurs au sein du comité de pilotage, mais également lors des différents temps de présentation du dispositif aux différents partenaires (bureau de la CoMéDiMS, direction des soins) ou en externe (séminaires doctoraux, colloques…) contribue à cette phase. Cette montée en généralité peut amener les savoirs d'action à devenir des savoirs théoriques. D'un point de vue épistémologique, le TESS provoque une rupture. Ce sont les savoirs d'action qui sont co-produits par les acteurs des groupes de travail qui peuvent être à l'origine des savoirs théoriques produits au sein du TESS. Par exemple, la description des dispositifs de formation dans les référentiels a permis d'identifier que l'intention du dispositif de formation se définit par deux dimensions du dispositif de formation l'environnement et le public cible (induits). Dans les construits, les dimensions d'analyse des besoins, du fonctionnement curriculaire et des moyens engagés participent à définir l'expérience du dispositif. Nous notons ici l'importance de recueillir et de prendre en compte les besoins et les attentes des apprenants qui participe au choix du type de dispositif (c'est-à-dire à l'expérience mobilisée).

Grize (2011) mettait en évidence « que les savoirs théoriques sont issus de savoirs d'action par un double procédé d'abstraction, celle qui part des objets (abstraction simple ou physique) et celle qui prend appui sur les actions elles-mêmes (abstraction réfléchissante) » (p. 120). Il ne s'agit pas ici d'opposer savoirs théoriques et savoirs d'action, mais de souligner que les savoirs théoriques visent à « connaître » et les savoirs d'action visent à « modifier » et que dans la situation que nous avons accompagnée il y a simultanément production de savoirs d'actions et de savoirs théoriques.

Nous proposons dans les deux pages ci-dessous d'étayer nos propos avec la modélisation d'un référentiel d'évaluation-régulation dans un objectif de conception de dispositifs de formation.

	Dimensions du dispositif	Référents	Critères	Indicateurs
Induits Intention du dispositif	Environnement	Données externes (lois, décrets…)	Pertinence/prise en compte des données externes	Respect des données externes
		Diagnostic de l'organisation	Conformité/diagnostic	Répondre au diagnostic
		Thématique de la formation	Conformité/besoins	Dispositif de formation en place
	Public cible	Analyse des besoins/ catégories professionnelles	Pertinence de la catégorie identifiée	Suivi des besoins
		Identifier public cible (profil, expérience, ancienneté diplôme)	Pertinence des caractéristiques retenues	Mise en place d'un suivi des caractéristiques dans les dispositifs d'évaluation des pratiques
		Identifier des données nationales / recommandations associées	Pertinence de la prise en compte des données nationales	Confrontation résultats terrain des évaluations de pratiques et des données nationales
Construits Expériences mobilisées au sein du dispositif	Besoins en formation et objectifs de formation	Prise en compte des besoins en formation identifiés : - Pour l'organisation (écart de pratiques, erreurs de pratiques) - Pour l'équipe concernée - Pour les apprenants (attentes des participants par rapport à la formation)	Pertinence du dispositif mis en place en regard des besoins et attentes	Évolution de la tendance des écarts de pratiques Évaluation de la satisfaction de la formation Évaluation de la réponse aux attentes des participants
		Prise en compte de la définition de la compétence (référentiel métier) : Savoirs théoriques, Savoirs pratiques, Savoirs être	Pertinence des savoirs transmis en formation par rapport à la compétence visée	Identification des connaissances acquises par évaluation avant et après de chaque module de formation Identification des compétences mobilisées en situation de soins à trois mois
		Objectifs de formation formulés	Pertinence des objectifs en fonction de l'analyse des besoins	Évaluation de l'atteinte des objectifs à l'issue du dispositif par rapport au transfert des compétences en situation de travail (évaluation à 3 mois)
	Fonctionnement curriculaire (ensemble des pratiques éducatives)	Type de dispositifs de formation mobilisés / modalités d'apprentissage : (e-learning, dispositifs instrumentaux, dispositifs situés,	Pertinence des dispositifs de formation et des modalités d'apprentissage utilisés	Résultats des évaluations à J0 J1 et à 3 mois

		Analyse de pratiques, atelier de simulation procédurale, évaluation formative/ certificative…)		
	Moyens engagés	Stratégies mises en œuvre (matériel, nombre de participants, nombre de formateurs, coûts)	Efficience du dispositif	Rapport entre les ressources mobilisées , entre investissement et résultat
Produits Effets du dispositif	Impact sur l'environnement	Problèmes et besoins identifiés (Dysfonctionnement, attentes, manques, demandes) Attentes des acteurs (Organisation, équipes, professionnels	Efficacité par rapport aux besoins et aux attentes identifiés	Évaluation de la réponse aux attentes des acteurs sur le dispositif Suivi des dysfonctionnements
	Changement de comportement	Application des recommandations de bonnes pratiques Développement des compétences	Efficience du dispositif	Opinions des acteurs sur le dispositif Évaluation des pratiques lors des ateliers Évaluation du transfert des connaissances à trois mois des nouveaux-arrivants
	Transfert des compétences en situation de travail	Objectifs de formation définis	Pertinence des objectifs Efficacité du dispositif	Résultats des évaluations formatives avant et après

Tableau 46 : Modèle de référentiel d'évaluation-régulation de dispositifs de formation dans un objectif de conception (Hédacq, 2023)

3) L'enquête évaluative : une démarche de démocratisation des savoirs

Nous avons fait le choix d'opérationnaliser la démarche de la référentialisation associée à une démarche de Recherche-Intervention en réponse à la demande d'ingénierie de formation des commanditaires. Nous avons objectivé dans le chapitre 11 que la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. Nous ouvrons sur l'hypothèse que l'enquête évaluative mobilisée dans la R-I est de nature à favoriser une démocratisation des savoirs.

3.1 La dimension participative commune aux deux démarches

Reprenons les propos de Mayen sur la démarche de référentialisation :

> La référentialisation, consiste fondamentalement à aider les acteurs concernés par une mesure politique, une action, un dispositif, à être partie prenante de l'enquête évaluative et à tirer, pour eux-mêmes et leurs actions à venir les conséquences de ce qu'ils auront compris par la participation à l'enquête. Il y a là quelque chose de démocratique dans la référentialisation (Mayen, 2014, p. 11).

Cette définition que propose l'auteur met en avant trois termes : « être partie prenante », « l'enquête évaluative », « démocratique ». Nous allons explorer ces trois termes concernant la démarche de référentialisation et celle de la Recherche-Intervention.

3.1.1 « Être partie prenante »

Être partie prenante dans un projet, concerne la notion de participation des acteurs et plus particulièrement à la prise de décisions. Dans la démarche de R-I, la participation des acteurs est considérée comme un principe fort : c'est une démarche de recherche qualifiée de participative par les auteurs qui la mobilise dans des contextes variés. Marcel, parle de « participation revendiquée » lorsqu'il caractérise la démarche de R-I. Broussal souligne que c'est la commande de la R-I qui conditionne la dynamique participative qui « ne saurait en effet se maintenir sans le soutien de l'institution ou de l'organisation requérante, sans la volonté durable de favoriser l'investissement de l'ensemble des participants » (Broussal, 2019, p. 4). Dans la R-I, participer est défini comme « prendre part », se différenciant des termes, collaborer (qui signifie travailler ensemble) ou coopérer (c'est-à-dire œuvrer dans un même but). Marcel (2019), souligne que « si coopérer et collaborer font référence explicitement au travail, la participation appelle à une réflexion plus vaste sur les formes possibles de prendre part à » (Marcel, 2019b, p. 5). Une démarche participative :

> consiste à convier, les futurs usagers, comme consultants ou conseillers à propos de leur espace à vivre (…). Cette démarche aurait pour objectif de permettre aux maîtres d'ouvrage et aux futurs utilisateurs concernés d'élaborer des décisions et des compromis collectifs concernant la définition du programme et de leurs espaces de vie (Ben Rajeb, 2011).

Il s'agit pour l'ensemble des participants d'entamer un processus d'élaboration de savoirs et de prise de décisions. Cet objectif est poursuivi au sein du tiers-espace socio-scientifique de la R-I. Marcel et Bedin (2018) soulignent que « repenser le rapport science-société, c'est déjà (ou d'abord) repenser la place consentie aux acteurs sociaux dans nos dispositifs » (2018, p. 81). Ils rajoutent, c'est :

> Offrir à chacun la possibilité de prendre part à l'ensemble du travail. Sans masquer les différences et les spécialités de chacun qui constituent autant de ressources et de richesses, l'ensemble des participants prend part à un projet collectif englobant recherche et intervention (Marcel & Bedin, 2018, p. 81).

Les savoirs produits au sein du TESS sont contextualisés en réponse à la demande sociale (Marcel, 2020a). La démarche de référentialisation, telle qu'elle a été conçue par Figari, Remaud et Tourmen (2014), défend également ce principe participatif. C'est au travers du « prendre part à l'enquête évaluative » que les auteurs font reposer le principe participatif de la démarche de référentialisation. Ainsi : « la lecture de Dewey nous conforte dans l'idée que l'évaluation par la référentialisation constitue une activité très proche de la conception pragmatique de l'enquête exposée dans *Logique* » (Figari et al., 2014, p. 105). Selon Dewey, « l'enquête est générale…elle n'est pas réservée au savant ou au logicien, mais elle est utilisée par tout homme affrontant une difficulté… » (Dewey, 1967, cité par Figari et al., 2014, p. 105). Thievenaz souligne que l'enquête au sens de Dewey est un « processus quotidien et situé d'investigation, lorsque, pour les besoins de son action, le sujet est appelé à réfléchir sur la ligne de conduite à adopter et apprend par et dans l'activité » (Thievenaz, 2019b, p. 148). Pour l'auteur c'est une forme de délibération pratique. Ainsi, pour nous, mobiliser l'enquête évaluative dans une Recherche-Intervention, avec un collectif, est un moyen de permettre aux acteurs de « prendre part » aux décisions qui les concernent et de rapprocher un moment, le temps du projet, la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention.

3.1.2 Mobiliser une enquête évaluative au sein d'une R-I

Lorsque des professionnels sont confrontés à des situations particulières, des problématiques dans leurs activités professionnelles, ils « cherchent » à les résoudre et à y donner du « sens » pour les dépasser. Dans les contextes de Recherche-Intervention, ces situations particulières font émerger une demande, décrite comme souvent « diffuse et mal objectivée » (Marcel, 2012) et centrée sur la notion « d'amélioration » d'un « fait éducatif ». Dans notre situation, la notion d'amélioration des dispositifs de formation et/ou de diffusion du savoir (formation des nouveaux-arrivants et la procédure de gestion des armoires à pharmacie), a été négociée lors du premier comité de pilotage de la R-I regroupant les différents représentants des instances du CHU (direction de la qualité, direction des soins, direction de la recherche, représentants des usagers, représentants des infirmiers et représentant des groupes de travail). Cette négociation a permis de formaliser une commande, traduisant les engagements et les intérêts entre les chercheurs, les intervenants et la population participante (Rhéaume, 2009). L'engagement dans le projet de la R-I, semble avoir dans un premier temps comme caractéristique la recherche d'un résultat lié à l'action. Comme le souligne Dewey (1938) : « l'enquête est définie comme la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si

déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié. » (Thievenaz, 2019b, p. 132). Nous avons effectué un rapprochement entre les méthodologies des démarches de référentialisation et de la R-I et les schèmes de l'enquête décrient par Dewey (1938) et repris par Gros en (2011) :

- Antécédents de l'enquête (une situation indéterminée), pour nous ils sont centrés sur la question de la transmission du savoir visant l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- L'institution d'un problème : quel dispositif de formation mettre en place ?
- La détermination de la solution du problème : co-construire un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants et un guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie ;
- Le raisonnement par l'examen des hypothèses : un dispositif de formation co-construit améliore les pratiques professionnelles ;
- L'expérimentation : construction, test et évaluation des dispositifs

Schème de l'enquête	Référentialisation	Recherche-Intervention
Antécédents de l'enquête	Analyse du mandat	Contexte de la demande des commanditaires
Institution d'un problème	Formulation de la problématique d'évaluation	Formulation de la demande
Détermination de la solution du problème	Identification de la stratégie par rapport à l'objet étudié	Commande négociée et projet de la RI
Raisonnement	Identification des dimensions de l'objet étudié, détermination des référents, indicateurs et critères	Confrontation contexte et cadre théorique Problématisation
Expérimentation	Instrumentalisation et analyse des résultats	Mise en place de la démarche de recherche Co-construction des savoirs contextualisés Restitution de la RI

Tableau 47 : Proposition de caractérisation de la démarche de R-I et de la référentialisation en regard des schèmes de l'enquête (Hédacq & Broussal, 2021)

Nous mobilisons l'enquête évaluative dans la Recherche-Intervention dans une visée de potentialisation de l'engagement des acteurs dans la démarche de R-I. Nous rajouterons que les acteurs mobiliseront pour la première fois la démarche de l'enquête (Dewey, 1938) évaluative au travers de la référentialisation favorisant ainsi la participation de l'ensemble des acteurs. Cette démarche que nous avons proposée et à laquelle nous avons participé permet ainsi de favoriser l'absence de hiérarchie entre les savoirs des experts et les savoirs d'actions. L'ensemble des acteurs va pouvoir s'engager sans hiérarchisation implicite dans l'enquête et la définition des référents, critères et indicateurs.

3.2 La référentialisation au cœur d'une R-I : démocratisation des savoirs

Pour Dewey, dans sa vision d'un idéal démocratique, l'homme doit pouvoir réguler ses activités en faveur de ses intérêts. Il souligne que « le membre d'un groupe n'est pleinement intégré que

si, tout en subissant, pour le meilleur et pour le pire, les conséquences des activités du groupe en question, il jouit du pouvoir de contribuer au processus de prise de décision concernant la conduite future du groupe dont il fait partie » (Dewey & Zask, 2018, p.31). Dans la littérature, les critiques de l'évaluation sont fortes notamment sur un effet potentiellement aliénant (Dejours, 2003 ; Zarka, 2010). Zarka constate qu'il existe une « idéologie de l'évaluation » au sens d'une vision du monde. Pour l'auteur :

> l'idéologie de l'évaluation se répand comme une traînée de poudre. Elle se déploie partout, aussi loin qu'il est possible d'aller. Elle ne connaît pas de limites ni d'âge (on évalue les enfants en maternelle), ni de secteur (l'enseignement, la recherche, la culture, l'art, etc., y sont soumis) ; pas même les dimensions les plus retirées de la personnalité, voire de l'intimité, des acteurs n'y échappent. Ainsi, l'hôpital, la justice, l'école, les universités, les institutions de recherche, les productions culturelles, l'accréditation de formes d'art, les politiques publiques sont investis par l'idéologie de l'évaluation (2010, p.50).

Dénonçant plus particulièrement dans l'évaluation (celle reposant sur le modèle de la mesure) un instrument de pouvoir des experts dans leur rapport aux savoirs : « Le pouvoir n'est, et n'a jamais été, indifférent au savoir, mais il a trouvé avec l'évaluation un instrument pour s'assurer une domination universelle sur tous les secteurs d'activité, sur tous les ordres de la société » (Zarka, 2010, p.50). Même si nous ne partageons pas tout à fait cette conception de l'évaluation, nous ne pouvons nier que de multiples formes d'évaluations sont mises en œuvre au sein des établissements de santé. Les professionnels sont évalués lors des démarches de certification tous les 4 ans, mais aussi dès qu'ils ou elles suivent un processus de formation en développement professionnel continu (DPC), dès que des audits, des cartographies des risques sont déployées, enfin, des évaluations des pratiques professionnelles sont organisées régulièrement. Nous identifions aussi qu'à l'opposé de cette vision de l'évaluation « aliénante », au travers des propos de Younes concernant d'autres formes d'orientation de l'évaluation, dite écologique, existe. L'auteur établit une insuffisance dans les approches évaluatives quantitatives : « Cette évaluation « quantitativiste » tend à évacuer le fait que les dispositifs éducatifs sont aussi des univers symboliques participant d'une construction personnelle et collective. Ils sont agis par des processus subjectifs et contextuels ne pouvant être ramenés à de simples objectivations. » (2010, p.1). Ce qui attire notre attention plus particulièrement, c'est qu'en nous appuyant sur la conception qu'a Dewey (1938) de l'enquête en particulier en regard des effets sur l'individu que produit l'engagement dans l'enquête, nous distinguons des enjeux d'émancipation des acteurs pouvant contribuer à une transformation démocratisante. Tout d'abord nous souhaitions souligner que :

> La démarche de Recherche-Intervention comme nous le concevons, respecte à la fois des exigences scientifiques (épistémologiques, théoriques et méthodologiques) auxquelles toute recherche est soumise tout en répondant dans le même temps à des demandes sociales par la co-production de recommandations, de dispositifs, de ressources, pour aider à penser et à agir autrement, dans le respect des personnes et de leurs contextes d'exigence (Marcel & Bedin, 2018, p.80).

Par la co-production de savoirs, ici, par l'enquête évaluative, les acteurs peuvent penser et agir autrement dans le monde qui les entoure. La signification du terme émancipation à constamment évoluée en regard des différents contextes historiques et sociaux dans lequel il a été utilisé :

> les réflexions contemporaines sur les fins et les moyens de l'émancipation sociale ne peuvent pas être séparées du contexte social spécifique dans lequel elles se développent aujourd'hui, en rapport avec de nouvelles formes de domination que la critique sociale cherche à décrire, contester et combattre (Cukier et al., 2013, p.10).

Ainsi, la définition de l'émancipation est associée « à une forme de libération, de déprise de rapports de domination, ou bien à l'affirmation et au renforcement d'une puissance d'agir collective ou individuelle, ou encore, dans une version légaliste, à la conquête de nouveaux droits » (Cukier et al., 2013, p.10). Dans le contexte que nous avons décrit *supra*, la notion de domination fait référence à « celle-ci commence par définir un espace de représentations et de valeurs se présentant comme objectives, évidentes, incontournables - donc imposées. Il faut commencer par les déconstruire pour pouvoir envisager quelque chose comme une libération (Galichet, 2014, p.103). La participation des acteurs à la prise de décision selon Dewey (1938) permet à l'individu de se responsabiliser par rapport à ses activités, d'agir et de décider en fonction de ses intérêts et de ceux du groupe, d'anticiper des conséquences et effets :

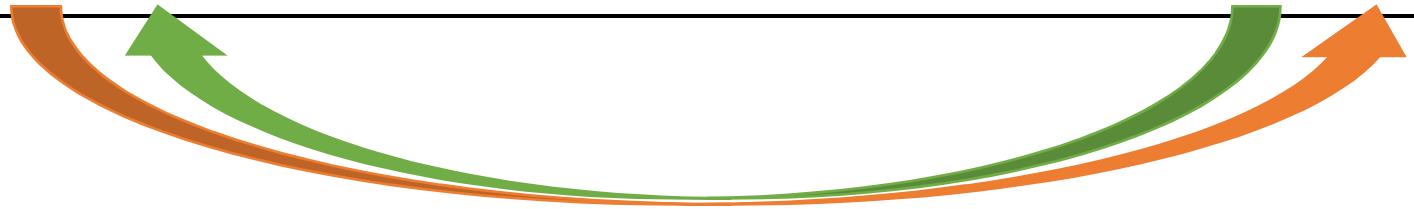
> c'est ainsi que, rétroactivement, il développe une responsabilité vis-à-vis des conséquences des activités sociales à venir auxquelles il est lié : il agit et décide en fonction des intérêts et des visées inhérents au groupe lui-même, – qu'il ne formerait pas s'il était seul –, il anticipe ces conséquences dans la mesure du possible, et ne s'insurge pas contre les effets imprévus des choix auxquels il a participé (Dewey & Zask, 2018, p.31).

Pour lui, cela fait partie de la définition de la liberté « La liberté, précise Dewey, ne peut être procurée de l'extérieur. Personne ne peut déléguer à quelques experts, représentant ou mandataire, le soin d'enquêter et de prendre part aux décisions concernant les conditions de sa vie commune avec d'autres » (Dewey & Zask, 2018, p.40). « Toute comme l'investigation scientifique remet en cause les croyances traditionnelles, l'individu modifie ses conceptions et ses habitudes lorsqu'il s'engage dans l'enquête contrôlée » (Thievenaz, 2019b, p.143).

Pour nous, mobiliser une démarche de référentialisation au sein d'une Recherche-Intervention participe à l'évaluation-régulation des pratiques professionnelles. Elle est un opérateur pertinent de co-élaboration des savoirs contextualisés dans une recherche de régulation sous forme d'amélioration du contexte professionnel. Cette visée praxéologique et transformative porte en elle un idéal émancipateur. Nous proposons dans le tableau ci-dessous une modélisation de la mobilisation de la référentialisation au sein d'une Recherche-Intervention.

Tableau 48 : Modélisation de la mobilisation de la référentialisation au sein d'une Recherche-Intervention (Hédacq,2023)

Recherche	Tiers-espace socio-scientifique	Intervention
Faire émerger les savoirs des professionnels Mobiliser des outils de recueils d'éléments empiriques	Co-analyse de la demande	S'engager dans la démarche de R-I (consentement) Partager et parler de son expérience, donner son avis
Analyser les éléments empiriques recueillis S'appuyer sur le diagnostic des professionnels pour élaborer les outils de mise en œuvre de la stratégie	Co-formulation de la problématique d'évaluation	S'engager dans une démarche d'évaluation-régulation partagée Définir l'objet à étudier Participer à l'analyse des besoins en formation, créer des outils de recueils des besoins
Mobiliser les savoirs scientifiques pour accompagner la co-élaboration des dispositifs Analyser le choix des référents, critères, indicateurs et partager cette analyse au collectif	Co-identification de la stratégie par rapport à l'objet étudié	Mettre en place l'action de co-élaboration des dispositifs Interagir avec les acteurs du groupe, participer aux échanges collectifs Identifier les référents, critères et indicateurs
Accompagner les choix pédagogiques Répondre au besoin de formation des professionnels par rapport aux activités pédagogiques	Co-identification des dimensions de l'objet étudié (référents, critères, indicateurs)	Concevoir les dispositifs de formation, choisir les séquences, le type de dispositifs, les ressources … Élaborer les outils d'évaluation du dispositif
Mettre en relation les référents et les référés pour évaluer Formuler des jugements de valeur et les partager	Co-instrumentalisation et co-analyse des résultats	Réaliser la formation et recueillir les référés par les instruments co-élaborés Participer à l'analyse des résultats
Valider et Valoriser les dispositifs de formation		



4) Retour réflexif sur la Recherche-Intervention

Au terme de la mise en discussion des résultats heuristiques, nous proposons dans ce sous- chapitre d'effectuer un retour réflexif sur la Recherche-Intervention menée. Nous avons identifié des limites et des perspectives.

4.1 Regard critique sur la Recherche-Intervention menée

Bien que la mise en œuvre de la Recherche-Intervention ait contribué à produire des savoirs de natures diverses, nous identifions des limites que nous décrivons dans les sous-paragraphes suivants.

4.1.1 La participation des acteurs impactée par la crise sanitaire

Nous avons mobilisé au départ de la Recherche-Intervention 36 personnes entre la constitution du comité de pilotage (avril, 2019) et les deux groupes de travail (janvier 2020). La crise sanitaire du Covid 19 est venue impacter l'avancée de la partie intervention dès le 17 mars 2020. Nous avons pris à ce moment-là, la décision de mettre en attente les groupes de travail, dont l'ensemble des participants devait assurer les soins. À partir du 11 mai, nous avons pu regagner le CHU pour nos missions. Cependant, nous avons adapté les modes de réunions pour l'avancée des travaux en particulier nous avons réalisé (en respectant le souhait et le rythme des acteurs pour la reprise du travail des groupes) plusieurs rencontres en visioconférence, ce qui a eu un impact sur les interactions entre les acteurs. Nous avons également respecté la période estivale où les soignants ont pu prendre des congés après les périodes de fortes activités. Aucune réunion du groupe de travail n'a été réalisée à ce moment-là. Jusqu'en octobre 2022 où nous avons pu tester pour la première fois le dispositif de formation des nouveaux-arrivants, nous avons été impactés par la crise sanitaire. Nous notons des départs des professionnels des groupes de travail, des reports de réunions, le report de la formation des formateurs, des interactions en visioconférence difficiles, le port du masque qui a été obligatoire au sein de l'établissement jusqu'en 2023. Nous notons, un turn-over important au sein même de l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS, ainsi que dans le comité de pilotage. Malgré cette limite, nous remercions chaleureusement l'ensemble des acteurs qui ont participé à ce projet et ceux qui y sont restés engagés.

4.1.2 La phase de validation et de valorisation des produits de la R-I

En lien avec la crise sanitaire, nous notons que les phases de validation et de valorisation des apports de la R-I ont également été impactées. Nous n'avons pas pu réaliser la restitution finale avant septembre 2023. Nous avons par contre réalisé plusieurs réunions de validation et de valorisation des travaux. Suite à la crise sanitaire du Covid 19, plusieurs professionnels ont changé de poste, nous avons à plusieurs reprises effectué des présentations successives suite à ces changements multiples. Le projet d'intervention initialement prévu sur une durée d'un an s'est prolongé sur 2 ans d'intervention et presque 3 ans pour la restitution finale.

4.1.3 L'opérationnalisation de la référentialisation : une méthodologie complexe

Un des enjeux de notre Recherche-Intervention a été de mobiliser la démarche de référentialisation qui est associée à une enquête évaluative pour co-élaborer les dispositifs de formation. Dans le contexte de la demande des commanditaires il nous a paru pertinent de mobiliser la démarche de référentialisation (Figari et al., 2014) pour co-élaborer les dispositifs. D'un point de vue théorique et méthodologique cette démarche permet de travailler finement l'objet soumis à l'évaluation, ici, les dispositifs de formation, d'un point de vue méthodologique elle s'appuie également sur un principe participatif fort. Cette démarche est donc conçue comme une recherche de références pertinentes définissant les dispositifs. Sa mise en œuvre pour déterminer les référents, les critères et les indicateurs nécessite une appropriation avant d'être mobilisée au sein d'une R-I.

4.2 Perspectives

Malgré les limites évoquées ci-dessus, nous entrevoyons des perspectives de valorisation des apports de la R-I.

4.2.1 Valorisation des dispositifs co-élaborés

Le dispositif de formation des nouveaux-arrivants a pu être testé sur un pôle du CHU en octobre 2022 et il est reconduit en octobre 2023. Nous avons ainsi pu former 31 nouveaux- arrivants sur l'administration médicamenteuse et 30 seront formés en 2023. La principale difficulté pour la mise en place du dispositif de formation concerne les ressources humaines qu'il mobilise. Il nécessite un binôme de formateur (pharmacien et infirmier) pour une session d'une journée avec 12 nouveaux-arrivants. Les formateurs doivent être préalablement formés notamment pour l'animation des ateliers de simulation procédurale. Nous avons présenté ce dispositif à l'IFSI du CHU qui a intégré des ateliers sur certaines thématiques que nous avions identifiées dans les besoins des nouveaux-arrivants. Une piste pourrait être envisagée de proposer ce dispositif à l'école de sages-femmes. Nous pourrions également essayer de le reproposer aux autres pôles.

En ce qui concerne le guide d'usage, l'ensemble des propositions du groupe de travail on était communiqué via le flash qualité rangement des armoires à pharmacie publié en juillet 2023. Il resterait à réaliser la phase d'évaluation d'une ou plusieurs unités de soins qui changerait leurs systèmes de rangement par spécialités en DCI.

Deux groupes de travail ont été mis en place suite au mémo. Un groupe concernant l'amélioration de l'outil de révision de la dotation et deux services de soins testent les mentions du bon de livraison pour améliorer l'information des professionnels de santé sur les changements de marché.

4.2.2 Valorisation des savoirs produits par la R-I

Nous sommes retenus pour participer à un symposium pour les XVIIIe rencontres du REF[180] 2024 qui aura lieu à Fribourg qui s'intitule : *la voix des élèves : quelles prises en compte dans les évaluations en éducation et formation ?* En collaboration, avec un membre du groupe de travail concernant la formation des nouveaux-arrivants nous avons proposé une communication écrite dont le titre provisoire est : *Prendre en compte la « voix des élèves » : le cas d'une évaluation-régulation du dispositif de formation.*

Nous avons également en cours un article dans la revue LeeEonline suite à un symposium qui s'est déroulé en 2022 pour les XVIIe rencontres du REF 2022 qui a eu lieu à Namur. Cet article a pour titre provisoire : *Une enquête évaluative au sein d'une Recherche-Intervention : de l'émancipation des acteur·rices à une démocratisation des savoirs.*

Nous pourrions envisager également de proposer une communication sur les résultats de l'analyse rétrospective des événements indésirables médicamenteux que nous avons réalisée pour la période de 2014 à 2020. En particulier, nous pourrions communiquer sur les caractéristiques des événements indésirables médicamenteux déclarés et analysés au CHU de Toulouse en 2014/2020.

Une réflexion plus générale sur les fondements et la nature des normes qui entourent les pratiques infirmières d'administration et de gestion des stocks de médicaments dans les unités de soins pourrait également être proposée.

4.2.3 Mobiliser la référentialisation comme co-élaboration des dispositifs

L'enquête évaluative que nous avons développée au sein de la Recherche-Intervention pourrait être de nouveau mise en œuvre sur d'autres actions de co-élaboration de dispositifs en partenariat avec la CoMéDiMS. La méthodologie qualitative que nous avons utilisée pourrait également être proposée en partenariat avec des recherches menées au sein du pôle pharmacie. Nous avons identifié que la Haute Autorité de santé envisage des partenariats avec les sciences humaines et sociales (HAS, 2022c ; HAS, 2023b). L'enquête évaluative que nous avons mise en œuvre au sein de la R-I pourrait être proposée à la Haute Autorité de santé comme exemple de démarche participant à recueillir la « culture utilisateur » pour améliorer l'impact des recommandations.

[180] Le Réseau international francophone de recherche en éducation et formation est né en 1989. Il organise tous les deux ans dans l'un des quatre pays fondateurs (France, Belgique, Québec, Suisse) ou un autre pays francophone des rencontres entre chercheurs et chercheuses en éducation. Ces rencontres prennent la forme de symposiums parallèles sur différents thèmes de recherche en éducation.

Conclusion générale

Pour conclure cette thèse, nous revenons sur les enjeux que nous avions identifiés en introduction. Dans les paragraphes ci-dessous, nous mettons en relation, les apports de cette thèse en regard des enjeux annoncés.

1) La démarche de Recherche-Intervention menée

Nous rappelons ici que nous avons mis en œuvre une démarche de Recherche-Intervention d'une durée de quatre ans (2019/2023) au sein de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse. Cette démarche de recherche s'appuie sur un principe participatif fort qui lui permet d'être identifiée comme une démarche de recherche participative (Anadón, 2007 ; Desgagné, 2021 ; Houllier, 2016 ; Marcel, 2019b ; Storup, 2013). Elle est mise en œuvre dans des contextes d'amélioration de situation éducative ou de formation pour répondre à des demandes sociales formulées par la sphère de l'Intervention. Le point de départ de notre recherche est une demande d'amélioration des dispositifs de formation conçus par la CoMéDiMS et à destination des professionnels de santé de l'établissement. Ces dispositifs de formation s'inscrivent dans le contexte de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ils ont pour objectifs une transformation des pratiques des professionnels vers des pratiques plus conformes tendant vers l'application des recommandations de bonnes pratiques définies au niveau national. L'effet de transformation attendu concerne le modelage (Belin, 2001).

Nous avons contractualisé en avril 2019 une commande de Recherche-Intervention portant sur plusieurs objectifs. La démarche de recherche participative que nous avons mise en place accorde une place particulière à l'élaboration des savoirs (Bourassa et al., 2007, p. 1-2) :

> En recherche participative, le savoir n'est rarement l'œuvre d'un seul sujet surtout lorsque cette réflexion concerne le lien éducatif et les processus selon lesquels ce lien se forme […] elle se transforme chaque fois que de nouvelles considérations en révèlent les limites, en reprenant, retravaillant, reformulant constamment la vision de la réalité (Dubost & Levy, 2003, p. 412) […] elle constitue une action de pensée sur soi, sur le groupe et sur l'environnement puisque c'est dans et par l'échange que chacun apprend à accueillir les limites inhérentes à ses propres structures de signification (Bateson, 1973).

1.1 Une visée praxéologique

La Recherche-Intervention poursuit une visée praxéologique visant « à agir ». Cette visée reconnaît « la nécessité de prendre en charge une demande sociale d'amélioration des pratiques en éducation » (Marcel, 2010, p. 3). Dans notre situation nous nous sommes intéressés à l'amélioration des dispositifs de formation dans une action d'évaluation-régulation. « Un versant transformateur et émancipateur est ici impliqué » (Mottier Lopez, 2020, p.2). La Recherche-Intervention entretient un rapport particulier à la pratique et à son évolution en *praxis :* « la finalité transformative de l'action qu'elle se propose d'atteindre, le statut qu'elle accorde à la production de connaissances dans ce projet d'émancipation des êtres, la distinguent effectivement d'autres conceptions scientifiques » (Bedin, 2017, p. 318). L'intervention a été

pensée dans notre recherche dans un objectif d'accompagnement des acteurs dans la transformation de leurs pratiques d'ingénierie de formation. L'objectif principal était de produire des savoirs contextualisés sur les dispositifs à mettre en place ou à améliorer. Pour cela, nous avons opérationnalisé la démarche de référentialisation qui s'appuie sur un principe participatif, voire démocratique (Mayen, 2014) et sur l'enquête au sens de Dewey (1938). L'évaluation mobilisée est une démarche d'évaluation-régulation (Vial, 2012).

Par cette démarche, nous avions pour objectif de produire différents savoirs. Les premiers ont été nécessaires au diagnostic de la situation et sur les facteurs pouvant expliquer les écarts de pratiques entre la situation réelle et la situation attendue. Elle a reposé sur la réalisation de 24 entretiens semi-directifs auprès des professionnels engagés dans la démarche. Les dimensions ainsi identifiées ont été retravaillées en *focus group* ou lors des temps de réunions. Cette deuxième étape nous a permis de co-élaborer les référentiels définissant les dispositifs de formation (référents, critères, indicateurs). Les référents co-élaborés prennent en compte les besoins des commanditaires et ceux des professionnels de santé (chapitre 9). Plusieurs restitutions intermédiaires ont permis de valider les savoirs contextualisés co-élaborés par les groupes de travail et d'envisager la réalisation des phases de tests.

La mise en place des dispositifs et leurs évaluations auront pour objectif de continuer l'évaluation-régulation des dispositifs de formation.

1.2 Une visée heuristique

Notre objet de recherche est le tiers-espace socio-scientifique de la Recherche-Intervention. Dans cette espace s'articulent les visées heuristique, praxéologique et critique de la R-I (Marcel, 2020a). Il « relie » et « met au travail » la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention. Nos objectifs de recherche se sont centrés sur la caractérisation du processus d'élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS. Nous nous sommes également intéressés sur le lien entre « co-élaboration des savoirs » et « émancipation des acteurs ». Notre souhaitions modéliser la mobilisation de la référentialisation (Figari et al., 2014) comme opérateur de la co-élaboration des savoirs contextualisés au sein d'une R-I. À partir de notre cadre théorique, nous avons pu objectiver que la co-élaboration des savoirs au sein du TESS pouvait s'appuyer sur deux processus : la formulation collaborative d'énoncés et le test d'hypothèses. Les énoncés ainsi co-élaborés par le collectif sont valorisés et validés socialement dans différents cercles de participation, ce qui contribue à les faire monter en généralité. La démarche d'enquête déployée au sein des groupes de travail a favorisé un système d'aller-retour pour la co-élaboration de savoirs entre ceux de la sphère de la recherche et ceux de la sphère de l'intervention (chapitre 10). La référentialisation (Figari et al., 2014) est une ressource précieuse pour la co-élaboration des dispositifs de formation dans le contexte d'une évaluation-régulation. Elle nécessite une appropriation par les chercheurs qui l'utilisent dans ses aspects théoriques et méthodologiques et dans sa mise en œuvre.

Cette co-élaboration des savoirs avait également pour objectif de favoriser une émancipation des acteurs dans des dimensions individuelles (Charbonnier, 2013), collective (Freire, 1974), sociales (Marcel, 2017) et politique (Pereira, 2021). Nous avons objectivé la dynamique

émancipatrice des acteurs en nous appuyant sur un outil d'évaluation de l'émancipation proposée par Delvaux et Delvaux en 2012, explicité par Baudot et Huart (2011) et Tinant (2012). Les acteurs se sont « déplacés » dans différentes dimensions : par rapport à soi, à leurs pairs, socialement et par rapport à leurs rapports aux savoirs.

2) Les apports de notre thèse

En regard des résultats que nous avons obtenus dans les chapitres 9, 10, et 11, nous avons identifié que cette thèse a permis quatre apports différents.

2.1 Un apport heuristique

Notre Recherche-Intervention a permis de caractériser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique, ce qui est un apport heuristique. Au travers de l'identification des étapes de ce processus, faire émerger les savoirs des professionnels, co-élaborer les savoirs contextualisés et valoriser et valider les savoirs co-élaborés, nous pouvons modéliser la co-élaboration des savoirs dans les recherches participatives. Plus particulièrement, nous avons pu identifier une démarche qui peut servir d'opérateur à cette co-élaboration au travers de la mise en œuvre de la référentialisation (Figari et al., 2014). La référentialisation est mobilisable dans une enquête évaluative pour une action de régulation (amélioration) des dispositifs de formation. Cet apport heuristique amène des savoirs théoriques tant sur la démarche de référentialisation que sur celle de la démarche de Recherche-Intervention. Ils contribuent également à théoriser les démarches de recherches participatives.

2.2 Un apport praxéologique

Nous avons accompagné la CoMéDiMS dans la mise en œuvre d'une nouvelle façon d'élaborer les dispositifs de formation en nous appuyant sur un principe participatif fort, mais également en valorisant la place des savoirs d'actions des professionnels dans la co-élaboration des dispositifs de formation. Les savoirs co-élaborés lors de la mise en œuvre de la référentialisation ont permis de comprendre le contexte de cette situation d'ingénierie de formation, d'élaborer un diagnostic et de coconstruire deux dispositifs de formation. La CoMéDiMS a également des référentiels permettant de continuer son action de régulation des dispositifs. L'étape de diagnostic a permis entre-autres de produire des savoirs sur la pratique d'administration médicamenteuse chez le nouvel-arrivant, d'obtenir des données épidémiologiques, mais également des données qualitatives sur cette situation d'écart de pratiques. L'accompagnement de cette situation d'ingénierie de formation ouvre des pistes concrètes pour s'inscrire dans les préconisations de la HAS de travailler sur la « culture utilisateur » et de penser pour la conception des recommandations à sa mobilisation dans toutes les étapes de la pratique professionnelle.

2.3 Un apport méthodologique

Les deux référentiels d'évaluation-régulation des dispositifs ont permis de développer des apports méthodologiques pour la mobilisation de la référentialisation dans le cadre d'une évaluation-régulation dont l'objectif et la conception des dispositifs. Ils permettent de donner des exemples de référents, critères et indicateurs à interroger dans le cadre d'une action d'ingénierie de formation. Ils permettent également de mettre en relation les phases de l'ingénierie de formation et le processus fondamental du dispositif composé des intentions, des expériences et des effets.

2.4 Un apport épistémologique

Au sein du tiers-espace socio-scientifique, la sphère de la Recherche et la sphère de l'Intervention se rencontrent et s'engagent dans une action de co-élaboration de savoirs contextualisés. Nous avons pu identifier que l'enrichissement réciproque entre les deux sphères est présent à chaque étape de la mise en œuvre de la R-I. La sphère de la Recherche fait émerger les savoirs professionnels et puise dans ces derniers pour conduire l'intervention. La sphère de l'Intervention alimente par ces savoirs d'actions les analyses de la sphère de la Recherche. La Recherche-Intervention permet de repenser les liens science-société par la participation des acteurs à la co-élaboration des savoirs qu'elle soutient. Elle accompagne par un processus d'émancipation les acteurs à « penser et agir » autrement dans le monde qui les entoure. Elle relie au sein d'un seul et même espace les visées de « connaître » et « d'agir », autrement dit la notion de praxis au sens de Paulo Freire : « comme l'action et la réflexion des hommes sur le monde pour le transformer » (Freire, 1970, p.79).

Bibliographie

Alhadeff-Jones, M. (2007). Paradoxes de l'accompagnement et (r)éveil d'une pensée critique. In J-P. Boutinet (Éd.), *Penser l'accompagnement adulte* (pp. 227-242). Presses Universitaires de France.

Alliance Athéna. (2015). *GPRO Sciences participative-Position paper*. http://www.alliance-athena.fr/wp-content/uploads/2020/09/20150301_alliance_shs_position_sciences_participatives.pdf

Altet, M. (2008). Rapport à la formation, à la pratique, aux savoirs et reconfiguration des savoirs professionnels par les stagiaires. In P. Perrenoud (Ed.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants : Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. (pp. 91-105). De Boeck Supérieur.

Amalberti, R. (2012). *Piloter la sécurité : théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires*. Springer.

Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, *26*(1), 5. https://doi.org/10.7202/1085396ar

Anadón, M. (2007). *La recherche participative : Multiples regards*. Presses Universitaires du Québec.

Ankri, J. (2002). Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*, *25*(103), 93-106. https://doi.org/10.3917/gs.103.0093

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2022a). *Bonnes pratiques de pharmacovigilance*. https://ansm.sante.fr/documents/reference/bonnes-pratiques-de-pharmacovigilance

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2022b). *Harmonisation de l'étiquetage des ampoules et autres petits conditionnements de solutions injectables de médicaments. Recommandations à l'attention des demandeurs et titulaires d'autorisations de mise sur le marché et d'enregistrements*. https://ansm.sante.fr/uploads/2022/12/28/20221227-recommandations-petitsconditionnementinjectables-2022-vf-v2.pdf

Ardoino, J. (1980). *Éducation et relations : introduction à une analyse plurielle des situations éducatives*. Gauthiers Villars Unesco.

Ardouin, T. (2015). Construire des formations professionnalisantes : une nécessaire démarche d'ingénierie. In Jean-Yves Bodergat (Ed.), *Des professionnalités sous tension : Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain* (pp. 61-77). De Boeck Supérieur.

Ardouin, T. (2017). *Ingénierie de formation : intégrez les nouveaux modes de formation dans votre pédagogie* (5e éd). Dunod.

Argyris, C., Schön, Donald A. (2002). *Apprentissage organisationnel : Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Université.

Ariza, E. (2020). *Une entreprise en changement : évaluation d'une recherche-intervention, déployée dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, spécialisée dans l'autisme* [Thèse de doctorat, Université Toulouse II Jean Jaurès]. https://www.theses.fr/2020TOU20030

Astier, P. (2012). Les dispositifs, utopie éducative pour temps de crise : un point de vue sur l'ensemble des textes. *Transformations*, *7*, 17-30.

Astier, P., Faulx, D., & Leclercq, G. (2012). Usages et dispositifs de formation. Les dispositifs entre domination et initiative. *Transformations : Recherche en Education des Adultes*, 7. https://orbi.uliege.be/handle/2268/145131

Audran, J. (2010). *Dispositifs et situations.* [Habilitation à diriger des recherches, Université Paris Descartes]. https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01345875

Aussel, L. (2013). *Évaluer les dispositifs : le cas d'un dispositif de formation de l'enseignement supérieur agricole* [Thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01079595

Aussel, L. (2015). Les enjeux d'une évaluation commanditée : Immersion au sein d'une recherche-intervention en sciences de l'éducation. *Formation emploi*, *129*, 87-105. https://doi.org/10.4000/formationemploi.4374

Aussel, L. et Gurnade, M-M. (2015). Les enjeux des écrits de la recherche-intervention en doctorat. In R. Bonasio et I. Fabre (Ed.), *Écriture scientifique : entre dimension individuelle et dimension collective* (pp. 165-187). L'Harmattan.

Aussel, L., & Lopez, L. M. (2018). L'évaluation de dispositifs par des recherches collaboratives : enjeux d'un champ de recherche émergent. *Phronesis*, *7*(1), 1-7. https://doi.org/10.3917/phron.071.0001

Autissier, D. & Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. *Question(s) de management*, 21, 45-54. https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, performance* (4e éd). Dunod.

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. & Vas, A. (2018). Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi. In : D. Autissier, I. Vandangeon-Derumez & A. Vas (Eds.), *Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (pp. 65-73). Dunod.

Bachelard, G. (1967). *La formation de l'esprit scientifique : contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Vrin.

Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* la Découverte.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck.

Barbier, J.-M. (1985). *L'évaluation en formation*. Presses universitaires de France.

Barbier, J. M., Lesne, M., & Maillebouis, M. (1986). *L'analyse des besoins en formation* (2e éd.). Robert Jauze.

Barbier, J.-M. (2011). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Presses Universitaires de France.

Barbier, J.-M. (2013a). Introduction : vécu, élaboration et communication de l'expérience. In J. Thievenaz & J.-M. Barbier (Eds.), *Le travail de l'expérience* (pp. 13-31). L'Harmattan.

Barbier, J.-M. (2013b). Expérience, activité, apprentissage. In L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois, & M. Durand (Eds.), *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 65-91). Presses Universitaires de France.

Barbier, J.-M., & Galatanu, O. (2004). *Les savoirs d'action : une mise en mot des compétences ?* L'Harmattan.

Barbier, J.-M. & Thievenaz, J. (2013). *Le travail de l'expérience*. L'Harmattan.

Baudot, S., Huart, F. (2011). La pédagogie émancipatrice comme fondement de la formation ISCO, *Cahier du CIEP*,*10*, 18-30 : *Cah.CIEP11.pdf

Bazin, H. (2013, octobre). *Les figures du tiers espace : contre-espace, tiers paysage, tiers lieu.* Art et Développement Humain, Armentières, France.

Beauvais, M. (2007). Chercheur-Accompagnateur : une posture plurielle et singulière. *Recherches qualitatives*, *Hors-série* (3), 44-58.

Bedin, V. (1999). Le statut des demandes sociales dans l'Aide à la Décision Politique. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, *2*(1), 89-104. https://doi.org/10.3406/dsedu.1999.910

Bedin, V. (2013). *Conduite et accompagnement du changement : contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.

Bedin, V. (2015). Restitution(s) et recherche-intervention. In J.-F. Marcel (Ed.), *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation-Accompagner le changement* (pp. 195-208). Éducagri éditions.

Bedin, V. (2017). La visée praxéologique comme préalable à une recherche émancipatrice. In J.-F. Marcel & D. Broussal (Eds.), *Émancipation et recherche en éducation* (pp. 307-330). Éditions du Croquant.

Bedin, V., & Broussal, D. (2015). La restitution un enjeu de validation sociale pour la Recherche-Intervention. In D. Broussal, P. Ponté, & V. Bedin (Eds.), *Recherche-intervention et accompagnement du changement en Éducation* (pp. 179-194). L'Harmattan.

Bedin, V., Franc, S., Guy, D. (2019). *Les sciences de l'éducation, pour quoi faire ? entre action et connaissance*. L'Harmattan.

Beillerot, J. (1995). Projet et légitimité, *Cahiers Pédagogiques*, *334*, 16-17.

Beillerot, J., Blanchard-Laville, C., & Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. L'Harmattan.

Belin, E. (2001). *Une sociologie des espaces potentiels : logique dispositive et expérience ordinaire* (1ère éd). De Boeck Université.

Bellot, C., & Rivard, J. (2013). La reconnaissance : Un enjeu au cœur de la recherche participative. *Nouvelles pratiques sociales*, *25*(2), 105-124. https://doi.org/10.7202/1020824ar

Benner, P. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Inter Éditions.

Ben Rajeb, S. (2011). Collaboration, coopération ou participation ? *DNArchi*. http://dnarchi.fr/analyses/collaboration-cooperation-ou-participation/

Bernadou, A. (2011). Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. In : J-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 29-41). Presses Universitaires de France.

Berten, A. (1999). Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie. *Hermès, La Revue*, 25, 31-47. https://doi.org/10.4267/2042/14972

Berthelot, J.-M. (2004). *Les vertus de l'incertitude*. Presses Universitaires de France.

Bonniol, J.-J., & Genthon, M. (1989). L'évaluation et ses critères : les critères de réalisation. *Repères. Recherches en didactique du français langue maternelle*, *79*(1), 106-115. https://doi.org/10.3406/reper.1989.1987

Boucenna, S. & Charlier, É. (2012). Accompagnement d'équipes d'enseignants, entre recherche et développement professionnel. In É. Charlier (Ed.), *Accompagner : Un agir professionnel* (pp. 125-138). De Boeck Supérieur

Bourassa, M., Bélair, L., & Chevalier, J. (2007). Les outils de la recherche participative. *Éducation et francophonie*, *35*(2), 1. https://doi.org/10.7202/1077645ar

Bourgeois, É. (2013). *Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey*. Presses Universitaires de France.

Bourgeois, É., & Merhan, F. (2017). Les dimensions de l'engagement dans les apprentissages accompagnés en contexte de formation en alternance. In A. Jorro (Ed.), *Les apprentissages professionnels accompagnés* (pp. 61-80). De Boeck Supérieur.

Bourgeois, E. (2018). *Le désir d'apprendre : formation et construction du sujet*. Presses Universitaires de France.

Boutinet, J.-P. (2004). *Vers une société des agendas. Une mutation de temporalités*. Presses Universitaires de France.

Boutinet, J.-P. (2006). L'individu-sujet dans la société postmoderne, quel rapport à l'événement ? *Pensée plurielle*, *13*(3), 37-47. https://doi.org/10.3917/pp.013.0037

Brassat, E. (2021). La pédagogie au risque de l'applicationnisme. Entre méthodes réflexives et procédures. *Annuel de la Recherche en Philosophie de l'Education*, *1*, 19-34.

Breugnot P. et Fablet D., (2013). *Analyser les pratiques des professionnels de la protection de l'enfance, entre recherche et intervention*. Actes du symposium Effets des recherches socio-cliniques sur les pratiques étudiées : enquêter/intervenir. Congrès de l'AREF 2013, Montpellier, les 27, 28, 29, 30 août 2013.

Bril, B. (2020). *Geste technique et apprentissage : une perspective fonctionnelle*. La Découverte.

Broussal, D. (2013). Les changements en éducation-formation : omniprésence, finalités et accompagnement. In V. Bedin (Ed.), *Conduite et accompagnement du changement Contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.

Broussal, D. (2017). L'émancipation : approches conceptuelles. In J.-F. Marcel & D. Broussal (Eds.), *Émancipation et recherches en éducation* (pp. 35-56). Éditions du Croquant.

Broussal, D. (2018). *S'émanciper par les œuvres : proposition pour la recherche-intervention*. L'Harmattan.

Broussal, D. (2019). La recherche participative entre commande évaluative et visée émancipatrice : Le cas d'une recherche-intervention portant sur un dispositif de prévention des violences sexuelles. *La Revue LEeE*, (1). https://doi.org/10.48325/rleee.001.03 (Original work published 9 mars 2019)

Broussal, D., Marcel, J.-F., & Thievenaz, J. (2016). *Soigner et former : contribution des sciences de l'éducation.* L'Harmattan.

Broussal, D., Ponté, P., & Bedin, V. (2015). *Recherche-intervention et accompagnement du changement en éducation*. L'Harmattan.

Budd L. Hall, (1979). Le savoir en tant que marchandise et la recherche participative. *Perspectives*, *9* (4), 417-434

Cadiére, J. (2017). Introduction : Qu'est-ce que l'expérience ? *Forum*, *151*(2), 8-12. https://doi.org/10.3917/forum.151.0008

Calbéra, J.-B. (2003). La profession infirmière : L'historique et le mythe. *VST - Vie sociale et traitements, 79*(3), 55. https://doi.org/10.3917/vst.079.0055

Carré, P. (2011). Pédagogie des adultes et ingénierie pédagogique : In *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 423-444). Dunod.

Cefaï, D., & Joseph, I. (Eds.). (2002). *L'héritage du pragmatisme : conflits d'urbanité et épreuves de civisme*. Éditions de l'Aube.

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. (2018). *Projet d'établissement « ensemble nous avons imaginé l'avenir ».* https://www.chu-toulouse.fr/-projet-d-etablissement-2018-2022-#nb1

Champy-Remoussenard, P. (2010). Sciences de l'éducation et pratiques éducatives : analyses d'une relation ambivalente. *Éducation et socialisation*, 27-28, 21-39. https://doi.org/10.4000/edso.16177

Charbonnier, S. (2013). À quoi reconnaît-on l'émancipation ? La familiarité contre le paternalisme. *Tracés*, *25*, 83-101. https://doi.org/10.4000/traces.5818

Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir : éléments pour une théorie*. Anthropos : Diffusion, Economica.

Chauffriasse, C. (2022). *Le processus de référentialisation dans l'évaluation de la formation. Le cas d'une recherche-intervention au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Haute-Garonne*. [Thèse de doctorat, Université de Toulouse II Jean Jaurès].

Chiousse, S. (2001). *Pédagogie et apprentissage des adultes. An 2001. Etat des lieux et recommandations*. OCDE. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00133764

Condorcet, J.-A.-N. de C. (1793-1794/1956/2006). *Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. Texte revu et présenté par O.H. Prior. J.-M. Tremblay. http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.coj.esq

Condorcet, J.-A.-N. de C. (1743-1794). *Rapport et projet de décret sur l'organisation générale de l'instruction publique.* Présentés à l'Assemblée nationale, les 20 et 21 avril 1792 https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k488703

Cornet, J. et De Smet, N. (2013). *Enseigner pour émanciper, émanciper pour apprendre : une autre conception du groupe classe*. ESF.

Corbalan, J.-A. (2000). Pertinence de la recherche qualitative : approche comparative de la recherche qualitative et quantitative. *Recherche en soins infirmiers*, *61*(2), 13-22. https://doi.org/10.3917/rsi.061.0013

Couzinet, V. (2003). Praticiens de l'information et chercheurs : parcours, terrains et étayages. *Documentaliste, sciences de l'information*, *40*(2) 118- 125. https://doi.org/10.3917/docsi.402.0118

Crosnier, H. L., Neubauer, C., & Storup, B. (2013). Sciences participatives ou ingénierie sociale : Quand amateurs et chercheurs co-produisent les savoirs. *Hermès, La Revue*, *n° 67*(3), 68-74

Cukier, A., Delmotte, F., & Lavergne, C. (2013). *Émancipation : les métamorphoses de la critique sociale*. Éditions du Croquant.

Daniellou, F. (2007). Des fonctions de la simulation des situations de travail en ergonomie. *Activités, 4*(2). https://doi.org/10.4000/activites.1696

Darses, F., & De Montmollin, M. (2006). *L'ergonomie :* La Découverte.

Defraigne Tardieu, G. (2012). *L'Université populaire Quart Monde : La construction du savoir émancipatoire*. Presses universitaires de Paris Ouest. https://doi.org/10.4000/books.pupo.2379

De Ketele, J.-M. (1993). L'évaluation conjuguée en paradigmes. *Revue française de pédagogie, 103*(1), 59-80. https://doi.org/10.3406/rfp.1993.1298

De Ketele, J. (2010a). Ne pas se tromper d'évaluation. *Revue française de linguistique appliquée*, XV, 25-37. https://doi.org/10.3917/rfla.151.0025

De Ketele, J.-M. (2010b). La recherche scientifique en éducation : Quels critères de qualité ? *Education Sciences & Society, 1*(1). http://riviste.unimc.it/index.php/es_s/article/view/38

De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, *Hors-série* (3),28-43. https://hal.science/hal-03061431

De Munck, J. (2011). Les trois dimensions de la sociologie critique, *SociologieS*, La recherche en actes, Régimes d'explication en sociologie. https://doi.org/10.4000/sociologies.3576

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation*. Éditions Quæ.

Dejours, C. (2022). *Le facteur humain*. Presses Universitaires de France.

Dejours, C., & Delory-Momberger, C. (2010). Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d'émancipation. *Le sujet dans la cité, 1*(1), 59. https://doi.org/10.3917/lsdlc.001.0059

Delengaigne, X., Delengaigne, M., Carron, M. (2019). *La boîte à outils du Mind Mapping*. Dunod.

Delvaux, E., & Tilman, F. (2012). Méthodes de formation d'adulte et émancipation. *Le Grain Asbl*. https://www.legrainasbl.org/analyse/methodes-de-formation-dadulte-et-emancipation/

Delvaux, V., & Delvaux, É. (2012). Evaluer l'émancipation dans une formation ? Le cas de l'ISCO. *Le Grain Asbl*. https://www.legrainasbl.org/analyse/evaluer-lemancipation-dans-une-formation/

Demaizière, F. (2008). Le dispositif, un incontournable du moment. *Alsic*, *11*, (2), 157-161. https://doi.org/10.4000/alsic.384

Demeuse, M. (2013). Élaborer un curriculum de formation et en assurer la qualité. In F. Parent & J.Jouquan (Eds.), *Penser la formation des professionnels de la santé* (pp. 315-330). De Boeck Supérieur. https://hal.science/hal-00826918/document

Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, *23*(2), 371-393. https://doi.org/10.7202/031921ar

Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L., & Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation, 27*(1), 33-64. https://doi.org/10.7202/000305ar

Desgagné, S. (2007). Le défi de coproduction de savoir en recherche collaborative : Autour d'une démarche de reconstruction et d'analyse de récits de pratique enseignante. In M. Anadón (Ed.), *La recherche participative. Multiples regards (*pp. 89-121). Presses de l'Université du Québec.

Dewey, J. (1938, 2006). *Logique : la théorie de l'enquête*. (Logic : The theory of inquiry, G. Deledalle, Trad.). Presses universitaires de France.

Dewey, J. (2014). *La quête de la certitude*. Gallimard.

Dewey, J., & Zask, J. (2018). *Démocratie et éducation. Suivi d'Expérience et éducation*. Armand Colin.

Divay, S., & Girard, L. (2019). Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, *N°139*(4), 64. https://doi.org/10.3917/rsi.139.0064

Dixon-Woods, M., Bosk, C. L., Aveling, E. L., Goeschel, C. A., & Pronovost, P. J. (2011). Explaining Michigan : Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program : An Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *Milbank Quarterly*, *89*(2), 167-205. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x

Donnay, J. (2001). Chercheur, praticien même terrain ? *Recherches qualitatives*, 22, 34-53. https://doi.org/10.7202/1085608ar

Dubet, F. (1995). Les acteurs et l'analyse sociologique : de la rupture au vraisemblable. *Recherche sociale,136,* 24-30

Dubois, S., Mohib, N., Oget, D., Schenk, E., & Sonntag, M. (2005). Connaissances et reconnaissances de l'expert. *Les cahiers de l'INSA de Strasbourg, 1,* 89-108. https://hal.science/hal-00340969v2

Duchesne, C., & Leurebourg, R. (2012). La recherche-intervention en formation des adultes : une démarche favorisant l'apprentissage transformateur. *Recherches qualitatives, 31*(2), 3. https://doi.org/10.7202/1084727ar

Duchesne, S., & Haegel, F. (2009). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*. Armand Colin.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert.

Durkheim, E., Debesse, M., & Fauconnet, P. (2003). *Éducation et sociologie* (8e éd.). Presses Universitaires de France.

Efros, D., & Schwartz, Y. (2009). Résistances, transgressions et transformations : l'impossible invivable dans les situations de travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *7*(1), 33-48. https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2009-1-page-33.htm

Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise.* Odile Jacob.

Enlart, S., & Mornata, C. (2006). *Concevoir des dispositifs de formation d'adulte*. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

Fabre, I. (2009). Capacité du dispositif documentaire à révéler son rôle d'accompagnement. *Esquisse*, 52-53, 127-139.

Fabre, I., Gardiès, C., & Dumas, M. (2007). Dispositif de formation numérique en information documentation. Colloque international EUTIC 2007 : « Enjeux et Usages des TIC ». https://hal.science/hal-01235525

Faisandier, S., & Soyer, J. (2007). Fonction formation (4e éd). Éditions d'Organisation.

Faure, G. G., Pierre ; Triomphe, Bernard. (2010). *Agricultures tropicales en poche : innover avec les acteurs du monde rural*. Editions Quae.

Fauré, L., Gardiès, C., & Marcel, J.-F. (2017). Référentialité et découpage des savoirs dans l'enseignement professionnel agricole. *Spirale - Revue de Recherches en Éducation*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01753398

Figari, G. (1994). *Évaluer : quel référentiel ?* De Boeck université.

Figari, G., & Tourmen, C. (2006). La référentialisation : une façon de modéliser l'évaluation de programme, entre théorie et pratique. Vers une comparaison des approches au Québec et en France. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(3), 5-25. https://doi.org/10.7202/1086391ar

Figari, G., Remaud, D., & Tourmen, C. (2014). *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation ou L'enquête évaluative*. De Boeck.

Fischer, G.-N., & Moles, A. A. (1981). *La psychosociologie de l'espace*. Presses Universitaires de France.

Flahault, J.-F. (2009). Être soi avec d'autres. *Diversité*, *157*(1), 23-28. https://www.persee.fr/doc/diver_1769-8502_2009_num_157_1_3061

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.

Fourcade, F., & Krichewsky, M. (2012). Analyse, catalyse et rétroaction : effets non escomptés d'une expérimentation de dispositif pédagogique. *Transformations*, *7*, 171-188.

Freire, P. (2013). *Pédagogie de l'autonomie*. Éditions Érès.

Freire, P., Kerhoas, M., Dupau, É., & Pereira, I. (2021). *La pédagogie des opprimés*. Agone.

Fukazawa-Couckuyt, S., & Robin, J.-F. (2019). Communication de l'expérience et capitalisation de savoirs issus de l'expérience : extimisation, objectivation et agrégation comme processus d'élaboration du savoir. *Savoirs, 51*(3), 61-77. https://doi.org/10.3917/savo.051.0061

Fusulier, B., & Lannoy, P. (1999). Comment « aménager par le management ». *Hermès, 25*(3), 179. https://doi.org/10.4267/2042/14986

Galichet, F. (2014). *L'émancipation : se libérer des dominations*. Chronique sociale.

Galichet, F. (2018a). Émancipation : un concept en crise ? In V. Poujol et O. Douard (Eds.), *L'émancipation comme condition du politique. L'agir social réinterrogé* (pp. 13-35). Edilivre.

Galichet, F. (2018b). L'émancipation par le savoir : à quelles conditions ? *Recherches en éducation*, *34*. https://doi.org/10.4000/ree.1827

Gardiès, C. (2012). *Dispositifs info-communicationnels de médiation des savoirs : cadre d'analyse pour l'information-documentation.* [Habilitation à diriger des recherches, Université de Toulouse 2 Le Mirail]. https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01725359

Garibay, F., & Séguier, M. (2009). *Pratiques émancipatrices : actualités de Paulo Freire*. Syllepse.

Gauchet, M. (2007). La démocratie est malade de l'individualisme. *Le blog de Marcel Gauchet.* http://gauchet.blogspot.com/2008/02/la-dmocratie-est-malade-de.html

Geertz, C. (1973). Thick description. Toward an interpretative theory of culture. In C. Geertz, *The interpretation of cultures : selected essays,* (pp 3-30). Basic Books.

Giordan, A., Favre, D., & Tarpinian, A. (2013). *L'erreur en pédagogie*. https://www.ecolechangerdecap.net/IMG/pdf/dossier_erreur.pdf

Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers, 94*(3), 42-55. https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042

Godrie, B., & Heck, I. (2021). L'approche participative, la recherche-action et leurs principales stratégies d'enquête et d'inclusion des groupes subalternisés. In F. Piron & E. Arsenault (Eds.), *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Science et Bien Commun.
https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-de-recherche-participative-recherche-action-et-sciences-citoyennes/

Goguelin, P. (1994). *La formation continue des adultes*. Presses Universitaires de France.

Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, *24*, 3-17.

Gosselin, M., Viau-Guay, A., & Bourassa, B. (2014). Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16-3. https://doi.org/10.4000/pistes.4009

Gorz, A. (2009). L'homme est un être qui a à se faire ce qu'il est. Entretien avec Martin Jander et Rainer Maischein sur l'aliénation, la liberté et l'utopie. In C. Fourel, *André Gorz, un penseur pour le XXIe siècle* (p. 249-267). Paris : La Découverte

Grize, J. (2011). Savoirs théoriques et savoirs d'action : Point de vue logico-discursif. In : J-M Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 119-129). Presses Universitaires de France

Grootaers, D. (2011). Savoirs et émancipation : types de savoirs et émancipation. *Le Grain Asbl*. https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=362:savoir-et-emancipation-i--types-de-savoirs-et-etapes-demancipation&catid=54:analyses&Itemid=115

Gros, A. (2011). Les formes de l'enquête historique : John Dewey et Max Weber. *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 07. https://doi.org/10.4000/acrh.3668

Guichard, J. (2007). Acteur social (social actor). In *Orientation et insertion professionnelle* (p. 3-10). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.guich.2008.01.0003

Guichon, N. (2006). *Langues et TICE*. Ophrys. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00376645

Guillemot, V., & Vial, M. (2012). Articuler les projets des divers usagers d'un dispositif de formation : de la régularisation à la régulation. *Transformations, 7*, 189-198.

Gurnade, M.-M., & Marcel, J.-F. (2015). La restitution comme espace de confrontation de savoirs pluriels : le cas d'une recherche-intervention. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 18*(2), 31-55. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036032ar

Gurnade, M.-M. (2016). *Circulation de savoirs pluriels et émancipation des acteurs sociaux : le cas d'un observatoire "vivre sa jeunesse" dans une recherche-intervention*. [Thèse de doctorat, Université Toulouse II Jean Jaurès].

Guy, D. (2013). Clarification terminologique, mise en contexte et fictions du changement. In V. Bedin (Ed.), *Conduite et accompagnement du changement : contribution des sciences de l'éducation* (pp. 125-150). L'Harmattan.

Guy, D. et Bedin, V. (2002). Du rapport d'étude à la décision. La problématique du texte « formateur ». *Questions de communication*, *2*, 37-46.

Hadji, C. (1992). *L'évaluation, règles du jeu : des intentions aux outils* (3e éd). ESF.

Haute Autorité de santé. (2010). *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

Haute Autorité de santé. (2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques dans les établissements de santé des concepts à la pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Haute Autorité de santé. (2013a). *Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebat_guide_adm_reduit_261113.pdf

Haute Autorité de santé. (2013b). *Enquête sur le Guide « Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments »*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/resultat_enquete_guide_administration_des_medicaments_mai_2013.pdf

Haute Autorité de santé. (2018). *Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) Rapport annuel 2017*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/retour_dexperience_sur_les_evenements_indesirables_graves_associes_a_des_soins_eigs._rapport_annuel_2017.pdf

Haute Autorité de santé. (2019a). *Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) Rapport annuel 2018*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport_annuel_eigs_2018_vd-avecinfo.pdf

Haute Autorité de santé. (2019b). *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. (2020a). *Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) Rapport annuel 2019.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf

Haute Autorité de santé. (2020b). *Erreurs associées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf

Haute Autorité de santé. (2021a). *Référentiel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*. https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3219190

Haute Autorité de santé. (2021b). *Retour d'expérience national Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_retour_experience_national.pdf

Haute Autorité de santé. (2022a). *Retour d'expérience national Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/retour_experience_nationall_eigs_2021_2022-11-21_11-16-23_105.pdf

Haute Autorité de santé. (2022b). *Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf

Haute Autorité de santé. (2022c). *Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de l'HAS.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/rapport_final_commission_impact_des_recommandations_-_preconisations_-_vf.pdf

Haute Autorité de santé. (2023a). *La HAS en bref 2023. Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/has_en_bref.pdf

Haute Autorité de santé. (2023b). *Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/programme_amelioration_impact_des_recommandations_2023-2028_-_mars_2023.pdf

Hédacq, P. (2019). L'accompagnement du changement par la co-construction de dispositifs de formation et de diffusion du savoir : le cas des professionnels de santé lors de la prise en charge médicamenteuse du patient. In D. Broussal & M. Saint-Jean (Eds.), *La professionnalisation des acteurs de la santé. Recherche, innovation, institution* (pp. 181-190). Cépadués.

Hédacq, P. (2020, octobre). *Co-construire des savoirs en ingénierie de formation : de la référentialisation à l'émancipation.* CIDEF, Nantes. 5ème Colloque Doctoral International de l'Éducation et de la Formation CIDEF 2020, Nantes.

Hédacq, P., & Broussal, D. (2021). La référentialisation et l'ingénierie de formation : Le cas d'une Recherche-Intervention pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. *La Revue LEeE, 4*. https://doi.org/10.48325/RLEEE.004.02

Hennion, A. (2016). La médiation : un métier, un slogan ou bien une autre définition de la politique ? *Informations sociales, 190*(4), 116-123. https://doi.org/10.3917/inso.190.0116

Herreros, G. (2000). La sociologie d'intervention et l'engagement du sociologue : la nécessaire radicalisation de quelques principes. In P. Fritsch (Ed.), *Implication et engagement* (pp. 207-222). Presses universitaires de Lyon.

Herreros, G. (2001). Sociologie d'intervention : pour une radicalisation de quelques principes. In D. Vrancken & K. Olgierd (Eds.), *La sociologie et l'intervention. Enjeux et perspectives* (pp. 273-297). De Boeck.

Houillier, F. (2016). *Les sciences participatives en France. État des lieux, bonnes pratiques et recommandations*. Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. http://www.sciences-participatives.com

Houllier, F., Joly, P.-B., & Merilhou-Goudard, J.-B. (2017). Dossier : Des recherches participatives dans la production des savoirs liés à l'environnement – Les sciences participatives : une dynamique à conforter. *Natures Sciences Sociétés*, *25*(4), 418-423. https://doi.org/10.1051/nss/2018005

Jousseaume, V. (2017). La métropole peut-elle nouer une alliance sans dominer ? Récit pour une nouvelle alliance ville-campagne. *Pouvoirs Locaux*. https://www.revuepouvoirslocaux.fr/fr/article/la-metropole-peut-elle-nouer-une-alliance-sans-dominer-recit-pour-une-nouvelle-alliance-ville-campagne-1206

Jullien, F. (2018). *Entrer dans une pensée ou Des possibles de l'esprit, suivi de L'écart et l'entre : leçon inaugurale de la chaire sur l'altérité*. Gallimard.

Kaufmann, L., & Trom, D. 2010. Présentation. In Kaufmann, L., & Trom, D. (Eds.), *Qu'est-ce qu'un collectif ? Du commun à la politique*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (pp. 9-24). 10.4000/books.editionsehess.11502

Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : Vers un nouvel art de la formation*. Les Éditions d'Organisation.

Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press.

Kohn, R. C. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien qui devient chercheur. In M.-P. Mackiewicz (Ed.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social* (pp.15-38). L'Harmattan.

Lafortune, L., & Deaudelin, C. (2001). *Accompagnement socioconstructiviste : pour s'approprier une réforme en éducation*. Presses de l'Université du Québec.

Laparra, M., & Margolinas, C. (2010). Milieu, connaissance, savoir. Des concepts pour l'analyse de situations d'enseignement. *Pratiques, 145-146*, 141-160. https://doi.org/10.4000/pratiques.1534

Lapassade G. (1989). Recherche-action et formation. *Pratiques de formation, 18*, 17-43.

Lascoumes, P. (2002). L'expertise, de la recherche d'une action rationnelle à la démocratisation des connaissances et des choix. *Revue française d'administration publique, 103*(3), 369. https://doi.org/10.3917/rfap.103.0369

Le Boterf, G. (1990*). L'Ingénierie et l'évaluation de la formation : 75 fiches-outils*. Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2011). L'ingénierie de la formation : quelles définitions et quelles évolutions ? In Philippe Carré (Ed.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 383-400). Dunod.

Leblanc, G. (2007). Médias et dispositifs : une approche comparatiste. *Cinémas, 9*(1), 11-24. https://doi.org/10.7202/024770ar

Le Crosnier, H., Neubauer, C. & Storup, B. (2013). Sciences participatives ou ingénierie sociale : quand amateurs et chercheurs co-produisent les savoirs. *Hermès, La Revue*, 67, 68-74. https://doi.org/10.4267/2042/51888

Leplat, J. (1995). À propos des compétences incorporées. *Éducation permanente*, *123*, 101-113. http://www.education-permanente.fr/public/articles/articles.php?id_revue=123

Leplay, É. (2008). La formalisation des savoirs professionnels dans le champ du travail social : Définition, énonciation, références, validations. *Pensée plurielle, 19*(3), 63. https://doi.org/10.3917/pp.019.0063

Leplay, É. (2013). La formalisation et la validation de savoirs professionnels, une démarche scientifique. In Association française pour le développement de la recherche en travail social (Ed.), *Quels modèles de recherche scientifique en travail social* (pp. 175-184). Presses de l'EHESP. https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/ehesp.affut.2013.01.0175

Lesne, M. (1984). *Lire les pratiques de formation d'adultes*. Edilig.

Mahé, J. (2014). Erreurs médicamenteuses : Définition, fréquence et gestion du risque. *Lettre Pharmacol, 28*, 21-27.

Marcel, J.-F. & Nunez Moscoso, J. (2012). La figura del investigador ciudadano: hacia un (re)encuentro con el ethos de la investigacion en education. *Revista estudios cooperativos, 17*(1 et 2), 101-121.

Marcel, J.-F. (2010). Des tensions entre le « "sur" » et le « "pour" » dans la recherche en éducation : question(s) de posture(s). *Cahiers du CERFEE,* 41-64.

Marcel, J.-F. (2012). Contribution à une ingénierie de la commande. *TransFormations, 8,* 101-120.

Marcel, J.-F. (2014a). *Lycées agricoles en changement : regards pluriels*. Éducagri éditions.

Marcel, J.-F. (2014b). Les pratiques enseignantes mises en récit. *Recherches en éducation, 19*, 82-95.

Marcel, J.-F. (2016a). *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : accompagner le changement ouvrage collectif*. Éducagri éditions.

Marcel, J.-F. (2016b). Éduquer et soigner : Au nom de l'idem. In D. Broussal, J.-F. Marcel, & J. Thievenaz (Eds.), *Soigner et former : Contribution des sciences de l'éducation* (pp. 21-38 L'Harmattan.

Marcel, J.-F. (2016c). Recherche en sciences de l'éducation et demande sociale. In *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation* (pp. 23-33). Éducagri éditions. https://doi.org/10.3917/edagri.marce.2016.01.0023

Marcel, J.-F. (2017). La recherche-intervention comme acte politique et émancipateur In J.-F Marcel & D. Broussal (Eds.). *Émancipation et recherche en éducation* (pp. 397-422). Éditions du Croquant.

Marcel, J-F. (2019a). « Action /connaissance » en sciences de l'éducation : la recherche pour outrepasser les logiques. In V. Bedin, S. Franc, & D. Guy (Eds.), *Les sciences de l'éducation pour quoi faire ? Entre action et connaissance* (pp. 9-19). L'Harmattan.

Marcel, J.-F. (2019b). Intervention, participation et évaluation dans la recherche en éducation. *La Revue LEeE, 1*. https://doi.org/10.48325/rleee.001.01

Marcel, J.-F. (2020a). Quand la recherche-intervention puise son inspiration dans la pensée de Paulo Freire. In L. Lescouarch & D. Broussal (Eds.), *Freire Hoje, Freire Hoy* (pp. 101-122). Presses Universitaires du Midi.

Marcel, J.-F. (2020b). Fonctions de la recherche et participation : une épistémo-compatibilité dans le cas de la recherche-intervention. *Questions vives recherches en éducation, 33*. https://doi.org/10.4000/questionsvives.4691

Marcel, J.-F. (2020c). Un dispositif, un tiers-espace et des médiations. Le tiers-espace socio- scientifique dans la recherche-intervention in Sciences de la société (à paraître)

Marcel, J.-F., & Bedin, V. (2018). Contribution à l'élaboration d'un dispositif d'évaluation de la Recherche-Intervention. *Phronesis, 7*(1), 79-91. https://doi.org/10.3917/phron.071.0079

Marcel, J.-F., & Broussal, D. (Éds.). (2017). *Émancipation et recherche en éducation : conditions de la rencontre entre science et militance.* Éditions du Croquant.

Marcel, J.-F., Aussel, L., & Broussal, D. (2019). Penser la formation à partir d'une recherche-intervention. *Éducation Permanente*, 220-221(3), 267-276. https://doi.org/10.3917/edpe.220.0267

Marcel, J.-F., Olry, P., Rothier-Bautzer, E., & Sonntag, M. (2002). Note de synthèse : Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue française de pédagogie, 138*(1), 135-170. https://doi.org/10.3406/rfp.2002.2872

Margolinas, C. (2014). Connaissance et savoir. Concepts didactiques et perspectives sociologiques ? *Revue française de pédagogie, 188*, 13-22. https://doi.org/10.4000/rfp.4530

Marin, P. (2019). Le développement professionnel continu, outil stratégique du développement des compétences des professionnels de santé. In O. Bachelard (Ed.), *La formation professionnelle dans les services publics : Nouveaux enjeux, nouvelles pratiques* (pp. 37-46). Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.bache.2019.01.0037

Mayen, P. (2014). Préface : La méthode de la référentialisation : principes et instruments pour une conduite démocratique de l'enquête évaluative. In C. Tourmen, *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation : Ou l'enquête évaluative* (pp. 9-11). De Boeck Supérieur.

Meignant, A. (2006). *Manager la formation : Quoi de neuf après la loi du 4 mai 2004 ?* (7e éd.). Éditions Liaisons.

Merini, C., & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs, 16*(1), 77-95. https://doi.org/10.3917/savo.016.0077

Meurie, N. (2019). Une pédagogie au service de postures d'apprentissage émancipatoires des étudiants en soins infirmiers. In D. Broussal & M. Saint-Jean, *La professionnalisation des acteurs de la santé. Recherche, innovation, institution* (pp. 191-204). Cépadués.

Meurie Corceiro, N., & Broussal, D. (2021). La conscientisation : un analyseur du " faire œuvre " dans la formation des Compagnons du Devoir et du Tour de France. *Les Dossiers des sciences de l'éducation,* 44, 49-68. https://doi.org/10.4000/dse.4803

Mialaret G. (2006). *Sciences de l'éducation : aspects historiques, problèmes épistémologiques*. Presses Universitaires de France.

Mialaret, G. (2016). Les origines et l'évolution des sciences de l'éducation en pays francophones. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, *49*(3), 53-69. https://doi.org/10.3917/lsdle.493.0053

Mialaret, G. (2017). *Les sciences de l'éducation* (12e éd). Que sais-je ?

Michel, P., Minodier, C., Moty-Monnereau, C., Lathelize, M., Domecq, S., Chaleix, M., Kret, M., Roberts, T., Nitaro, L., Bru-Sonnet, R., Quintard, B., Quenon, J.-L., & Olier, L. (2011). Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité, gravité. *Études et résultats*, 761. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er761.pdf

Michel, P., Quenon, J-L., Daucourt, V., Burdet, S., Hoarau, D., Klich, A. (2022). Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,13*,229-37. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/incidence-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-dans-les-etablissements-de-sante-eneis-3-quelle-evolution-dix-ans-apres

Michel, P., Quenon, J-L., Djihoud, A., Tricaud Vialle, S., de Sarasqueta, A-M., Domecq, C. (2005). Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Études et résultats*, 398. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er398-3.pdf

Miles, M. B., Huberman, A. M., Hlady Rispal, M., & Bonniol, J.-J. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). De Boeck Université.

Minder, M. (2007). Les stratégies d'appropriation. Pédagogies en développement. In *Didactique fonctionnelle : Objectifs, stratégies, évaluation - Le cognitivisme opérant* (pp. 165-284). De Boeck Supérieur.

Moisdon, J. C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Éditions Seli Arslan.

Mondada, L. (2005). *Chercheurs en interaction : comment émergent les savoirs*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

Montmollin, M. (2011). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome. In J.-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 189). Presses Universitaires de France.

Mottier-Lopez, L. (2020). Penser l'évaluation des recherches participatives en termes d'enquêtes : Quels rapports avec les visées heuristique et praxéologique ? *Questions Vives, 33*. https://journals.openedition.org/questionsvives/4804

Nascimento, A. (2011). Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3591-3602.

Nel, N. (1999). Des dispositifs aux agencements télévisuels (1969-1983). *Hermès*, *25*(3), 131-141. https://doi.org/10.4267/2042/14981

Paillé, P. (2006). Introduction. In *La méthodologie qualitative : Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 5-8). Armand Colin.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Choisir une approche d'analyse qualitative. In P. Paillé & A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 13-33). Armand Colin.

Paquay, L. (2006). Introduction. Au-delà des cloisonnements entre divers types de recherche, quels critères de qualité ? In L. Paquay, M. Crahay, & J.-M. De Ketele (Ed.), *L'analyse qualitative en éducation* (pp. 13-29). De Boeck supérieur.

Parmentier, C. (2012). *L'ingénierie de formation* (2e édition). Eyrolles.

Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. In E. Bourgeois & G. Chapelle, *Apprendre et faire apprendre* (pp. 109-121). Presses Universitaires de France.

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. l'Harmattan.

Paul, M., & Fabre, M. (2020). *La démarche d'accompagnement : repères méthodologiques et ressources théoriques* (2e éd.). De Boeck supérieur.

Peeters, H., & Charlier, P. (1999). Contributions à une théorie du dispositif. *Hermès, 25*(3), 15. https://doi.org/10.4267/2042/14969

Peraya, D., & Peltier, C. (2012). Une année d'immersion dans un dispositif de formation aux technologies : prise de conscience du potentiel éducatif des TICE, intentions d'action et changement de pratique. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, *9*(1-2), 111-135. https://doi.org/10.7202/1012906ar

Pereira, I. (2017). Les grammaires de l'éducation critique aux médias à l'épreuve du numérique. *Tic & société*, *11,* (1), 111-136. https://doi.org/10.4000/ticetsociete.2279

Pereira, I. (2019) Ethique de l'alliée. *Le courrier.* https://lecourrier.ch/2019/08/30/lethique-de-lallie-e/

Pereira, I. (2021). Préface. In P. Freire, *La pédagogie des opprimés* (pp *VII-XXXI)*. Agone

Perez-Roux, T., & Étienne, R. (2018). Éditorial : vers une extension du domaine des sciences de l'éducation … et de la formation ? *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 50. https://doi.org/10.4000/edso.4889

Perez-Roux, T., Leblanc, S., Mukamurera, J., & Vidal-Gomel, C. (2019). Comprendre le travail dans les « métiers adressés à autrui » : regards croisés issus des sciences de l'éducation : Introduction. *Activités,* 16-1. https://doi.org/10.4000/activites.3727

Perraut Soliveres, A. (2001). Praticien-chercheur, un nouvel espace de connaissance. In A. Perraut Soliveres, *Infirmières, le savoir de la nuit* (pp. 193-286). Presses Universitaires de France.

Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, C., & Paquay, L. (2008). Introduction. Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience professionnelle : intégration ou déni mutuel ? In P. Perrenoud (Ed.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants : Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience* (pp. 7-20). De Boeck Supérieur.

Pesce, S. (2019). Savoirs (formes de): *(forms of knowledge – formas de conocimiento)*. In A. Vandevelde-Rougale (Ed.)., *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 570-572). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0570

Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 48, 103-123. https://doi.org/10.3917/lsdle.484.0103

Piot, T. (2017). L'émancipation : un lien génétique et ambivalent avec les sciences de l'éducation. In J.-F. Marcel & D. Broussal (Eds.), *Émancipation et recherche en éducation* (pp. 355-375). Éditions du Croquant.

Piot, T. (2019). Former demain aux métiers de services adressés à autrui : Des modèles sous haute tension. *Éducation Permanente*, 220-221, 203-212. https://doi.org/10.3917/edpe.220.0203

Pothier, M. (2003). *Multimédias, dispositifs d'apprentissage et acquisition des langues*. Ophrys. https://edutice.archives-ouvertes.fr/edutice-00275185

Poujol, V. (2017). Au risque de l'émancipation : le travail du conflit et de la norme. In J.-F. Marcel & D. Broussal (Eds.), *Émancipation et recherche en éducation* (pp. 355-375). Éditions du Croquant.

Poujol, V., & Douard, O. (2018). *L'émancipation comme condition du politique : l'agir social réinterrogé*. Édilivre.

Prax, J.-Y. (2019). *Manuel du knowledge management : mettre en réseau les hommes et les savoirs pour créer de la valeur* (4e éd). Dunod.

Quéré, L. (2000). Au juste, qu'est-ce que l'information ? *Réseaux. Communication - Technologie - Société, 18*(100), 331-357. https://doi.org/10.3406/reso.2000.2227

Reboul, O. (2010). *Qu'est-ce qu'apprendre ?* Presses Universitaires de France.

Rey, A. (2010). *Dictionnaire historique de la langue française* (Nouvelle édition). Dictionnaires Le Robert.

Rhéaume, J. (1982). La recherche-action : un nouveau mode de savoir ? *Sociologie et sociétés, 14*(1), 43-51. https://doi.org/10.7202/006775ar

Rhéaume, J. (2002). Changement. In J. Barus-Michel, E. Enrique & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions* (pp. 65-72). Érès.

Rhéaume, J. (2009). La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution. Le cas d'un centre de santé et services sociaux. *Sociologie et sociétés, 41-1*, 192-215

Rhéaume, J. (2007). L'enjeu d'une épistémologie pluraliste. In V. de Gaulejac (Ed.), *La sociologie clinique* (pp. 57-74). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.roche.2007.01.0057

Robert, A. D. & Marcel J-F. (2019). Des relations entre recherches en éducation et engagements militants : éléments pour un débat. In J-F Marcel, V., Bordes, & L., Lescouarch, (Eds.), *Recherches en éducation et engagements militants. Vers une tierce approche* (pp. 25-42). Presses Universitaires du Midi.

Rodrigues, P. & Machado, E. (2012). Modélisation de la participation des acteurs dans le processus d'évaluation de la formation. In Lucie Mottier Lopez (Ed.), *Modélisations de l'évaluation en éducation : Questionnements épistémologiques* (pp. 147-161). De Boeck Supérieur.

Rodrigues, P. (2006) Le recours à des paradigmes de l'évaluation. In G. Figari & L. Mottier Lopez (Eds.), *Recherche sur l'évaluation en éducation* (pp. 193-201). L'Harmattan.

Rougerie, C. (2016). L'accueil en CCAS : analyseur de l'émergence d'une demande. In J-F., Marcel (Ed.), *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : Accompagner le changement* (pp. 49-60). Éducagri éditions.

Saint-Jean, M., Isus Barado, S., Paris Manas, G., & Mace, A. (2014). La recherche-intervention comme accompagnement du changement : le cas d'une formation de formateurs. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 31, 31-48. https://doi.org/10.4000/dse.558

Savournin, F., Brossais, E., de Léonardis, M., Chevallier-Rodrigues, É., & Courtinat-Camps, A. (2020). Accompagner la dynamique inclusive en milieu scolaire : De l'intérêt d'une articulation recherche-formation ? *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 65-1, 27-44. https://doi.org/10.3917/spir.651.0027

Schlanger, J. (1978). *Une théorie du savoir*. Vrin

Schlanger, J. (2009). *Savoir être et autres savoirs*. Hermann.

Schön, D. A., Heynemand, J., & Gagnon, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Éditions Logiques.

Schwartz, Y. (2010). Quel sujet pour quelle expérience ? *Travail et Apprentissages, 6*(2), 11-24. https://doi.org/10.3917/ta.006.0011

Sen, A. (2012). *L'idée de justice*. Flammarion.

Société française de pharmacie clinique. (2006). *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*. Société française de pharmacie clinique.

Société française de pharmacie clinique. (2014). *La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins.* Manuel_de_la_remed-_jan_2013_-_version_dfinitive_300114-copie.pdf (sfpc.eu)

Société française de pharmacie clinique. (2022). *Bonnes pratiques de pharmacie clinique*.https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2022/03/Bonnes-Pratiques-de-pharmacie-Clinique-2022.pdf

Société française d'anesthésie et de réanimation. (2023). *Organisation structurelle, matérielle et fonctionnelle des centres effectuant de l'anesthésie pédiatrique*. Microsoft Word - RPP Organisation Anesthésie Pédiatrique_ Version Finale 220323.docx (sfar.org)

Société française d'anesthésie et de réanimation., Société française de pharmacie clinique. (2020). *Préconisations 2020 Prévention des erreurs médicamenteuses en A-R en période de crise sanitaire aigue.* https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/06/Preco-erreurs-med-SFAR-SFPC-CRISE-Guide-complet-V290520.pdf

Stewart, D., Shamdasani, P., & Rook, D.V. (2007). *Focus groups : Theory and practice* (2e éd.). Sage.

Storup, B. (2013). *La recherche participative comme mode de production de savoirs. Un état des lieux des pratiques en France.* Fondation Sciences Citoyennes. https://www.open-sciences-participatives.org/ressource/26

Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1985). *Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice*. Kluwer-Nijhoff.

Tardif, M., & Lessard, C. (2000). *Le travail enseignant au quotidien*. De Boeck.

Thievenaz, J. (2019a). La théorie de l'enquête de John Dewey : réexplorations pour la recherche en sciences de l'éducation et de la formation. *Recherche et formation*, *92*, 19-38. https://doi.org/10.4000/rechercheformation.5626

Thievenaz, J. (2019b). *Enquêter et apprendre au travail : approcher l'expérience avec John Dewey*. Éditions Raison et passions.

Thomas, F. (1999). Dispositifs narratif et argumentatif : Quel intérêt pour la médiation des savoirs ? *Hermès, 25*(3), 219. https://doi.org/10.4267/2042/14989

Tilman, F. et Grootaers, D. (2014). L'empowerment et l'émancipation même combat ? *Le Grain Asbl*. Atelier de pédagogie sociale, https://www.legrainasbl.org/analyse/l-empowerment-et-l-emancipation-meme combat/#:~:text=Si%20on%20peut%20consid%C3%A9rer%20que,lecture%20des%20rapports%20de%20pouvoir.

Tinant, N. (2012). *Application du CIRCEPT de la pédagogie émancipatrice à l'ISCO*. CIEP. https://www.ciep.be/images/BoiteAOutils/OutilsPedagogiques/ApplicationCirceptPdagogieEmancipatricelISCO.pdf

Touré, E. H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives, 29*(1), 5. https://doi.org/10.7202/1085130ar

Tronto, J. (2008). *L'amour des autres : care, compassion et humanitarisme*. La Découverte.

Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2 éme éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.

Veyrunes, P. (2022). Transmission professionnelle. In Anne Jorro (Ed.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 439-442). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0439

Viala, A. (2007). *Posture*. Socius. http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/69-posture

Vial, M. (2007). *L'accompagnement professionnel, une pratique spécifique*. Conférence pour Ariane Sud entreprendre, Marseille. http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf

Vial, M. (2010). *Le travail des limites dans la relation éducative, aide, guidage, accompagnement : analyses de pratiques*. L'Harmattan.

Vial, M. (2012). *Se repérer dans les modèles de l'évaluation : Méthodes - Dispositifs - Outils*. De Boeck.

Vial, M., & Caparros-Mencacci, N. (2007). *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*. De Boeck Supérieur.

Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, La compétence au travail, 135, 57-69.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel.* L'Harmattan.

Wittorski, R. (2016). *La professionnalisation en formation : textes fondamentaux*. Presses universitaires de Rouen et du Havre.

Younes, N. (2010). L'évaluation "écologique" des dispositifs éducatifs et de formation comme perspective. *Congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, https://plone2.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordinateurs-en-b/les-points-aveugles-dans-l2019e. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00801119

Zaouche-Gaudron, C. (2017). La subjectivation chez Philippe Malrieu. *La Pensée, 391*(3), 65-79. https://doi.org/10.3917/lp.391.0065

Zarka, Y. C. (2010). *La destitution des intellectuels et autres réflexions intempestives*. Presses Universitaires de France.

Zeitler, A., & Barbier, J.-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche et formation*, *70*, 107-118. https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1885

Zouari, Y. 2005. Pour un questionnement épistémologique des savoirs d'action. In J. Astolfi (Ed.), *Savoirs en action et acteurs de la formation (pp.77-95).* Presses universitaires de Rouen et du Havre.

Liste des sigles

AFSSAPS : Agence Française de la sécurité sanitaire des Produits de santé

ALARM : Association of Litigation and Risk Management

ANAP : Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ANDPC : Agence Nationale pour le Développement Professionnel Continu

ARS : Agence régionale de santé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

CDU : Contrat Doctoral Unique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CoMéDiMS : Commission ou Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CoPil : Comité de Pilotage

CPIAS : Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

CrATB : Centre Régional d'Antibiothérapie

CRPV : Centre Régional de pharmacovigilance

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DM : Dispositifs médicaux

DPC : Développement Professionnel Continu

DSIO : Direction du Système d'Information et de l'Organisation

EIAS : Événement Indésirable Associés aux Soins

EI : effets indésirables

EIM : Événement Indésirable Médicamenteux

EIG : Événement Indésirable Grave

EIGS : Événements indésirables graves liés aux soins

EM : erreur médicamenteuse

ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins

ETP : équivalent temps plein

GTra : Groupe de Travail

HAS : Haute Autorité de santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFRASS : Institut de Formation, Recherche, Animation, Sanitaire et Social

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

ISCO : Institut Supérieur de Culture Ouvrière

ITSIMS : Institut Toulousain de Simulation en santé

OMEDIT : Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAQSS : Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins

PCA : Patient Controlled Analgesia

PECM : Prise en Charge Médicamenteuse du patient

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance des Soins

PUI : Pharmacie à usage intérieur

REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux

R-I : Recherche-Intervention

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de réanimation

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SHS : Sciences Humaines et sociales

SRA : Structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité

TESS : Tiers-espace socio scientifique

UMR EFTS : Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs

Table des figures

Figure 1 : Le macro-processus du circuit du médicament (SFPC, 2006, p. 49) 16
Figure 2 : Diagramme de Venn (Mahé, 2014, p. 22, modifié par Hédacq, 2023) 19
Figure 3 : Nombre d'EIGS enregistrés par la Haute Autorité de santé depuis 2017 (HAS, 2020a, p. 6) 22
Figure 4 : Extrait du rapport de la Haute Autorité de santé concernant les EIG médicamenteux (HAS, 2020b) ... 23
Figure 5 : Les différentes structures participant à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (CoMéDiMS, 2021) 24
Figure 6 : Organisation de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse (CoMéDiMS CHU de Toulouse, 2021) 38
Figure 7: Représentation schématique de l'enjeu de la transmission du savoir (Hédacq, 2023) 47
Figure 8 : Première modélisation du tiers-espace socio-scientifique (Marcel, 2010) 57
Figure 9 : Premier cercle de participation du TESS (Hédacq, 2023) 62
Figure 10 : Deuxième cercle de participation du TESS (Hédacq, 2023) 63
Figure 11 : Dynamique de l'ingénierie de formation (Ardouin, 2017, p. 17) 110
Figure 12 : Différentes phases du plan de formation (Ardouin, 2017, p. 172) 111
Figure 13 : Proposition de schématisation de la phase d'analyse des besoins (Hédacq, 2023) 113
Figure 14 : La conception des dispositifs de formation (Enlart & Mornata, 2006, p. 25) 114
Figure 15 : Première formulation du modèle d'évaluation (Figari et al., 2014, p. 73) 122
Figure 16 : Modélisation de l'évaluation (Figari et al., 2014, p. 76) 123
Figure 17 : Schématisation du TESS au sein de la R-I (Hédacq, 2023) 133
Figure 18 : Les deux premiers cercles de participation du TESS (Hédacq, 2023) 151
Figure 19 : Processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du TESS (Hédacq, 2023) 154
Figure 20 : Grille d'évaluation de l'émancipation (Delvaux & Delvaux, 2012, p. 3) 172
Figure 21 : Phases des recueils des éléments empiriques par les entretiens semi-directifs à t0 et t1 (Hédacq, 2023) 194
Figure 22 : Premier remaniement de la proposition initiale (Mondada, 2005, p. 19) 197
Figure 23 : Séquentialité de l'interaction d'après les travaux de Mondada (2005) modifié par (Hédacq, 2023) 199
Figure 24 : Les déterminants de la formation à partir des travaux d'Ardouin et Lacaille (Ardouin, 2015) 211
Figure 25 : Données sur l'expérience et la date de diplôme issues de l'analyse des comptes rendus REMED 2014-2019 (CoMéDiMS, 2021) 219
Figure 26 : Répartition des facteurs REMED dans les comptes rendus d'analyse des EIM déclarés au CHU de Toulouse 2014-2020 (CoMéDiMS, 2021) 219
Figure 27 : Sous facteurs REMED identifiés dans les comptes rendus d'analyse des EIM déclarés au CHU de Toulouse 2014-2020 (CoMéDiMS, 2021) 220
Figure 28 : Dendrogramme des comptes rendus d'analyse des EIM (groupe de travail 1, 2021) 222
Figure 29 : Schéma du processus de l'administration médicamenteuse (HAS, 2013a, p. 15) 224
Figure 30 : Dispositifs de formation des nouveaux-arrivants (groupe de travail, 2021) 229
Figure 31 : Extrait de la ligne 35 à ligne 39, réunion 1 GT1 (Hédacq, 2023) 271

Figure 32 : Extrait de la ligne 50 à 54, réunion 1, GT1 (Hédacq, 2023) *272*
Figure 33 : Extrait de la ligne 138 à 155, réunion 1, GT1 (Hédacq, 2023) *275*
Figure 34 : Processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS (Hédacq, 2023) à partir des travaux de Mondada (2005) *277*
Figure 35 : Extrait de la réunion de la ligne 37 à 44, réunion 1 du GT 2 (Hédacq, 2023) *278*
Figure 36 : Extrait de la réunion 1 du GT 2 (Hédacq, 2023)..... *280*
Figure 37 : Formulation d'un savoir professionnel (énoncés) à partir des travaux de Leplay (2008)..... *288*

Table des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des facteurs entre la méthode ALARM et la méthode REMED (Hédacq, 2023)..... 34
Tableau 2 : Facteurs contributifs à la survenue de l'EIGM (HAS, 2020b, p. 37) 35
Tableau 3 : Les différentes étapes de la R-I (Marcel & Bedin, 2018, p. 82)..... 64
Tableau 4 : Synthèse des différentes étapes de co-élaboration de la commande de R-I (Hédacq, 2023)..... 67
Tableau 5 : Nombre d'acteurs et métiers des acteurs engagés dans la Recherche-Intervention (Hédacq, 2023) 69
Tableau 6 : Tableau récapitulatif des étapes de mise en œuvre de la R-I (Hédacq, 2023)..... 71
Tableau 7 : Tableau des foyers de signification du changement (Guy, 2013, p. 128) 74
Tableau 8 : Les différents acteurs participant à la conception des dispositifs de formation (Hédacq, 2023) 104
Tableau 9 : Tableau de synthèse Andragogie versus pédagogie (Delvaux & Tilman, 2012, p. 6) 106
Tableau 10 : Caractéristiques de l'ingénierie de formation et l'ingénierie pédagogique (Parmentier, 2012)..... 111
Tableau 11 : Croisement fonction et démarches de l'évaluation (De Ketele, 2010a, p. 30)..... 115
Tableau 12 : Les différentes phases du protocole de référentialisation (Figari et al., 2014, p. 80)..... 125
Tableau 13 : Le traitement de la demande d'évaluation (Hédacq, 2023)..... 126
Tableau 14 : Identification des référents (Figari et al, 2014, p. 86) 128
Tableau 15 : Les oppositions entre Recherche et Intervention (Marcel, 2010) 136
Tableau 16 : Les figures de l'émancipation (Galichet, 2014, p.83)..... 161
Tableau 17 : La Figure post moderne de l'émancipation, (Marcel, 2017, p. 413)..... 169
Tableau 18 : Récapitulatif des thèmes des focus groups (vert) et des temps de travail (bleu) en groupe (Hédacq, 2023) 195
Tableau 19 : Tableau d'exploration des postures de Delvaux et Delvaux (2012) entretiens semi directifs t0 (Hédacq, 2023)..... 196
Tableau 20 : Grille d'analyse (Hédacq, 2023) de la co-élaboration des savoirs adaptée à partir des travaux de Mondada (2005) 200
Tableau 21 : Synthèse de la méthodologie pour l'analyse des éléments empiriques (Hédacq, 2023) 202
Tableau 22 : Référentiel décrivant le contexte (les induits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023)..... 205
Tableau 23 : Référentiel du dispositif (Construits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023)..... 207
Tableau 24 : Référentiel des produits (produits) à partir du travail du groupe 1 (Hédacq, 2023) 209
Tableau 25 : Tableau récapitulatif des déclarations d'EIM reçues et analysées par la CoMéDiMS / analysées (Hédacq, 2021)..... 217
Tableau 26 : Référentiel du guide d'usage de l'armoire à pharmacie (groupe de travail 2, 2021) 232
Tableau 27 : Tableau de synthèse de la durée des entretiens t0 groupe 1 (Hédacq, 2023)..... 240
Tableau 28 : Tableau de synthèse de la durée des entretiens t0 groupe 2 (Hédacq, 2023)..... 241
Tableau 29 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques du groupe 1 (Hédacq, 2023) 243
Tableau 30 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques du groupe 1 (Hédacq, 2023) 245
Tableau 31 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratiques groupe 1 (Hédacq, 2023) 247
Tableau 32 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratique groupe 2 (Hédacq, 2023)..... 252

Tableau 33 : Extrait du tableau d'analyse des causes des écarts de pratique groupe 2 (Hédacq, 2023)..... 255
Tableau 34 : Première étape de l'ingénierie de formation groupe de travail 1 (Hédacq, 2023) 258
Tableau 35 : Deuxième catégorie "penser le dispositif à partir de l'usager" (Hédacq, 2023) 260
Tableau 36 : Deuxième catégorie « co-construire la procédure » (Hédacq, 2023) 264
Tableau 37 : Extrait du tableau d'analyse posture « se situer » GT 1 (Hédacq, 2023) 285
Tableau 38 : Extrait du tableau d'analyse posture « se situer » GT 2 (Hédacq, 2023) 289
Tableau 39 : Extrait du tableau d'analyse de la posture "se déplacer" groupe 1 (Hédacq, 2023) 295
Tableau 40 : Extrait du tableau posture « s'allier » GT 1 (Hédacq, 2023) 302
Tableau 41 : Extrait du tableau d'analyse de la posture « s'allier » GT2 (Hédacq, 2023) 303
Tableau 42 : Extrait du tableau d'analyse de la posture « s'allier » GT 2 (Hédacq, 2023) 305
Tableau 43 : Synthèse de la durée des entretiens t1 (Hédacq, 2023) 310
Tableau 44 : Première caractéristique du tiers-espace socio-scientifique : un espace de partage (Hédacq, 2023) 311
Tableau 45 : Deuxième catégorie du tiers-espace socio-scientifique : Un espace d'élaboration du savoir Action (Hédacq, 2023) 314
Tableau 46 : Modèle de référentiel d'évaluation-régulation de dispositifs de formation dans un objectif de conception (Hédacq, 2023) 338
Tableau 47 : Proposition de caractérisation de la démarche de R-I et de la référentialisation en regard des schèmes de l'enquête (Hédacq & Broussal, 2021)..... 341
Tableau 48 : Modélisation de la mobilisation de la référentialisation au sein d'une Recherche-Intervention (Hédacq,2023) 344

Table des matières

Avant-propos 5

Introduction générale 7

1) Une demande d'accompagnement d'une ingénierie de formation 7

2) Les enjeux de la thèse 9

2.1 Un enjeu praxéologique : accompagner l'ingénierie de formation 9

2.2 Un enjeu heuristique : modéliser le processus de co-élaboration des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique 9

2.3 Un enjeu épistémologique : le rapprochement science-société 11

3) Organisation générale de la thèse 12

3.1 Première partie : contexte d'émergence de la Recherche-Intervention 12

3.2 Deuxième partie : le cadre théorique 13

3.3 Troisième partie : question de recherche, méthodologie et recueil des éléments empiriques 13

3.4 Quatrième partie : les produits de la R-I et les résultats heuristiques 13

3.5 Cinquième partie : la discussion 14

Chapitre 1 - Accompagner une ingénierie de formation pour prévenir le risque médicamenteux 15

1) La prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé : un processus complexe 15

1.1 Des étapes à coordonner 16

1.2 Des pratiques professionnelles à articuler 17

2) La prise en charge médicamenteuse du patient : un processus à risque 18

2.1 Identifier les différents risques associés à la prise en charge médicamenteuse 18

2.2 Données qualitatives et quantitatives sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient 20

2.2.1 La prise de conscience initiale 20
2.2.2 Les enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins21
2.2.3 L'analyse annuelle des événements indésirables graves associés aux soins 22
3) La politique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins..... 24
3.1 Structures et acteurs..... 24
3.1.1 Au niveau national 25
3.1.2 Au niveau régional..... 25
3.1.3 Au niveau local 27
3.2 Des obligations réglementaires..... 28
3.2.1 Obligations générales..... 28
3.2.2 Obligations spécifiques pour certains professionnels 31
3.3 Des recommandations de bonnes pratiques..... 32
3.3.1 Les recommandations explicites 32
3.3.2 Des recommandations implicites 33
4) De la demande de la CoMéDiMS à un projet de Recherche-Intervention..... 37
4.1 La demande de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse 38
4.1.1 Présentation de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse 38
4.1.2 Une demande d'accompagnement dans l'amélioration des dispositifs de formation 39
4.2 Analyse de la demande : un enjeu autour de la notion de savoir..... 41
4.2.1 Les recommandations de bonnes pratiques : un savoir qualifié d'expert 41
4.2.2 Transmettre les recommandations par la mise en place des dispositifs de formation 43
4.2.3 L'appropriation des bonnes pratiques et la notion de compétences..... 47
Synthèse du chapitre 1 Analyse d'une demande d'accompagnement par la recherche d'une situation d'ingénierie de formation 50
Chapitre 2 - Le choix d'une démarche de Recherche-Intervention..... 51

1) La Recherche-Intervention : une démarche ancrée en sciences de l'Éducation et de la formation 51
1.1 Les Sciences de l'Éducation et de la formation : aider une action pédagogique 51
1.2 Un rapprochement possible entre la Recherche et l'Intervention 54
1.3 Un enrichissement réciproque entre la science et l'action 56
2) La démarche de Recherche-Intervention : caractéristiques et étapes 57
2.1 Une démarche de recherche participative 57
2.2 Les visées de la R-I 60
2.3 Articuler les trois visées au sein d'un tiers-espace socio-scientifique 61
2.3.1 Élaborer des savoirs contextualisés 61
2.3.2 Faire reconnaître les savoirs co-élaborés 62
2.3.3 Faire monter en généralité les savoirs co-élaborés 63
2.4 Déroulé de la démarche 64
2.4.1 Le démarrage de la R-I : la formulation de la demande 64
2.4.2 La co-élaboration de la commande 65
2.4.3 La mise en œuvre de la démarche 68
2.4.4 La ou les phase(s)de restitution 72
3) Une démarche d'accompagnement ou de conduite du changement en éducation 73
3.1 Le changement : éléments de définition du terme 74
3.2 La nature du changement 75
Synthèse du chapitre 2 Choisir la démarche de Recherche-Intervention 79
Chapitre 3 - Une posture de chercheur particulière 80
1) Prendre une posture de praticien-réflexif 80
1.1 Soigner et Former ou le partage du « care » 80
1.2 Praticien-réflexif et production de savoirs 84
2) Devenir un praticien-chercheur 86
2.1 Le praticien-chercheur : un trait d'union assumé 86

2.2 Le praticien-chercheur : entre « implication » et « distanciation » 87
3) S'engager comme chercheur-intervenant 89
3.1 Un accompagnement « socioconstructiviste » 89
3.2 Une modalité d'accompagnement critique 91
Synthèse du chapitre 3 Un chercheur-intervenant engagé dans une recherche citoyenne 93
Chapitre 4 - Co-élaborer des dispositifs de formation par une démarche de référentialisation 94
1) Dispositifs et dispositifs de formation : le processus fondamental 95
1.1 Les intentions du dispositif 96
1.2 Les expériences dispositives 100
1.3 Les effets du dispositif 102
2) L'ingénierie de formation : le processus opérationnel 102
2.1 Les acteurs au cœur du processus opérationnel 103
2.2 S'interroger sur la définition de la formation des adultes 104
2.3 Les étapes de l'ingénierie de formation 109
2.3.1 Analyser ou identifier l'intention du dispositif 112
2.3.2 Concevoir ou penser les expériences dispositives 113
2.3.3 Réaliser 114
2.3.4 Évaluer les effets du dispositif 114
3) Référentialisation et ingénierie de formation : opérationnalisation de l'enquête évaluative 116
3.1 Les deux axes forts de la démarche de référentialisation 117
3.1.1 L'enquête évaluative 117
3.1.2 La dimension participative 119
3.2 Opérationnalisation de la démarche de référentialisation dans une perspective de conception des dispositifs 121
3.2.1 Conceptualisation de l'évaluation 121
3.2.2 Modélisation 122
3.2.3 L'instrumentation 123

3.3 Co-élaboration des référentiels par les groupes de travail 125
3.3.1 De l'analyse de la demande à la notion de référentiel 126
3.3.2 Référents, indicateurs et critères 127
3.3.3 Référentialisation des dispositifs de formation : identification des référents 129
Synthèse du chapitre 4 Co-construire les dispositifs de formation par une enquête évaluative 131
Chapitre 5 - Co-élaborer des savoirs au sein du tiers-espace socio-scientifique 132
1) Le tiers-espace socio-scientifique : un « entre-deux » 132
1.1 Installer un espace entre la sphère de la Recherche et celle de l'Intervention 133
1.1.1 La notion de « tiers-espace » 133
1.1.2 La notion de « sphère » 135
1.1.3 La notion « d'entre » 136
1.2 L'hétérogénéité des acteurs comme ressource 139
1.3 Les finalités du TESS de la R-I 139
2) Le tiers-espace socio-scientifique : un espace de co-élaboration des savoirs 140
2.1 Travailler les définitions des termes information, connaissance et savoir 141
2.1.1 La notion d'information 141
2.1.2 La notion de connaissance 142
2.1.3 La notion de savoir 143
2.2 Co-élaboration des savoirs au sein d'un espace socio-scientifique 146
2.2.1 Mettre en interaction une diversité de savoirs au sein du TESS 148
2.2.2 Ouvrir un espace socio-scientifique de co-élaboration de savoirs 150
3) Proposition d'un modèle de co-élaboration de savoirs au sein d'un tiers-espace socio-scientifique 152
3.1 La modélisation des interactions 152
3.2 De l'expression des savoirs détenus à la formulation des savoirs objectivés 153
Synthèse du chapitre 5 D'un espace « d'entre d'eux » à un espace de co-élaboration des savoirs 155

Chapitre 6 - Le TESS un espace potentiel d'émancipation des acteurs 156
1) Décrire la notion d'émancipation 157
1.1 Des figures différentes de l'émancipation en fonction du contexte politique et social 157
1.1.1 La figure antique : « pouvoir commander à soi et aux autres » 158
1.1.2 La figure classique : « pouvoir connaître » 158
1.1.3 La figure moderne : « pouvoir décider » 160
1.1.4 La figure post moderne de l'émancipation 161
1.2 Différentes dimensions de l'émancipation 162
1.3 Différentes formes de l'émancipation 164
2) Co-élaborer des savoirs au sein du TESS : une pratique émancipatrice ? 165
2.1 Le savoir entre « émancipation » et « domination » 165
2.2 Co-élaboration des savoirs et émancipation 167
2.3 La notion de collectif : le besoin des « autres » pour s'émanciper 168
3) L'outil de Delvaux et Delvaux : des « postures d'analyse » de l'émancipation 170
3.1 Les fondements de la grille d'analyse de Delvaux et Delvaux (2012) 171
3.2 La colonne vertébrale de l'outil : l'axe du savoir Action traversé par l'axe du savoir Être 172
3.2.1 L'axe du savoir Action : « comprendre » et « transformer » 173
3.2.2 L'axe du savoir Être : de « sujet » à « acteur social » 174
3.3 Les postures de la dynamique émancipatrice 176
Synthèse du chapitre 6 De la co-élaboration des savoirs à l'émancipation des acteurs 179
Chapitre 7 - Problématique et question de recherche 180
1) Une demande d'accompagnement d'une ingénierie de formation 180
1.1 Un enjeu de transmission et d'appropriation du savoir 181
1.2 Un enjeu d'élaboration des savoirs 183
2) Une Recherche-Intervention pour accompagner un changement 184
3) Une enquête évaluative pour co-élaborer les dispositifs de formation 185

4) Le processus d'émancipation au sein du TESS 186

5) Le TESS de la R-I : un objet de recherche 188

Chapitre 8 - Méthodologie : recueil des données et élaboration des grilles d'analyse des éléments empiriques 189

1) Une recherche qualitative pour étudier des processus 189

1.1 Une place particulière accordée aux discours des acteurs 189

1.2 La dynamique interactionnelle du tiers-espace socio-scientifique 191

1.3 Validité du projet de recherche 192

2) Protocole de recueil des éléments empiriques 193

2.1 Accéder aux savoirs des professionnels : des entretiens semi-directifs à t0 et à t1 193

2.2 Recueillir le savoir en train de s'élaborer 194

2.2.1 Les *focus groups* 194

2.2.2 Le temps de travail en groupes pluridisciplinaires 196

3) Élaboration des grilles d'analyse des éléments empiriques 196

3.1 Le processus d'émancipation : une étude longitudinale 196

3.2 Le processus de co-élaboration des savoirs : analyse des interactions des acteurs 197

3.2.1 Préalables à l'analyse 197

3.2.2 Description de l'organisation des interactions 198

3.2.3 Co-élaboration des savoirs 198

3.3 Décrire et identifier la nature du savoir co-élaboré 201

Synthèse du chapitre 8 Une méthodologie de recherche qualitative à visée compréhensive 202

Chapitre 9 - Les produits de l'intervention : un dispositif de formation et un guide d'usage des armoires à pharmacie 203

1) Le dispositif de formation des nouveaux-arrivants 203

1.1 Les « induits » du dispositif de formation des nouveaux-arrivants 204

1.2 Le « construit » : le dispositif de formation des nouveaux-arrivants 206

1.3 Les « produits » : la sécurisation des pratiques professionnelles 208

2) Co-construction des référents, critères et indicateurs 210
2.1 Exemple de l'identification des référents 210
2.1.1 Analyse de l'environnement 212
2.1.2 Définir le public cible et analyser les besoins en formation 215
2.1.3 Analyse qualitative des textes des comptes rendus 220
2.1.4 L'enquête auprès des nouveaux-arrivants 228
2.2 Le dispositif de formation envisagé 229
3) Le guide d'usage pour le rangement des armoires à pharmacie 230
3.1 Analyse de l'environnement de la gestion des armoires à pharmacie 233
3.2 Analyse des besoins des professionnels de santé 235
3.3 Définition du guide d'usage 235
Synthèse du chapitre 9 Deux dispositifs de formation co-élaborés 237
Chapitre 10 - Le processus de co-élaboration des savoirs contextualisés au sein du tiers-espace socio-scientifique 238
1) Présentation des éléments empiriques recueillis 239
1.1 Présentation du groupe de travail 1 240
1.2 Présentation du groupe de travail 2 240
2) Faire émerger les savoirs des acteurs lors de l'engagement dans la Recherche-Intervention 241
2.1 Élaboration du diagnostic par les professionnels de santé 241
2.1.1 Les nouveaux-arrivants et l'administration médicamenteuse 242
2.1.2 Les professionnels et le rangement des armoires à pharmacie 251
2.2 Les savoirs des professionnels sur la stratégie : les dispositifs 257
2.2.1 Une ingénierie de formation anthropocentrée 258
2.2.2 Une procédure co-élaborée 262
2.3 Les savoirs des professionnels sur les « produits » : compétences, pratiques professionnelles 265
2.3.1 L'expérience et les compétences chez le nouvel-arrivant 265

2.3.2 Les pratiques professionnelles : définition des acteurs 267
2.3.3 Une procédure qui « guide » et qui « aide » et qui contient des règles 269
3) La co-élaboration des savoirs lors des *focus groups* 270
3.1 Phase d'analyse des besoins du groupe de travail 1 270
3.1.1 Formulation collaborative d'énoncés 270
3.1.2 Tester des hypothèses et les valider collectivement 273
3.2 Phase d'analyse des besoins du groupe de travail 2 278
3.2.1 Formulation collaborative d'énoncés 278
3.2.2 Tester des hypothèses et les valider collectivement 279
Synthèse du chapitre 10 Le processus de co-élaboration de savoirs au sein du TESS 282
Chapitre 11 - De la co-élaboration des savoirs à l'émancipation des acteurs 283
1) De l'individu sujet à l'individu acteur…de comprendre à transformer… 283
1.1 Prendre place dans le collectif par rapport à son « savoir d'expérience » 283
1.1.1 Hétérogénéité des savoirs d'expériences 284
1.1.2 Partager ses connaissances issues de l'expérience 284
1.1.3 Partager ses connaissances de la situation : un débat de « normes » 288
1.1.4 Un rôle de médiateur pour faire avancer le projet 292
1.2 Co-élaborer des dispositifs : un changement de « place » possible 294
1.3 Prendre part à la transformation sociale 299
1.3.1 S'engager : d'un intérêt personnel vers un intérêt pragmatique 299
1.3.2 Mise en réseau d'une action politique 302
1.3.3 Mise en réseau d'une action pragmatique 305
1.3.4 Co-élaborer un savoir action 306
2) S'émanciper par la co-élaboration d'un savoir action 309
2.1 Les entretiens t1 : un échange sous forme de discussion 309
2.2 Le vécu de l'expérience de co-élaboration de savoirs 310
2.2.1 Le TESS : un espace de partage 310

2.2.2 Un espace de co-élaboration d'un savoir action 313
2.2.3 Le chercheur-intervenant un tiers-médiateur 316
2.3 Changer de place de manière pluriréférencée 317
2.3.1 Des déplacements professionnels 317
2.3.2 Des déplacements dans la dimension individuelle 321
2.3.3 Des déplacements au niveau social 323
2.3.4 Des déplacements symboliques 325
Synthèse du chapitre 11 La dynamique émancipatrice dans la co-élaboration des savoirs au sein du TESS 327
Chapitre 12 - Discussion 328
1) Accompagner l'ingénierie de formation au sein de la CoMéDiMS 328
1.1 Savoirs d'experts, savoirs d'action : de l'élaboration des recommandations à la mise en pratique 328
1.2 Installer les conditions d'une rencontre 330
1.2.1 Soutenir le principe participatif 330
1.2.2 Les visées de la Recherche-Intervention menée 331
1.2.3 Une posture particulière de chercheur-intervenant 332
1.3 Le TESS : de la réflexivité à la co-élaboration des savoirs 332
2) La référentialisation un opérateur de co-élaboration de savoirs 333
2.1 Co-élaborer les dispositifs par une enquête évaluative 333
2.2 Faire émerger les savoirs professionnels : participer au diagnostic 334
2.3 Co-élaborer les savoirs d'actions contextualisés 335
2.4 Faire monter en généralité les savoirs contextualisés 336
3) L'enquête évaluative : une démarche de démocratisation des savoirs 339
3.1 La dimension participative commune aux deux démarches 339
3.1.1 « Être partie prenante » 339
3.1.2 Mobiliser une enquête évaluative au sein d'une R-I 340
3.2 La référentialisation au cœur d'une R-I : démocratisation des savoirs 341

4) Retour réflexif sur la Recherche-Intervention 345
4.1 Regard critique sur la Recherche-Intervention menée 345
4.1.1 La participation des acteurs impactée par la crise sanitaire 345
4.1.2 La phase de validation et de valorisation des produits de la R-I 345
4.1.3 L'opérationnalisation de la référentialisation : une méthodologie complexe 346
4.2 Perspectives 346
4.2.1 Valorisation des dispositifs co-élaborés 346
4.2.2 Valorisation des savoirs produits par la R-I 347
4.2.3 Mobiliser la référentialisation comme co-élaboration des dispositifs 347
Conclusion générale 348
1) La démarche de Recherche-Intervention menée 348
1.1 Une visée praxéologique 348
1.2 Une visée heuristique 349
2) Les apports de notre thèse 350
2.1 Un apport heuristique 350
2.2 Un apport praxéologique 350
2.3 Un apport méthodologique 351
2.4 Un apport épistémologique 351
Bibliographie 352
Liste des sigles 370
Table des figures 372
Table des matières 376

Résumé / Abstract

Cette thèse, inscrite dans la discipline des sciences de l'Éducation et de la formation, s'intéresse au processus de co-élaboration des savoirs entre le monde académique et le monde professionnel. Elle étudie la mise en œuvre d'une Recherche-Intervention (R-I) contractualisée avec la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS) du Centre hospitalier universitaire de Toulouse. La démarche de Recherche-Intervention proposée à la CoMéDiMS entretient un lien particulier avec les pratiques professionnelles (qu'elle cherche à améliorer et à comprendre) tout en soutenant la participation des acteurs au processus d'élaboration des savoirs permettant un changement. Elle s'appuie sur un espace nommé le tiers-espace socio-scientifique (TESS) favorisant l'articulation de la recherche et de l'action. La commande de la R-I poursuit un double objectif : praxéologique en accompagnant la CoMéDiMS dans une ingénierie de formation en lien avec la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, et heuristique, en produisant des savoirs sur le TESS. La thèse s'attache à décrire et comprendre le processus de co-élaboration des savoirs dans ce contexte de recherche participative et met à l'épreuve que la co-élaboration des savoirs est de nature à favoriser une dynamique émancipatrice des acteurs. L'émancipation est étudiée dans sa dimension individuelle, collective, sociale et politique. Pour co-élaborer les dispositifs de formation, la démarche de référentialisation a été mobilisée. La référentialisation est une démarche d'enquête qui permet l'identification des référents, critères et indicateurs définissant dans notre situation les dispositifs de formation. La référentialisation a été utilisée comme un opérateur de la co-élaboration des savoirs au sein du TESS en mettant en interaction les savoirs des experts (de la CoMéDiMS), les savoirs d'action (des professionnels de santé) et les savoirs scientifiques du chercheur. À partir d'une méthodologie qualitative, la thèse présente les résultats de l'accompagnement de deux groupes de travail responsables de la conception d'un dispositif de formation pour les nouveaux-arrivants et de l'amélioration de la procédure de rangement des armoires à pharmacie. Les résultats de l'analyse des entretiens semi-directifs et des interactions lors des focus groups proposent une modélisation du processus de co-élaboration des savoirs au sein du TESS de la Recherche-Intervention. La R-I permet de repenser les liens science-société par la participation des acteurs à la co-élaboration des savoirs qu'elle soutient. Elle accompagne par un processus d'émancipation les acteurs à « penser et agir » autrement dans le monde qui les entoure en reliant au sein d'un seul et même espace les visées de « connaître » et « d'agir ».

Mots clés : Recherche-Intervention, formation, référentialisation, savoirs, émancipation

---

This thesis, part of the Education and Training Sciences discipline, looks at the process of knowledge co-elaboration between the academic and professional worlds. It studies the implementation of a Research-Intervention (R-I) contracted with the Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CoMéDiMS) of the Centre hospitalier universitaire de Toulouse. The Research-Intervention approach proposed to the CoMéDiMS maintains a special link with professional practices (which it seeks to improve and understand), while supporting the participation of players in the process of developing the knowledge needed to bring about change. It is based on a space known as the Third Socio-Scientific Space (TESS), which fosters the articulation of research and action. The R-I commission pursues a twofold objective : praxeological, by supporting CoMéDiMS in the engineering of training related to securing patient medication management, and heuristic, by producing knowledge on the TESS. The thesis aims to describe and understand the process of co-elaboration of knowledge in this context of participatory research, and tests whether the co-elaboration of knowledge is likely to foster an emancipatory dynamic among the actors. Emancipation is studied in its individual, collective, social and political dimensions. The referentialization approach was used to co-develop training systems. Referentialization is an investigative approach that enables us to identify the referents, criteria and indicators that define training systems in our situation. Referentialisation was used as a means of co-elaborating knowledge within the TESS, by bringing together the knowledge of experts (from CoMéDiMS), the knowledge of action (from healthcare professionals) and the scientific knowledge of the researcher. Using a qualitative methodology, this thesis presents the results of our support for two work groups responsible for designing a training system for new arrivals and improving the procedure for storing medicine cabinets. The results of the analysis of semi-directive interviews and focus group interactions suggest a model of the process of co-elaboration of knowledge within the TESS of Research-Intervention. R&I enables us to rethink the links between science and society, through the participation of stakeholders in the co-elaboration of the knowledge it supports. Through a process of emancipation, it helps players to "think and act" differently in the world around them, by linking the aims of "knowing" and "acting" within a single space.

Key words : Research-Intervention, training, knowledge, referentialization, emancipation