

Université de Montréal

*Un modèle de formation continue à la pratique réflexive  
pour cadres intermédiaires soignants hospitaliers*

par  
Hachicha Sami

Faculté des sciences de l'éducation  
Département de psychopédagogie-andragogie

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences de l'éducation

Septembre 2000

Hachicha Sami, 2000



LB  
5  
U57  
2001  
V.011

Université de Montréal

Le modèle de formation continue à la pratique réflexive pour cadres intermédiaires sagesse organisationnelle

par  
Hachicha Sami

Département de psychopédagogie-orthopédagogie  
Faculté des sciences de l'éducation

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophie Doctor (Ph.D.)  
en sciences de l'éducation

Septembre 2000

Hachicha Sami 2000



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

*Un modèle de formation continue à la pratique réflexive  
pour cadres intermédiaires soignants hospitaliers*

présentée par:

Hachicha Sami

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Professeur Claude Lessard :	Président
Professeure Adèle Chené :	Membre, directrice de la recherche
Professeure André Beauchesne :	Membre, examinateur externe
Professeure Colette Gervais :	Membre
Professeure Louise Gagnon :	Membre, représentante du Doyen de la Faculté des études supérieures

Thèse acceptée le 18 Janvier 2000

## Sommaire

Prenant forme à partir de préoccupations à l'endroit de la formation continue de cadres intermédiaires soignants hospitaliers en Tunisie, la présente recherche s'est donné comme objectif de construire un modèle de formation continue à la pratique réflexive qui soit pertinent pour les cadres intermédiaires soignants hospitaliers et ouvert sur les contextes de l'hôpital et de la formation continue.

Pour construire le modèle la recherche comporte deux temps, un premier, T 1, théorique et un second, T 2, empirique. Dans le temps T 1, l'étude des écrits sur le contexte a conduit à la définition de dix catégories de facteurs prometteurs pour la formation continue à la pratique réflexive des cadres intermédiaires soignants hospitaliers. La recension des écrits nous a conduit vers une proposition de modèle pour la formation continue à la pratique réflexive des cadres intermédiaires soignants hospitaliers qui intègre les dix catégories de facteurs et trois autres catégories. Le modèle puise principalement dans les écrits des six chercheurs Daval, Honoré, Kolb, Malglaive, Saint-Arnaud et Schön, il intègre aussi les idées de chercheurs apparentés à différentes disciplines. Quatre qualités ont été associées au modèle. Ce sont la pertinence, la centration sur le cadre intermédiaire soignant hospitalier en situation de pratique, l'ouverture sur le contexte et la dynamique du modèle. Nous avons analysé le contenu des écrits sur le contexte et ceux de la recension des écrits en recourant chaque fois à différents angles de lecture et d'interprétation, en rapport avec notre préoccupation de recherche. Nous avons comparé les écrits des six chercheurs cités ci-avant.

Dans le temps T 2, la proposition de modèle a été soumise à l'appréciation de neuf cadres intermédiaires soignants et de onze formateurs et cadres exerçant dans deux hôpitaux universitaires montréalais. La consultation a été menée au moyen d'un questionnaire et d'une conversation réflexive avec quatre petits groupes, chaque groupe était homogène pour ce qui est du profil ou de l'appartenance hospitalière. La confrontation a nourri le modèle d'idées de gens du milieu et l'a simplifié, les acteurs du milieu nous ont suggéré de réduire le nombre des sous-systèmes du modèle, de six à cinq, et le nombre de ses dimensions, de treize à neuf. Les cinq sous-systèmes suggérés sont le praxéologique, le cognitif, l'andragogique, le socio-existential et le politique. Mais les acteurs du milieu nous ont proposé d'augmenter le nombre des qualités associées au modèle, de quatre à cinq, la qualité à ajouter étant l'économie du modèle.

Le questionnaire distribué à Montréal a aussi été adressé à 40 cadres intermédiaires soignants hospitaliers et 26 formateurs et cadres exerçant dans des institutions hospitalières universitaires de Tunisie. Le contenu des réponses a permis de dessiner des pistes de réflexion pour adapter le modèle au contexte de la Tunisie.

L'apport principal de la recherche est un nouveau savoir formalisé, le modèle de formation continue à la pratique réflexive du cadre intermédiaire soignant hospitalier. Ce modèle interdisciplinaire nourrit et élargit les débats entourant la formation à la pratique réflexive. Puisqu'il a été testé auprès de gens du milieu, ce modèle peut servir de matériau d'orientation de débats autour d'actions de formation continue pour le cadre intermédiaire soignant et, même, pour d'autres praticiens, puisque le modèle est théorique.

**Mots clés:** Pratique réflexive / Formation continue / Modèle / Cadre intermédiaire / Hôpital

## Table des matières

<b>Introduction</b>	1
<b>Chapitre premier: le contexte de la recherche</b>	3
1-1. La situation à l'hôpital et dans l'unité de soins	3
1-1-1. Jeu de pouvoir dans un hôpital universitaire en restructuration	3
1-1-2. Un courant global de changement et de fortes traditions	4
1-1-3. L'unité de soins, un milieu complexe peu propice pour la réflexion	6
1-1-4. Soins infirmiers, science, art et pratique réflexive	7
1-2. Développements de la réflexion et de la formation continue en société	8
1-2-1. Rationalité plurielle dans un environnement complexe et incertain	9
1-2-2. Synthèse, recherche de sens et réflexion	10
1-2-3. Réflexion et valorisation de la formation continue par l'entreprise	11
1-2-4. La pratique réflexive s'affirme en formation continue	13
1-3. Décentrement de rôle du CISH et formation continue	15
1-3-1. La formation continue pour aider le cadre intermédiaire à réguler son travail	15
1-3-2. Processus identitaires nouveaux du CISH dans des situations de travail complexes	17
1-4. Questions relatives à la FCPR des CISH	21
Conclusion	30
<b>Chapitre deuxième: objectifs et méthode</b>	33
2-1. Position du problème	33
2-1-1. Affirmation de la FCPR dans de nouvelles problématiques sociales	33
2-1-2. Rôles stratégiques du CISH dans des situations peu favorables à la pratique réflexive	36
2-1-3. La FCPR des CISH: des facteurs de réussite et des problèmes	37
2-2. Formulation du problème et de la question de recherche	38
2-3. Objectifs de recherche et méthode	39
2-3-1. Objectifs de recherche	39
2-3-2. Démarche méthodologique	41
A. La partie théorique au temps T 1	42
B. La partie empirique au temps T 2	44
2-3-3. Analyse des données et interprétation des résultats	60
2-4. Justification de la recherche	63

<b>Chapitre troisième: recension des écrits</b>	66
3-1. Présentation de cinq courants de FCPR et de six chercheurs	66
3-1-1. Un courant praxéologique: la logique individuelle de l'action (Daval)	66
3-1-2. Le courant de science-action: la réflexion en cours d'action (Schön)	70
3-1-3. Le modèle de connaissances par l'action (Saint-Arnaud)	76
3-1-4. Le courant de l'apprentissage expérientiel (Kolb)	78
3-1-5. Le courant socio-cognitif (Malglaive)	85
3-1-6. Le courant socio-existential (Honoré)	91
3-2. Comparaison des écrits dans la perspective de la FCPR du CISH	99
3-3. Synthèse	100
3-4. Les axes du modèle	108
<b>Chapitre quatrième: Proposition de modèle de FCPR du CISH</b>	112
4 - 1. Dimensions, sous-systèmes et interactions dans le modèle	113
4 - 1 - 1. Le sous-système praxéologique	113
A. Mise en question de la pratique, de la <i>poïesis</i> et de la <i>praxis</i>	113
B. Accompagnement à la pratique réflexive du CISH	117
4-1-2. Le sous-système cognitif	121
A. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs	124
B. Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques	126
4-1-3. Le sous-système andragogique	136
A. Articulation dynamique pratique-théorie-formation-recherche	137
B. Dispositifs andragogiques	144
C. Contextualisation de l'apprentissage	146
4 - 1 - 4. Le sous-système psychosocial	147
A. Construction de l'identité socioprofessionnelle	148
B. Collectif de travail et apprentissage en groupe	153
4 - 1 - 5. Le sous-système sociologique	158
A. Ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et la culture	158
B. Accompagnement du changement	159
4 - 1 - 6. Le sous-système politique	161
A. Articulation de la FCPR au projet d'hôpital	161
B. Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi	164
Conclusion	167

<b>Chapitre cinquième: Le modèle révisé de FCPR</b>	169
5 - 1. Testing d'une proposition du modèle de FCPR du CISH	169
5-1-1. Réactions sur le rôle du CISH et le contexte	171
5-1-2. Appréciation de la proposition du modèle de FCPR	178
5-1-2-1. Réactions d'ensemble à la proposition du modèle	178
5-1-2-2. Appréciation des sous-systèmes et de leurs dimensions	179
5-1-2-3. Appréciation des qualités de la proposition du modèle	194
5-1-2-4. Faisabilité du modèle	203
5-2. Représentation schématique du modèle révisé de FCPR du CISH	205
5-3. Indications pour contextualiser en milieu tunisien le modèle de FCPR	209
<b>Conclusion</b>	216
<b>Références</b>	221

## Liste des tableaux

Tableau I: Les six chercheurs selon le courant de FCPR	38
Tableau II: Répartition des participants à la conversation réflexive selon le profil et selon l'hôpital	51
Tableau III : Répartition des répondants au questionnaire selon le profil et selon l'hôpital	52
Tableau IV: Âge moyen des répondants selon le profil et selon l'hôpital	53
Tableau V: Formation de base des répondants et dernier diplôme et sa date d'obtention	53
Tableau VI: Pré-requis en formation continue les trois dernières années selon le profil	53
Tableau VII: Caractéristiques professionnelles des répondants selon le profil	55
Tableau VIII: Répartition des répondants tunisiens selon le profil et selon l'hôpital	59
Tableau IX: Âge moyen des répondants tunisiens selon la région sanitaire	59
Tableau X: Répartition de l'échantillon selon l'âge moyen, le profil et le site	59
Tableau XI: Dernier diplôme des répondants tunisiens et date de son obtention selon le profil	60
Tableau XII: Score et ratio obtenus par les dix catégories de facteurs de FCPR du CISH	100
Tableau XIII: Perception du rôle du CISH selon le profil et d'après l'hôpital	174
Tableau XIV: Avis selon le profil sur l'association du personnel cadre à la formation et sur la formation de ce personnel	182
Tableau XV: Perception de la richesse du fonds documentaire de l'hôpital selon le profil	185
Tableau XVI: Perception de la formation continue du CISH selon le profil	187
Tableau XVII : Organisation de la formation continue	190
Tableau XVIII: Validation de la formation continue selon le profil	193
Tableau XIX : Comparaison de la proposition du modèle avec le modèle révisé	208
Tableau XX: Répartition de l'échantillon tunisien selon le genre et le profil	209
Tableau XXI: Avis sur l'association du personnel d'encadrement à la formation	210
Tableau XXII: Avis sur la formation du personnel d'encadrement	210
Tableau XXIII : Dernier diplôme obtenu et sa date selon profil et d'après le site	211
Tableau XXIV: Pré-requis en formation continue les trois dernières années selon le profil	211
Tableau XXV: Perception de l'importance du rôle du CISH selon le profil	212
Tableau XXVI: Validation de la formation continue d'après le profil	213

Tableau XXVII: Organisation de la formation continue	214
Tableau XXVIII: Perception de la formation continue du CISH selon le profil	214

## Liste des figures

Fig. 1: Le savoir en usage (source: Malglaive, 1993: 90)	87
Fig. 2: Représentation schématique du modèle de FCPR du CISH	112
Fig. 3: Le continuum de PR et la formalisation de savoirs à partir de la pratique	135
Fig. 4: Habiletés, savoirs et fonctionnement cognitif en pratique réflexive	157

## Liste des abréviations

PR: Pratique réflexive

CISH: Cadre intermédiaire soignant hospitalier

FCPR: Formation continue à la pratique réflexive

SS: Sous-système

## **Liste des annexes**

Annexe I: Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH.

Annexe II: Guide de conversation réflexive.

Annexe III: Validation de l'animation de la conversation réflexive.

Annexe IV: Le libellé du questionnaire.

Annexe V: Appréciation des dimensions et des sous-systèmes de la proposition de modèle.

Annexe VI: Données recueillies au moyen des réponses ouvertes du questionnaire, selon profil et d'après le site.

## ***Dédicace***

*Je dédie cette étude à mon père, ma mère et toute ma famille. Qu'ils trouvent ici le juste retour de l'amour qu'ils m'ont donné et l'expression de mon attachement. Que mon travail encourage les plus jeunes dans leurs études et les moins jeunes pour la formation continue.*

*Je dédie également cette étude à mes collègues tunisiens qui travaillent dans les secteurs de la santé et de l'éducation et aux étudiants de l'Université de Montréal, avec lesquels j'ai partagé de riches moments.*

## **Remerciements**

*Mes plus vifs remerciements vont à ma directrice de recherche, madame Adèle Chené. Sans son accompagnement je n'aurais pu finaliser la thèse. C'est grâce à elle qu'apprenti-chercheur, j'ai pu relever le défi de mener à terme une recherche théorique. Elle a cru en moi, m'a prodigué ses encouragements et a su maintenir mon intérêt. Généreuse et patiente, elle a consacré beaucoup de son précieux temps pour mener des retours réflexifs sur mes travaux et me donner les conseils praxéologiques appropriés à mon cheminement. Elle m'a accordé sa confiance, aidé à faire des ruptures épistémologiques et développer des capacités de formateur réflexif. Elle m'a fait prendre conscience de l'importance du dialogue et de la ré-écriture en pratique réflexive. Par l'exemple, elle m'a fourni un modèle d'accompagnement du chercheur. Qu'elle reçoive toute ma gratitude.*

*Je remercie monsieur Mohamed Hrimech, qui a dirigé mes travaux jusqu'à l'acceptation du projet de recherche, ainsi que les professeurs et les responsables du département de psychopédagogie-andragogie, ils m'ont bien accueilli et encouragé.*

*Je remercie mes collègues les cadres soignants et les formateurs hospitaliers de l'hôpital Sacré-Coeur et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ils m'ont accordé du temps et ont enrichi de leurs conseils le produit de la recherche*

*Je remercie l'Organisation mondiale de la santé, qui a financé le début de mes études, et tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont accompagné durant les études. Je sais que la personne doit beaucoup à celles et ceux qui l'entourent.*

## Introduction

Notre préoccupation de recherche est la formation continue de cadres intermédiaires soignants hospitaliers exerçant dans l'hôpital universitaire, formation planifiée dans le VIIIème plan de développement quinquennal tunisien (1991 / 1995) et poursuivie avec le IXième (1996 / 2000). Cette préoccupation prend sa source dans notre intérêt professionnel à organiser cette formation. Notre intérêt est aussi d'ordre personnel. Comme formateur, nous avons vécu des états de malaise dans diverses situations, provoqués entre autres par la difficulté de trouver une approche théorique de référence en formation continue, et la difficulté de nous adapter à des rôles changeants et complexes qui exigeaient des compétences que nous ne maîtrisons pas toujours. Nous avons aussi éprouvé de l'insatisfaction à mener des actions de formation le plus souvent inspirées de modèles de formation continue venus d'ailleurs.

Les premières lectures nous ont mené à élargir nos perspectives et à préciser notre intention de recherche. Nous avons consulté et mis au regard les uns des autres des écrits à caractère théorique et à caractère empirique puisés dans divers domaines pertinents à l'action de formation. Ces écrits sont produits par des chercheurs affiliés à des écoles de pensée différentes et provenant surtout de pays du Nord, parfois de pays du Sud. Nous avons pu comprendre le pourquoi de questions posées actuellement dans les domaines de la formation continue, du management et de la santé, et constater qu'une *approche globale* évolue parallèlement dans ces trois domaines. Nous avons relevé que la *pratique réflexive* (PR) fait son chemin en formation continue et pénètre les milieux de santé. Notre intention de recherche s'est précisée. Nous sommes arrivé à la conclusion qu'un modèle de formation continue est indiqué pour les cadres intermédiaires soignants hospitaliers (CISH) quand il les aide à réfléchir au pourquoi, au quoi et au comment de leur action.

À prime abord, il s'impose à nous qu'un tel modèle soit centré sur les CISH, pertinent par rapport à la réalité hospitalière et ouvert sur le contexte. Les modèles reposant sur le concept de PR nous apparaissent plus à même d'apporter des réponses à de semblables préoccupations. Cependant, aucun des modèles de formation continue à la pratique réflexive (FCPR) que nous avons étudiés ne porte sur le CISH ni n'intègre les facteurs que nous avons considérés essentiels pour une FCPR qui leur soit pertinente. De plus, de nombreuses critiques sont formulées sur les modèles de FCPR actuellement en vigueur. Il est impératif de définir un nouveau modèle de FCPR qui puisse aider le CISH à réfléchir sur la pratique,

et ce modèle nous apparaît devoir être hybride. Notre recherche vise alors à *construire un modèle de FCPR pertinent pour le CISH et ouvert sur le contexte*.

La thèse comprend cinq chapitres et nous la menons en deux temps, T 1 et T 2. Les trois premiers chapitres posent les bases de la construction du modèle. Dans le premier chapitre, nous exposons les facteurs prometteurs en vue de la construction d'un modèle de FCPR pour le CISH. Parce que nous voulons le modèle ouvert à la situation d'exercice professionnel du CISH et à des développements nouveaux en formation continue et dans la société, nous étudions ces questions d'abord. Dans le second chapitre, nous précisons nos objectifs de recherche et nous décrivons la méthode à laquelle nous recourons pour les atteindre. Au troisième chapitre, nous recensons les écrits de six chercheurs dont nous nous inspirons principalement. Ce sont Daval, Honoré, Kolb, Malglaive, Saint-Arnaud et Schön, ils s'apparentent à cinq courants principaux de FCPR. Nous comparons les écrits de ces chercheurs dans la perspective de la FCPR de CISH et nous les interprétons en nous appuyant sur les écrits de chercheurs qui les ont critiqués. Dans le quatrième chapitre, nous définissons les principes qui sous-tendent la construction du modèle, les dimensions et les sous-systèmes qui le composent. Nous précisons les interactions qui orientent la dynamique du modèle et nous présumons de ses qualités. Le produit est une proposition de modèle que nous présentons dans un tableau. Nous complétons le temps T1.

Par la suite nous soumettons la proposition de modèle à l'appréciation d'acteurs de deux hôpitaux universitaires de Montréal au moyen de conversations réflexives et d'un questionnaire. Leur avis nous conduit à réviser cette proposition. Nous sommes au cinquième chapitre, au temps T 2, celui d'un modèle révisé de FCPR. Avant de conclure ce dernier chapitre, nous mentionnons des précautions à prendre pour qui voudrait recourir à notre modèle pour mener une action de FCPR de CISH exerçant en milieu hospitalier universitaire tunisien. Notre argumentation prend sa source dans l'étude des écrits et dans l'interprétation des résultats d'une enquête par questionnaire auprès d'acteurs exerçant dans ce milieu. En effet, bien que les pays du Nord et ceux du Sud soient engagés dans la modernité, il y a des différences notoires entre les uns et les autres. Aussi, une théorie éducative doit s'adapter au contexte où elle est utilisée. Pour ces raisons et compte tenu de notre préoccupation de recherche de départ, nous jugeons qu'il est utile de confronter notre modèle au milieu hospitalier universitaire tunisien.

En conclusion, nous traitons des limites de la thèse et des questions supplémentaires qu'elle a suscitées et, enfin, nous indiquons quelques nouvelles avenues de recherche.

## **Chapitre premier**

### **Le contexte de la recherche**

Le cadre intermédiaire soignant hospitalier (CISH) occupe une position stratégique dans un hôpital universitaire en restructuration et soumis à des pressions diverses. La réussite des changements en cours dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels l'action menée par le CISH n'est pas la moindre. Soignant à l'origine, il est appelé à jouer des rôles qui ne sont pas de soignant pour la plupart. Les chercheurs demandent à la formation continue de l'aider à les assumer et à accompagner les changements dans l'hôpital. Ils veulent qu'elle intègre des problématiques liées à sa situation professionnelle et les tendances émergentes dans la société. Quelles sont donc ces problématiques et ces tendances, nous demandons-nous.

Pour appréhender globalement la question à l'étude et comprendre le pourquoi des changements en cours, nous analysons des écrits théoriques et empiriques. Nous saisissons les éléments du nouveau contexte professionnel dans lequel évolue le CISH et définissons des axes pour orienter sa formation continue, particulièrement sa formation continue à la pratique réflexive (FCPR).

#### **1-1. La situation à l'hôpital et dans l'unité de soins**

L'hôpital universitaire est en changement et les façons de faire et les équilibres établis en son sein sont mises en cause malgré de fortes résistances. Le CISH occupe dans cet hôpital une position hiérarchique intermédiaire et est chargé de coordonner les activités de l'équipe soignante. Les changements en cours amènent une redéfinition de ses rôles et posent des questions spécifiques pour sa FCPR. Pour élucider ces questions, nous nous penchons d'abord sur la situation à l'hôpital et dans l'unité de soins.

##### **1-1-1. Jeu de pouvoir dans un hôpital universitaire en restructuration**

L'hôpital universitaire est une organisation complexe et insécurisante, hiérarchique mais aussi "éclatée"; y coexistent un secteur professionnel compartimenté, un secteur administratif et plusieurs autres secteurs. Les logiques de ces secteurs sont différentes et parfois divergentes (Everson-Bates, 1992; Gonnet, 1989; Honoré, 1987, 1992; Mucchielli, 1993). Institution axée sur les systèmes soignant, administratif et médico-technique plus que sur les structures, l'hôpital "mosaïque" est une "juxtaposition de services" (Quercioli *et al.*, 1983). En son sein,

les catégories professionnelles sont peu différenciées et caractérisées par une faible homogénéité culturelle (Friedson, 1987; Le Helley, 1990); la présence de plus de cent vingt métiers entraîne de l'incertitude et des dysfonctionnements. La situation est telle que Touraine (1992: 284) se demande si "l'hôpital doit être une organisation régie par un mélange de logiques professionnelles, financières, administratives, corporatives, ou [doit-il] être centré sur le malade ?".

L'hôpital est dirigé par deux pouvoirs aux rapports difficiles, un pouvoir administratif, "profane", et un pouvoir "charismatique", médical, qui a un monopole sur les tâches essentielles de soins, tels le diagnostic et le traitement thérapeutique. Ces deux pouvoirs sont la source de la reconnaissance et de la récompense. Quant aux infirmières, elles jouent un rôle de subordonnées et de fournisseuses d'information et exécutent des tâches qui sont déléguées le plus souvent par les médecins (Bucknall et Thomas, 1997; Clarke, 1986). Même, la plupart des recherches en soins infirmiers s'alignent sur le modèle biomédical (Johns, 1996; Roberts *et al.*, 1997).

L'hôpital est associé à un milieu de tension et d'angoisse marqué par le souci permanent du temps et de l'action. Les restructurations des hôpitaux et l'équilibration des pouvoirs qui se dessine depuis la décennie '80 multiplient les conflits et les tensions internes (Arndt et Duchemin, 1993; Goudeaux *et al.*, 1994). La situation qui règne à l'hôpital mérite réflexion.

### **1-1-2. Un courant global de changement et de fortes traditions**

Le concept de santé était associé pendant la première moitié de ce siècle à la notion de normalité selon laquelle le médecin traite à l'aide de techniques sophistiquées des organes malades. Héritée de l'approche causaliste des problèmes et du modèle biomédical, biologique et pathologique, la normalité mène à séparer la pathologie de la thérapeutique. Depuis la décennie '70 de nouvelles approches humanistes, culturelles, plus cliniques et psychosociales, génétiques et épidémiologiques avoisinent l'approche biologique et pathologique dans l'abord des problèmes de santé. Des voix de plus en plus nombreuses appellent à la collaboration de ces différentes approches et à l'intégration des savoirs populaires et traditionnels aux savoirs biomédicaux dominants. Un bénéfice en est escompté pour l'efficacité du soin dispensé au patient (Étienne et Lancien, 1994; Honoré, 1992, 1994; Mintzberg, 1994; Wang, 1988; Zhang, 1995).

La vision médico-technique du soin est ainsi concurrencée par une approche globale qui se développe chez les soignants, dans les pays anglo-saxons en particulier. Il découle de cette approche une revalorisation dans le soin de la clinique qui fut supplantée par le plateau technique à l'hôpital. Celui-ci se recentre sur la fonction de soigner et des exigences de qualification et d'efficacité sont formulées à son égard (Chapman, 1976; Clarke, 1986).

Pareils développements font que le concept de santé répond de plus en plus à la notion de normativité. Liée à une approche globale de la personne et du soin, la normativité considère la personne comme une entité, un "être bio-psycho-social" (Organisation mondiale de la santé, Alma-Ata, 1978) qui est à la recherche d'un meilleur bien-être et de plus d'autonomie (Rhéaume, 1993). Nous assistons à un retour du balancier. Parmi les conséquences de ces développements, les chercheurs relèvent une nouvelle répartition des tâches à l'hôpital avec un renforcement des rôles soignants.

Aussi, les chercheurs trouvent que le facteur humain devient essentiel dans la productivité. Pour utiliser de façon optimale et efficace les "ressources humaines" et physiques ils demandent aux managers à la fois la compétence, l'ouverture d'esprit et la faculté d'anticipation (Rochaix, 1990). Ils relèvent également une décentralisation administrative et un resserrement de la pyramide des grades qui sont accompagnées d'un discours sur le management participatif, discours véhiculé par les gestionnaires dans le but réussir les changements. Les contraintes économiques et les demandes professionnelles d'autonomie renforcent ces tendances (Bucknall et Thomas, 1997; Carter, 1994; Stein *et al.*, 1990; Tumulty, 1992; Walton, 1988).

Une autre tendance forte dans l'évolution des métiers hospitaliers est la prépondérance de l'activité immatérielle; à la nature surtout abstraite du soin se rajoute le développement de l'informatique. Il y a aussi le développement de capacités transversales, tel l'accompagnement des malades en fin de vie, et de "fonctions partagées", par exemple la fonction de soigner et celle de gérer deviennent partagées par différents profils, dont le profil de CISH est l'exemple-type (Douset, 1993; Laporte, 1994). La tendance à l'interdépendance et l'interdisciplinarité pour des finalités multiples du travail à l'hôpital rend les cohérences indispensables (Rochaix, 1990).

Mais, pour plusieurs raisons, les changements se déroulent lentement à l'hôpital. Schmieding et Kokuyama (1995) observent que la direction de l'hôpital n'a pas adopté les nouvelles approches participatives ou "transculturelles" qui traversent l'entreprise, elle préfère les

méthodes autocratiques de prise de décision, maintient les promotions sur la base exclusive de l'ancienneté et accorde peu d'égard pour la formation continue. Bucknall et Thomas (1997), Dopson *et al.* (1992) et Stewart (1992) expliquent la lenteur des changements par les impacts limités dans le réel de l'autonomie soignante et de l'approche globale des soins prônées par les théories et revendiquées par les professionnels; la pratique clinique demeure marquée par les valeurs du groupe médical dominant et orientée vers l'organe et la maladie. Cependant, vu que les tendances que nous avons relevées plus haut sont émergentes, nous pouvons considérer que les changements en cours dans la société et dans l'entreprise fertilisent le développement de l'approche globale dans l'hôpital, en particulier pour ce qui relève de son management et de la formation continue (Aubert J.-P., 1989; Honoré, 1992, 1994; Mintzberg, 1994).

Le CISH a la gestion de l'unité de soins, la cellule de base de l'hôpital. Nous voyons mieux ses rôles si nous connaissons les caractéristiques de la situation qui règne dans cette unité.

### **1-1-3. L'unité de soins, un milieu complexe peu propice pour la réflexion**

Nous savons que les situations cliniques sont complexes, instables et pénétrées de conflits de valeurs. Les activités s'y déroulent à un rythme trop rapide pour être saisies avec précision ou être objet de solutions désignées à l'avance tel que le préconisent les procédures enseignées. Dans les faits, les soignants pratiquent en situation d'urgence et recourent à des techniques de soins codifiées et souvent routinières. La situation se complique davantage par le fait que les théories nouvelles suggèrent d'orienter les soins vers la personne, selon une approche infirmière globale qui s'inspire d'une philosophie de soins humaniste et culturelle (Greenwood, 1993; Saylor, 1990).

La situation qui règne dans les hôpitaux universitaires est complexe, bien plus complexe que la situation prévalant dans les centres locaux de santé communautaire ou dans les cliniques de soins. Le système de régulation du travail en vigueur et les règles rigides de l'hôpital et de l'unité de soins excluent les équipes de soins du processus de prise de décision et érodent l'autonomie professionnelle des soignants. À ceci s'ajoute la contradiction entre les discours de la direction de l'hôpital sur la qualité des soins d'une part, et ses pratiques de gestion axées sur le rendement d'autre part. De plus, la présence d'approches de soins différentes dans l'unité de soins mène à des conflits des médecins avec les équipes soignantes, qui se découragent (Johns, 1996; Mintzberg, 1994; Roberts *et al.*, 1997).

À l'hôpital, les CISH demeurent prisonniers du paradigme traditionnel qui leur confie comme missions essentielles la surveillance des intérêts des groupes dominants et la socialisation des jeunes soignants à la vision biomédicale. Ils encouragent rarement les soignants de l'équipe de soins et les consultent rarement, ils cherchent à solutionner seuls les problèmes; dans les faits, ils ne peuvent les résoudre souvent. Il y a dans l'unité de soins des problèmes d'équipe, des dépressions et du stress qui sont les symptômes typiques de conflits non résolus et du manque de participation dans les décisions (Bucknall et Thomas, 1997; Johns, 1996). Il résulte de tout ceci que les soignants et les CISH sont insatisfaits et vivent une dissonance qui est de plus en plus inacceptable et mène à une série d'effets nuisibles, tels un rendement bas, une qualité des soins mauvaise, un moral d'équipe faible et du surmenage (Saylor, 1990; Schmieding et Kokuyama, 1995; Tumulty, 1992).

Or, selon Tumulty (1992), il y a un lien entre la satisfaction des soignants, la performance du CISH et la qualité des soins et l'amélioration du climat de travail dans l'unité de soins passe par plus d'autonomie du CISH. Schmieding et Kokuyama (1995) rapportent que les soignants américains et japonais préfèrent les approches managériales du CISH qui privilégie leur accompagnement, la communication et la collaboration, et qui les associe dans la résolution des problèmes de soins du patient, en particulier dans des situations impliquant un médecin. Pour améliorer le fonctionnement des unités de soins et stimuler la collaboration entre les CISH et les soignants, Davies (1996) et Gotoh (1992) proposent la formation en management ou en andragogie des CISH.

Nous avons relevé que la pression de l'action perpétue les manières traditionnelles de dispenser les soins et de gérer l'équipe. Aussi, l'action de soigner est plus importante pour les soignants et les CISH que le retour réflexif. Comme les uns et les autres sont peu conscients de ces incompatibilités, leur efficacité diminue (Clarke, 1986; Hugues, 1985, 1996; Jarvis, 1992 b; Johns, 1996). Cependant, James et Clarke (1994) ont noté que la PR s'est développée en milieu soignant dans les années '80, dans la foulée des débats sur la nature du soin comme une science ou comme un art, et de l'émergence de la PR dans d'autres domaines. Voyons de quoi il est question.

#### **1-1-4. Soin infirmier, science, art et pratique réflexive**

Chapman (1976) et James et Clarke (1994) observent que les soignants compétents prennent en compte une multitude de références théoriques, c'est-à-dire des connaissances physiologiques et pharmacologiques, en plus des procédures techniques. Relevant que les

soignants compétents recourent à de l'art dans leur pratique, ces deux chercheurs recommandent d'envisager le soin à partir du point de vue interprétatif et de faire appel à une forme complexe de connaissances pratiques qui sont possédées par le praticien et dont il est rarement question dans les programmes de formation, car elles ne sont pas colligées. Sur la base de ces analyses, ils trouvent avec Saylor (1990) et Johns (1996) que la PR représente une composante essentielle de la pratique soignante, elle y favorise l'équilibre entre les connaissances "dures" de la science et les connaissances "douces" de l'art et permet au soignant et au CISH de saisir la signification du soin. Aussi, la PR aide l'un et l'autre à résoudre les contradictions et utiliser positivement l'anxiété.

Mais le soignant et le CISH proviennent surtout des écoles professionnelles où est prôné un apprentissage orienté vers l'action, non pas vers la réflexion. Ce n'est pas comme à l'université où les valeurs culturelles mises de l'avant sont la réflexion, l'analyse et la recherche scientifique. Le soignant et le CISH n'ont pu développer d'aptitudes à la PR au cours de leur formation ni en cours de pratique pour les raisons que nous avons indiquées dans la section 1-1-3. Pourtant, la théorie soutient que la pratique de soins requiert des aptitudes réflexives et celle du CISH demande en plus des aptitudes managériales. Une des façons de remédier à la situation établie est de centrer la formation continue du CISH sur le développement d'attitudes réflexives (Cuban, 1992; Knight *et al.*, 1992). Le moment est favorable. Il y a les changements dans la façon d'aborder le soin, il y a l'approche globale et les nouvelles technologies qui pénètrent l'hôpital et interrogent ses pratiques de management, parmi lesquelles les pratiques du CISH.

Ainsi, les chercheurs recommandent d'axer la formation continue du CISH sur la PR. Nous sommes arrivé à cette conclusion après avoir étudié la situation dans l'hôpital et dans l'unité de soins. Élargissons maintenant notre analyse aux développements sociaux et relevons les tendances émergentes en formation continue.

## **1-2. Développements de la réflexion et de la formation continue en société**

La complexité et le changement caractérisent aujourd'hui la société où la science règne de plus en plus. La personne se pose des questions et la formation continue se voit confier un rôle de médiation, d'accompagnement des changements dans l'entreprise et dans l'hôpital. Les écrits sur la PR abondent depuis vingt ans.

### **1-2-1. Rationalité plurielle dans un environnement complexe et incertain**

Dans une dynamique inédite, de nouvelles valeurs et des changements accélérés traversent les sociétés des pays du Nord. L'économie de services y émerge, en particulier dans les secteurs de l'éducation et de la santé (Quentin, 1983; Touraine, 1992)<sup>1</sup>. L'environnement devient complexe, diversifié et incertain. Pour l'appriivoiser, de nouvelles approches s'imposent (Levy, 1995; Melucci, 1978; Morin, 1990, 1995; Toffler, 1980, 1991). Les chercheurs veulent porter d'autres regards et proposer de nouvelles solutions aux problèmes que posent dans ces sociétés la formation, la production et l'organisation du travail.

Pour expliquer des phénomènes qui semblaient relever auparavant de relations linéaires, les chercheurs se tournent vers une rationalité plurielle et recommandent de promouvoir des savoirs pluridisciplinaires, "transdisciplinaires", plutôt que les savoirs spécialisés de l'époque taylorienne (Crozier *et al.*, 1990; Daval, 1981; Goffi, 1994; Kolb, 1984, 1993; Mucchielli, 1993; Touraine, 1992). Ils cherchent la cohérence dans la référence au contexte plutôt que dans la discipline (Payette, 1989; Toupin, 1993). Schwartz et Lambrichs (1994: 16) conseillent ceci: "au lieu de rester prisonnier des hiérarchies et des systèmes, des institutions et des disciplines, au lieu d'imposer, du haut vers le bas, des modèles nourris d' *a priori*, il s'agit de relier, d'harmoniser, de transversaliser et, avant tout, d'écouter le terrain".

Les chercheurs avancent comme facteur essentiel de changement la connaissance des rapports humains qui fondent les pratiques et des contraintes auxquelles elles sont soumises. Les paradigmes changent; il y a rapprochement de la pensée et de l'action (Aubert J.-E., 1989; Landier, 1991; Malglaive, 1993). Dans l'entreprise, les technologies recomposent la division sociale du travail. Barcheatt (1988: 11) considère que "concevoir, c'est faire; penser, c'est agir" et Crozier (1991) recommande de "renvoyer" la connaissance aux participants du système afin qu'ils changent. Dans le domaine de l'éducation les technologies nouvelles offrent aux acteurs l'occasion de réconcilier la technique et l'intelligence. Ils ne se contentent plus d'une connaissance abstraite ou livresque, ils la cherchent dans l'action, *knowing in action*; ils la débusquent, implicite, tacite (Schön, 1994; Saint-Arnaud, 1993 a, 1994).

---

<sup>1</sup> Des sociologues critiques de la santé tels Zola (1986), Conrad (1992), Conrad et Schneider (1992) et De Swaan (1989) recourent à l'expression "impérialisme médical" pour qualifier la place prépondérante de la médecine dans la société. Pour Touraine (1992: 284) l'éducation et la santé sont les thèmes qui éveillent le plus de passions dans les sociétés industrialisées. D'après Friedson (1987) l'hôpital a supplanté l'Église et le parlement, il dicte de plus en plus les règles morales et intervient dans les rapports sociaux et les décisions politiques.

### 1-2-2. Synthèse, recherche de sens et réflexion

Les décennies passées, la "civilisation industrielle" a valorisé la capacité à décomposer les problèmes en leurs éléments constitutifs, comme nous l'avons vu dans le cas de la normalité qui a prévalu dans le concept de santé. Cette "civilisation" a insisté sur le comment, comment on acquiert la connaissance; elle a presque éliminé la réflexion, le pourquoi. Mais, après avoir délégué à la machine l'effort qu'elle peut accomplir pour elle, la personne se soucie maintenant de reconstituer l'ensemble à partir des pièces détachées et elle veut avoir un autre rapport à la connaissance, se la représentant comme un processus, une synthèse, une recherche de sens, une réflexion. Par la connaissance, la personne cherche à évaluer à la fois les modalités de l'action, *le comment*, et ses conséquences ou sa signification, *le pourquoi*.

La prise de conscience de la situation est forte dans les décennies '80 et '90, elle appelle à agir. Pour Touraine (1992: 241) "c'est à l'idée de modernité elle-même qu'il faut revenir, la recherche du pourquoi, alors qu'elle [la modernité] s'est cachée derrière un discours positiviste". Il faut entraîner la personne à la recherche du pourquoi, à la réflexion puisqu'il y a une simultanéité de la réflexion et de la connaissance (Guerron, 1980; Barcheatt, 1988; Habermas, 1987; Quentin, 1983). Pareil décentrement qui allie la réflexion, la connaissance et la synthèse touche la biologie (Atlan, 1983, 1986; Varela, 1989), la physique (Prygogine et Stengers, 1979), la psychologie du comportement (Nuttin, 1981, 1985, 1987; Fraisse *et al.*, 1981), la sociologie, le management, la santé ou la formation continue (Honoré, 1992; Walton, 1988). Un tel tableau fait dire à Daval (1981) que nous assistons dans tous les domaines intellectuels au retour de la *réflexion*, à la *théorie générale*. Toffler (1980) trouve même que les manufactures deviennent post-cartésiennes, *gestaltiennes*.

En ce qui nous concerne, pareil tableau nous amène à nuancer les propos de Jantsh (1972) et de Toupin (1993) qui évaluent que les nouvelles figures de la rationalité renvoient non seulement au "*savoir apprendre*", mais aussi au "*savoir quoi faire*" et au "*savoir où faire porter son action*". Plutôt, ce tableau nous suggère que ces figures valorisent en plus et surtout le pourquoi, la recherche de sens, la réflexion. L'approche est globale.

### 1-2-3. Réflexion et valorisation de la formation continue par l'entreprise

Le fonctionnement de l'entreprise subit les contrecoups des changements sociaux, des avancées technologiques et des transformations de l'environnement. Le nombre d'ateliers augmente et les niveaux hiérarchiques se réduisent (Bruhn et Chesney, 1994; Ellerington *et al.*, 1992; Madelein et Thierry, 1992; Scott-Morgan, 1994). La division taylorienne entre conception-théorie et exécution-pratique et la parcellisation des tâches sont remises en question. Dans les milieux de l'éducation, la séparation entre la théorie et la pratique n'est plus la règle (Malglaive, 1993; Toffler, 1980, 1991; Touraine, 1992).

Dixon (1993), Landier (1991), Senge et Gauthier (1992), Touraine (1992) et Zarifian (1992) trouvent que la nouvelle entreprise est moins prescriptive, moins compartimentée et moins exclusive qu'elle ne l'était auparavant. En son sein la faible division du travail favorise l'apparition de tâches "enrichies" qui nécessitent une polyvalence de la compétence. Les travailleurs doivent maîtriser des capacités d'adaptation, d'anticipation et de prise de risque. Les chercheurs leur demandent de se motiver pour le changement et la formation continue, de faire preuve d'autonomie et de montrer des marques de professionnalisme dans des identités professionnelles nouvelles. Ils rapportent l'efficacité des travailleurs à la collaboration qu'ils entretiennent entre eux, puisque les systèmes automatisés développent des "fonctions partagées" dans l'entreprise (Barbier, 1993; Landier, 1991; Moullet, 1994; Orofiamma, 1987).

Les cadres, qu'ils soient intermédiaires ou de direction, sont les plus touchés par les changements, en particulier par le travail mental qui pénètre l'entreprise et l'hôpital. Il leur est demandé de maîtriser des compétences "intelligentes", "qualifiantes". Celles-ci s'expriment dans la capacité de décision face à une situation imprévue ou présentant un certain degré de complexité (Gonnet, 1989; Schwartz, 1995; Schwartz et Lambrichs, 1994).

Les cadres intermédiaires ne peuvent plus faire appel au système de contrôle fondé sur la hiérarchie, le poids des règles, la distance et le secret pour faire face aux nouvelles situations de travail; ce système change puisqu'il s'est avéré inadapté à la situation nouvelle. Plutôt, les changements sollicitent des cadres intermédiaires la promotion de la responsabilité des travailleurs et l'appel à leur réflexion. Or, "le sens de l'action de chacun est ce qui manque le plus dans des ensembles devenus très complexes" (Crozier, 1991: 353).

C'est ici qu'intervient la formation continue. Elle peut jouer un rôle catalyseur de transformation de l'organisation du travail quand elle fournit un soutien aux travailleurs et développe leurs capacités de réflexion pour qu'ils accompagnent le changement structurel et culturel dans l'entreprise (Arndt et Duchemin, 1993; Baskett *et al.*, 1992; Dopson *et al.*, 1992; Scott-Morgan, 1994). La formation continue ne peut ceci et cela que si elle est généralisée à tous les groupes professionnels de l'entreprise, et dans le cas où cette dernière investit dans le développement des "ressources humaines" et dans la gestion du personnel, sa seule partie stable (Bennet et O'Brien, 1994; Carré, 1992; Moullet, 1994; Zarifian, 1992)<sup>2</sup>.

Dans cet ordre d'idées des chercheurs recommandent d'intégrer les processus de formation et de production, entre autres par le développement de pratiques de formation dans et par le travail, de formules de formation au travail qui permettent une utilisation raisonnable des connaissances externes à l'entreprise ou qui se développent en son sein (Crozier (1991). Dans les écrits théoriques, ils en arrivent à considérer que l'apprentissage est au coeur de l'activité productive et la clé de toute décision stratégique (Zuboff, 1988). L'association entre la formation continue et la production est telle que Dixon (1993: 2) observe que *"the terms interpretation, analysis and synthesis, which are often used to describe the new work, are aspects of learning"*.

Pour mener à bien cette association, les chercheurs attribuent aux acteurs d'interface<sup>3</sup> la mission de rendre la situation de travail formatrice et, à titre de facilitateurs, la mission de créer pour les praticiens des moments de PR (Charlon, 1992; Barbier, 1993; Schön, 1994). Même, les chercheurs précisent des attentes selon le profil de l'acteur d'interface. Par exemple, ils demandent aux formateurs de faciliter l'intégration du processus de formation à celui de production et ils sollicitent du management intermédiaire la participation à la transformation de l'organisation du travail. Calvert *et al.* (1992) vont jusqu'à assigner un rôle central aux professionnels du développement des "ressources humaines" et aux managers de première ligne, car ils peuvent faire avancer ou reculer le processus de développement d'une "organisation apprenante".

---

<sup>2</sup> Pour Barbier (1993: 126), "la formation continue tend à faire éclater son espace spécifique pour devenir une fonction d'accompagnement des autres processus [...] par la mobilisation et la modification de capacités, et plus largement de composantes identitaires dans l'exercice d'activités concrètes". Ce chercheur relève de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail et de nouveaux développements de la fonction tutorale dans les entreprises; de plus en plus sont reconnus les effets formateurs des situations de travail.

<sup>3</sup> Les acteurs d'interface sont le plus souvent des formateurs, des tuteurs, des professionnels du développement des "ressources humaines" ou des cadres qui sont recrutés dans différents niveaux hiérarchiques de l'entreprise ou encore des conseillers à la clinique dans les hôpitaux anglo-saxons.

Dans le cadre de ces développements, nous observons que les chercheurs réservent dans leurs écrits une place privilégiée pour l'apprentissage de l'action et pour la réflexion sur l'action (Carré, 1992; Dixon, 1993; Marsick *et al.*, 1992; Senge et Gauthier, 1992). Perrenoud (1988) trouve que le praticien réorganise sa pratique lorsqu'il en fait un objet de réflexion. Résumant l'état d'esprit qui règne à ce sujet chez de nombreux chercheurs, Stockhausen (1994) pense que le processus de réflexion fait partie de l'organisation de nos activités de tous les jours. L'autre sujet qui émerge des écrits est le souci de développer au moyen de la formation continue des comportements intellectuels, de *leadership*, de management personnel et de travail en équipe chez les cadres (Grosjean, 1996).

Ainsi, les chercheurs prennent conscience de la situation nouvelle dans la société et dans l'entreprise et dessinent des pistes d'action. L'intérêt des chercheurs qui a porté sur la situation à l'hôpital reflète en partie cette prise de conscience.

#### **1-2-4. La pratique réflexive s'affirme en formation continue**

Dans les pays du Nord, les nombreux courants de formation continue et les divers modèles qui en dérivent tentent d'offrir des réponses aux problématiques nouvelles (Bohla, 1989; Le Moigne, 1995). Nous en retenons le développement: 1) d'approches globales (Barchehatt, 1988; Dousset, 1993; Honoré, 1992; Laporte, 1994; Lesne, 1978, 1984), 2) de systèmes ouverts d'apprentissage<sup>4</sup> qui sont centrés sur le praticien, ouverts sur la situation de pratique et son contexte et qui accordent un rôle essentiel au formateur (James et Clarke, 1994; Knowles, 1990; Payette, 1989, 1993; Peyré, 1990), 3) de structures de formation et de dispositifs andragogiques qui articulent la formation aux problèmes à résoudre (Barbier, 1993; Malglaive, 1987; Saint-Arnaud, 1993 b), 4) de formules qui se préoccupent d'intégrer la théorie avec la formation, la recherche et la pratique (Chéné, 1993; Ellerington *et al.*, 1992; Lollier, 1990; Landry, 1992; Lesourne, 1988; Zuboff, 1988) et 5) d'autres formules qui se centrent sur des savoirs induits de la pratique (Christian, 1983; Daval, 1981; Schön, 1994).

L'intérêt pour la PR en formation continue est manifeste. Mezirow (1996) trouve qu'elle est processus de réflexion et d'action et Long (1987) situe la *praxis*, soit l'action et la réflexion, au coeur de la formation continue; elle stimule le praticien pour qu'il pense et agisse de

---

<sup>4</sup> L'approche systémique et ouverte rallie bien d'autres chercheurs tels Goguelin (1989, 1990), Landier (1991) et Senge et Gauthier (1992). Certains, tels De Rosnay (1975, 1983), Le Moigne (1990), Levy (1995) et Morin (1990, 1995) l'inscrivent dans une culture de la pensée globale.

façon autonome et l'aide à développer son esprit critique et à remettre en question ses conceptions et ses habitudes. Même, les chercheurs recommandent de concevoir en formation continue des modèles qui s'appuient sur le concept de PR (Cervero, 1992). Bien plus, les courants qui reposent sur ce concept s'affirment dans le champ, que ce soit dans les développements théoriques ou pour orienter les pratiques.

Parmi ces courants, nous distinguons l'apprentissage expérientiel (Courtois, 1989, 1992; Dumas, 1995; Jarvis, 1987; Kolb, 1984, 1993), l'apprentissage continu par l'expérience (Ellerington *et al.*, 1992), le courant socio-existential (Honoré, 1977, 1980, 1984, 1987, 1992; Barbier, 1987), la praxéologie (Ardoino et Mialaret, 1995; Daval, 1963, 1981; Le Meur, 1995; Lhotellier, 1995), la science-action (Argyris et Schön, 1999; Argyris *et al.*, 1987; Saint-Arnaud, 1993 a, 1993 b, 1994; Schön, 1987, 1988, 1991, 1994) et le courant sociocognitivist (Malglaive, 1987, 1993, 1994; Decomps et Malglaive, 1996).

Des chercheurs principaux émergent parmi ces courants. Par exemple, Schön émerge en science-action, Kolb dans l'apprentissage expérientiel, Daval en praxéologie, Malglaive dans le courant sociocognitif et Honoré dans le courant socio-existential. Nous relevons à la consultation des références bibliographiques des écrits de ces cinq chercheurs émergents que chacun a construit sa théorie sans échanger avec les autres. Certes, les écrits d'Aristote et de Piaget inspirent ces cinq chercheurs, mais ces écrits sont interprétés différemment. Dans le même ordre d'idées, les chercheurs anglo-saxons qui se sont intéressés à la PR se réfèrent à Argyris, Schön et Kolb surtout, les chercheurs européens à Honoré et Malglaive surtout.

Nous observons enfin que les chercheurs se préoccupent d'assister les formateurs d'adultes face aux nouveaux défis et recommandent de poursuivre la réflexion sur les modèles et les stratégies d'intervention en formation continue (Landier, 1991; Legault et Paré, 1995; Palkiewiz, 1989). Pareille recommandation est formulée avec insistance quand il est question de formateurs de "pays en voie de développement" (Kabuga, 1990).

Le plus important à retenir de notre analyse est que le contexte change, la rationalité devient plurielle et la réflexion s'impose. L'entreprise s'ouvre sur l'environnement et la formation continue connaît des développements théoriques importants, traduits dans une multitude de courants et de modèles. Une approche globale se développe dans le champ, et les courants de PR s'affirment en éducation et en entreprise et ils pénètrent les milieux de santé. Ces tendances émergentes nous justifient d'orienter notre réflexion sur les modèles de FCPR.

Comme la formation continue du CISH nous préoccupe, il nous appartient de découvrir les problématiques de sa FCPR. Puisque nous voulons notre approche cohérente, nous poursuivons l'analyse des écrits selon la même démarche globale. Nous partons des écrits qui traitent de la situation du cadre intermédiaire dans l'entreprise et de sa formation continue. Par la suite, nous nous intéressons au rôle du CISH et à sa FCPR, cherchant à comprendre ses problématiques en relation avec la formation continue du CISH en général.

### **1-3. Décentrement de rôle du CISH et formation continue**

Il nous semble que la compréhension de l'évolution du management intermédiaire dans l'entreprise nous aide à mieux situer les changements qui affectent le CISH à l'hôpital, puisque ce dernier représente en quelque sorte une entreprise qui produit des soins. Aussi, nous présentons une recension des écrits sur l'évolution du management intermédiaire avant de nous tourner vers le CISH. En fin de section, nous nous arrêtons sur les finalités proposées par les chercheurs pour la formation continue du CISH, pour sa FCPR en particulier. Une brève interprétation suit en conclusion.

#### **1-3-1. La formation continue pour aider le cadre intermédiaire à réguler son travail**

Les cadres intermédiaires constituent une large catégorie de personnel située entre les ouvriers et les employés qualifiés d'une part, et les cadres dirigeants de l'entreprise de l'autre (Cretzler, 1972). Leurs équivalents en anglais sont les *supervisor*, les *supervisor-foreman*, les *first-line supervisor* et les *middle-manager*.

Les cadres intermédiaires sont particulièrement affectés par les changements. Leur nombre augmente parallèlement au nombre d'ateliers et de services dans l'entreprise et certaines de leurs fonctions sont remises en question. Leur rôle devient plus autonome et visible, plus complexe et plus exigeant et de plus en plus stratégique, en particulier dans le processus de décision; plus de responsabilités leur sont confiées puisqu'ils peuvent accéder à l'information (Baldenweck, 1993; Brochier, 1992; Dopson *et al.*, 1992; Gerard, 1992).

Au vu des mutations sociales et de la prise de conscience des acteurs sociaux, "on cherche une valorisation de la fonction cadre du commandement à l'animation sociale, à une activité conseil en formation" (Groux, 1983: 81). Plutôt que de surveiller et de contrôler chaque travailleur, les cadres intermédiaires sont tenus d'animer des équipes pluridisciplinaires et plusieurs groupes de travail à la fois; il leur revient de réguler dans l'entreprise les processus

de production au sein de chaque micro-collectif de travail: équipe, atelier, service, unité (Dopson *et al.*, 1992; Kanungo et Misra, 1992; Landier, 1991).

À titre d' "hommes-pivots" de la hiérarchie de terrain il leur appartient d'élaborer un compromis entre les formateurs et les groupes professionnels, tout en rassurant ces derniers au sujet des formateurs qui cherchent à améliorer les processus formatifs par la déconstruction-reconstruction de leurs compétences professionnelles (Brochier, 1992; Cuban, 1992; Dechamps, 1994; Lesourne, 1988). Plusieurs autres rôles sont assignés aux cadres intermédiaires par les chercheurs. Par exemple White (1991: 105) voit que *"the foreman is supposed to help individual members to form an effective team [...] and he or she ensures a steady flow of parts and supplies to the work stations and arranges for regular preventive maintenance"*.

Les exigences vis-à-vis des cadres intermédiaires sont contradictoires. Ces derniers sont sollicités à la fois par la direction et par les employés, et ils sont confrontés à des situations problématiques et mal structurées, donc difficilement programmables et face auxquelles les routines ne suffisent plus (Groux, 1983). Pour mener à bien ce qu'on attend d'eux, ils doivent changer leurs attitudes en management et acquérir des habiletés générales. Par exemple, ils doivent faire preuve de flexibilité, s'adapter à des situations souvent tendues et aux multiples ancrages, gérer un personnel de profils différents et comprendre les événements environnementaux externes et internes à l'entreprise. Ils doivent aussi maîtriser des données budgétaires et un nouveau vocabulaire, ce qui est souvent difficile pour eux dans les organisations du secteur public.

Kanungo et Misra (1992) distinguent des tâches opérationnelles critiques les tâches managériales stratégiques des cadres intermédiaires, celles qui se traduisent par des comportements de communication, d'écoute ou d'accompagnement de l'apprentissage d'un chacun. Ils trouvent que les tâches managériales sont les plus significatives pour les cadres intermédiaires et elles représentent la source essentielle de leur réussite, de leur adaptation au contexte de travail et de leur développement personnel. Ces chercheurs conditionnent l'efficacité des cadres intermédiaires dans pareilles tâches à leur maîtrise de capacités d'ordre affectif ou intellectuel et qui sont généralisables, telles la réflexion sur l'action, l'autorégulation ou la prise d'initiatives.

Puisqu'il en est ainsi, leur formation continue doit viser l'acquisition de pareilles capacités et le développement de stratégies *d'empowerment*, revêtir un caractère fondamental et être

menée selon une approche globale, et elle doit être consistante en management. On peut espérer alors qu'ils puissent mener à bien leurs nouveaux rôles, alléger le poids des traditions bureaucratiques et innover en milieu de travail. Il ne faut plus se contenter d'actions ponctuelles de formation continue sur des sujets techniques à la visée fonctionnelle uniquement (Dopson *et al.*, 1992; Honoré, 1992; Landier, 1991).

Nous assistons donc à un décentrement du rôle des cadres intermédiaires qui se trouvent plongés dans des situations de travail complexes sans avoir reçu la préparation nécessaire pour y faire face. La formation continue peut les aider à assumer leurs nouveaux rôles managériaux à la condition qu'elle soit orientée vers le développement de capacités généralisables et vers la réflexion. Le rôle du CISH connaît-il la même évolution que celui des cadres intermédiaires et sa formation continue se pose-t-elle dans les mêmes termes, nous demandons-nous.

### **1-3-2. Processus identitaires nouveaux du CISH dans des situations complexes**

Dans les écrits on observe que le CISH est généralement de genre féminin, d'âge moyen de 37 ans et il a environ cinq années d'expérience. Il est plus ou moins motivé pour son travail et son attitude est partagée vis-à-vis des changements. Son style de leadership est plutôt masculin puisqu'il est influencé par les administrateurs et les médecins de l'hôpital, des professions généralement masculines (Cann et Siegfert, 1987; Eagly et Johnson, 1990; Rozier, 1996).

La position professionnelle qu'occupe le CISH le mène à interagir avec des travailleurs de multiples profils: des médecins, des soignants affiliés à différentes disciplines, des techniciens, des administrateurs, des ouvriers et beaucoup d'autres travailleurs de l'hôpital. Il doit traduire, interpréter et négocier, chacun de ces groupes professionnels ayant ses valeurs propres, ses perspectives, ses priorités et ses langages (Baldenweck, 1993; Eveston-Bates, 1992). Il doit agir à titre d'intermédiaire entre les "opérationnels", des soignants et des techniciens et des médecins, et les niveaux hiérarchiques administratifs de l'hôpital, entre l'infirmier et le médecin ainsi qu'entre les équipes de jour et celles de nuit. Il lui appartient de favoriser la communication dans l'hôpital, entre les malades et leur famille, entre son service et l'école de formation et, à l'occasion, avec l'environnement hospitalier (Dechamps, 1994; Jetty et Orsaf, 1988; Johnson et D'Argenio, 1991; Singleton et Nail, 1988).

Mucchielli (1993) voit avec Chochina (1994: 6) que le CISH est le "pivot" de l'hôpital en ces temps de changement car "il est celui qui est en prise directe avec la réalité, qui a la vision globale du fonctionnement de son unité et qui gère les interfaces avec les autres services". Même, les tâches du CISH sont élargies à la gestion du budget, du matériel et du personnel à l'instar du cadre intermédiaire, et à la solution de problèmes intra et extra-hospitaliers. En tant qu'acteur d'interface, le CISH joue un rôle stratégique dans la régulation du système-hôpital, permettant des rencontres, des compromis et des travaux communs (Brown, 1988; Gonnet, 1989; Goudeaux *et al.*, 1994; Le Helley, 1990; Lorenzi, 1994).

Ce n'est pas tout. Des chercheurs attribuent au CISH un rôle de *counselor*, de support du personnel de soins qui doit composer avec des problèmes tels que la mort ou la dépendance des patients aux médicaments. Ils voient aussi le CISH comme un formateur-relais qui participe à la dynamique du projet d'hôpital et souhaitent le voir faire de la recherche (Boutin et Le Pape, 1989; Honoré, 1992; Jean Charles *et al.*, 1991; Lollier, 1990; Moriceau, 1993). Neves (1990) veut que le CISH anime la formation continue des personnels hospitaliers et la formation pratique des étudiants et Johns (1996) lui demande de jouer les rôles de guide de la réflexion du soignant et de soutien à son développement. Pour Chochina (1994: 6) "donner du sens et clarifier le sens de l'action collective pour favoriser la polarisation des énergies semble bien être du rôle et de la compétence du cadre [soignant]".

Pour tout dire, le CISH construit son identité socioprofessionnelle dans différents rôles à des niveaux intermédiaires entre la direction et les employés de l'hôpital (Chaboud et Courrier, 1985; Everson-Bates, 1992; Quercioli *et al.*, 1983). À l'instar du cadre intermédiaire de l'entreprise, il doit assumer plusieurs responsabilités: animateur d'équipe, formateur et facilitateur de la communication. En corollaire, les fonctions cliniques et administratives sont moins représentées dans ses rôles, ce qui ne veut pas dire qu'elles sont absentes. Le CISH continue à définir des standards de qualité des soins, faire de la supervision clinique et s'assurer de la continuité des soins (Coudray, 1993; Dechamps, 1994).

Le plus significatif à relever dans l'évolution du rôle du CISH est l'émergence de fonctions managériales, de coordination et de médiation, lesquelles requièrent des capacités réflexives, des comportements de communication interpersonnelle, des attitudes d'empathie et de la flexibilité. Manifester pareilles capacités requiert que le CISH possède des connaissances importantes et de l'assurance et qu'il fasse preuve de jugement politique pour pouvoir négocier et développer des consensus sur les événements, construire la confiance et établir des standards (Baldenweck, 1991; Mintzberg, 1994; Smoot et Gonzales, 1993).

Or, le CISH est souvent un soignant nommé sur le tas, ce qui veut dire qu'il n'a pas été préalablement formé à ses nouvelles fonctions. Devenir gestionnaire et assumer des fonctions managériales d'encadrement et d'animation représente un véritable défi pour lui, sa formation étant celle de soignant. Partagé entre le soin et le management, il est exposé à des problèmes éthiques car on lui demande d'abandonner ce qui a constitué son métier de soignant sans qu'il sache exactement ce que sera sa future fonction. Il n'est pas stimulé par des rôles modèles non plus.

Les conditions de travail ne facilitent guère plus la situation. Le CISH est surchargé de travail dans des situations de soins complexes qui requièrent une prise rapide de décisions multiples et qui paraissent parfois contradictoires. Très sollicité, il n'a pas de temps à consacrer à ses patients ni aux membres de l'unité de soins. Son travail ne lui laisse pas de temps pour discuter de problèmes de management avec ses collègues et il reçoit peu de *feedback* sur sa performance. Que ce soit en Australie, en Grande-Bretagne, au Japon ou ailleurs dans les pays du Nord, le soignant et le CISH sont très occupés et ils ont peu de temps pour réfléchir sur leur pratique (Dopson *et al.*, 1992; Saylor, 1990).

Aussi, le milieu clinique dans lequel évolue le CISH est rempli de contradictions entre le discours politique de la qualité et les pratiques de restrictions de budgets et de personnels, entre la technique et l'humain. À ceci s'ajoute un bas niveau de satisfaction au travail, dû entre autres au fait que le CISH ne désire pas souvent les rôles qu'il accomplit, est appelé à effectuer des gestes cliniques peu visibles pour la direction, est peu compensé pour les efforts qu'il fournit et ne peut mener un projet en totalité. Le CISH perçoit un conflit de rôle, est frustré en général et présente un niveau de stress élevé. Tous ces éléments de la situation de pratique professionnelle ont un impact négatif sur l'efficacité de son action et sur l'environnement de travail du personnel soignant (Coudray, 1993; Everson-Bates, 1992; Rozier, 1996; Tumulty, 1992).

Par ailleurs, les chercheurs demandent au CISH en tant que manager intermédiaire d'être un agent de changement et d'innovation sociale (Lorenzi, 1994). Or, il mène le gros de son travail seul dans des bureaux, demeure prisonnier de ses habitudes dans un style managérial bureaucratique qui est intériorisé plutôt que réfléchi et éprouve des difficultés à adapter son travail quand un changement survient (Mintzberg, 1994). Les difficultés se surajoutent quand il n'a pas les connaissances nécessaires et manque de temps pour la prise de décision (Bucknall et Thomas, 1997). Certes, le CISH bénéficie de plus d'autorité, de responsabilité et

d'autonomie qu'auparavant pour jouer ses rôles hybrides. Il a été formé à la technique, à la communication et aux relations humaines; on l'y conseille de maintenir des relations harmonieuses entre les soignants et de protéger les équipes de soins des conflits qui proviennent de l'administration ou des rapports médecins-infirmières (Mintzberg, 1994; Schmieding et Kokuyama, 1995). Mais ceci n'est pas suffisant.

Nous avons observé que les chercheurs valorisent la dimension managériale dans le rôle du CISH. Or, sa formation en management est limitée (Everson-Bates, 1992; Hodges *et al.*, 1987) et la fonctionnalité domine la formation continue de CISH dans le souci d'améliorer la productivité, la capacité d'adaptation et le soutien à des politiques définies par la direction de l'hôpital (Brown, 1988; Karen et Robinette, 1990; Lorenzi, 1994).

Pourtant, parce que le rôle du CISH fait appel à une grande somme de connaissances et de savoirs spécialisés, il devrait bénéficier d'une formation de haut niveau si on veut qu'il acquière la confiance pour négocier avec des collègues souvent titulaires de diplômes élevés, un langage et une perspective sur des questions de soins et de management ainsi que les connaissances critiques exigées par son rôle (Tumulty, 1992; Royan, 1994). Les actions ponctuelles de formation technique à la visée fonctionnelle ne suffisent pas à faire face à la situation. La définition de finalités globales pour la formation continue du CISH et sa conception selon d'autres méthodes s'imposent (Honoré, 1987, 1992; Jetty et Orsat, 1988; Johnson et D'Argenio, 1991). La formation continue doit viser le développement d'attitudes réflexives chez le CISH, puisque la réflexion est une composante de sa pratique, de la pratique soignante plus généralement (Jarvis, 1992 b; Johns, 1996; Saylor, 1990), amener le CISH à suivre les changements rapides des procédures de soins, des technologies et des connaissances et le rendre attentif aux influences externes sur son rôle (Fadier, 1990; Fontaine, 1990; Jean Charles *et al.*, 1991; Smoot et Gonzales, 1993; Vauléon, 1990).

Ainsi, les changements en cours affectent le management intermédiaire dans l'entreprise et son équivalent à l'hôpital. Le contexte dans lequel évolue le CISH et les exigences des situations complexes de pratique nécessitent de voir globalement son rôle et de l'axer sur des habiletés managériales surtout, qui reposent sur des capacités générales. Sa formation continue doit être globale, axée sur la PR et consistante en management. Elle doit l'aider à construire sa nouvelle identité socioprofessionnelle de manager soignant et accompagner le changement à l'hôpital et dans l'unité de soins. La pratique du CISH n'en sera que plus efficace pour son bénéficiaire personnel et pour celui de l'hôpital universitaire.

#### 1-4. Questions relatives à la FCPR des CISH

Nous avons repéré les rôles nouveaux du CISH et nous nous sommes arrêté à des problèmes auxquels il est confronté dans le but d'entrevoir les conséquences pour sa formation continue. Nous avons trouvé que les chercheurs recommandent sa FCPR. Dans la section présente, nous repérons ci-après des questions d'ordres théorique ou empirique soulevées par les chercheurs en FCPR de CISH. Nous dégagons alors de l'étude des écrits 42 facteurs prometteurs pour la FCPR des CISH que nous regroupons selon dix catégories de facteurs (voir p. 32 et Annexe I). Nous retenons ces catégories de facteurs pour la recension des écrits (voir section 3-2, p. 100).

##### *Mise en question, pratique réflexive et accompagnement du CISH*

Saylor (1990) juge que la réflexion amène le soignant à penser au *quoi*, au *pourquoi* et aux résultats de ses actions passées et en cours, elle est vitale pour la pratique de soins et pour le développement professionnel, surtout quand le contexte est incertain (Chochina, 1994) partage son point de vue, même qu'il trouve important que chaque praticien de l'hôpital, incluant le CISH, comprenne le *pourquoi* et le *pour qui* de son action quotidienne. Sinon, avertit Jarvis (1992 b), le praticien devient paralysé devant l'inédit.

Nous avons observé plus haut que des chercheurs demandent au CISH d'accompagner les soignants de l'unité de soins et de favoriser chez eux la réflexion. Pour y arriver, il doit pouvoir tirer les leçons de l'expérience, remettre en question et analyser sans cesse sa pratique et celle des soignants, être en mesure de reconnaître quand la pratique du soignant est en danger de devenir rituelle et créer des occasions où la réflexion peut survenir, ce qui appelle des connaissances professionnelles, des aptitudes réflexives et des compétences managériales spécifiques (Johns, 1996; Kanungo et Misra, 1992).

Comme Boud *et al.* (1985), nous ne nions pas que le praticien puisse apprendre à réfléchir tout seul. Mais nous pensons comme Cox *et al.* (1991), Emdem (1991) et Gray et Forstrom (1991) que cela peut être difficile. Nous naviguons ici en terrain vague, le concept de PR présentant plusieurs facettes peu clarifiées. Il y a une polysémie des termes employés pour décrire la PR et une absence de consensus sur sa teneur<sup>5</sup>. Sa conceptualisation demeure

---

<sup>5</sup> Nonobstant les anglicismes, nombreuses sont les expressions utilisées pour définir le concept de PR. Il est question de connaître, de réfléchir dans, en cours de, par, par-dessus, sur, avant, après l'action ou la pratique, et de réflexion-dans-et-sur-l'action (Greenwood, 1993). On évoque la réflexion sur l'expérience, l'action réflexive, l'auto-réflexion (Habermas, 1974; Schön, 1994), l'interréflexion (Honoré, 1977), la réflexion en boucle, la spirale réflexive fermée ou ouverte et qui évolue, le retour réflexif, le circuit court ou long de réflexion, la

abstraite et générale et les définitions proposées pour la PR ont rarement tenu compte des contextes; aucune ne tient compte de celui de soins (James et Clarke, 1994). Il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur ces questions.

Nous venons d'observer que le CISH doit être lui-même un praticien réflexif pour pouvoir aider le soignant de l'unité à réfléchir sur sa pratique. James et Clarke (1994) et Desgagné (1997) élargissent notre raisonnement en posant une question fort judicieuse: comment des formateurs qui ne sont pas eux-mêmes des praticiens réflexifs et qui n'ont pas expérimenté la réflexion dans ses aspects multiples peuvent-ils enseigner des comportements réflexifs et former des praticiens réflexifs ? Les chercheurs posent d'autres questions et soulèvent bien des problèmes sur le sujet, entre autres qu'il est difficile de distinguer les moments du processus réflexif ou de préciser les niveaux de réflexion. Ils observent aussi que la réflexion est imperceptible au vu de sa nature mentale, il résulte de ceci que les formateurs ne disposent d'aucun moyen pour guider la réflexion de la personne ou évaluer si elle est réflexive ou pas. Cette carence est plus manifeste en situation d'enseignement de connaissances factuelles ou de comportements techniques (James et Clarke, 1994; Stockhausen, 1994).

Pour contourner les difficultés et pallier les insuffisances nous pourrions envisager le transfert d'habiletés d'accompagnement acquises par les formateurs dans d'autres secteurs de la formation continue à la FCPR. Mais ceci est difficilement concevable puisqu'en général les formateurs et les tuteurs sont insuffisamment préparés au rôle d'accompagnement. L'étape est celle des recommandations et des pratiques d'accompagnement non validées (Bitaud *et al.*, 1990; Diamond, 1988; Honoré, 1987; Moriceau, 1993).

L'ampleur des problèmes ne doit pas reléguer les ouvertures existantes. La réflexion est devenue récemment un centre d'intérêt pour les formateurs qui aspirent à mieux comprendre comment pense un praticien et comment développer sa capacité à réfléchir. Pour les aider à

---

réflexion-action, les comportements réfléchis et les connaissances réflexives (Jarvis, 1992 a). On écrit aussi sur la logique de réflexion (Malglaive, 1993), la réflexion systématique sur l'action (Grundy, 1987), la réflexion intermédiaire, la spirale métaréflexive, la réflexion pour l'action (Eraut, 1995) ou la réflexion stratégique (Senge et Gauthier, 1992). Il s'agit aussi d'apprentissage réflexif, d'apprentissage de l'action, de formation à la réflexion, de réflexion sur la réflexion (Honoré, 1992) et sur la réflexion-dans-l'action (Schön, 1988) ainsi que de recherche sur le produit de la réflexion sur l'action (Eraut, 1995). Il est question de changement et de transformation de perspective par la réflexion (Mezirow, 1981, 1989) et de réflexions à caractère intellectuel et affectif, en solitaire ou en association à deux (Boud *et al.*, 1985) ou en groupe, en spontané ou en formel. Aux processus réflexifs viennent s'ajouter des procédés réflexifs (Johns, 1993, 1996), des intérêts cognitifs (Habermas, 1974) et des structures cognitives de réflexion (Jarvis, 1992 b; Malglaive, 1993; Senge et Gauthier, 1992). On s'interroge aussi sur la nature de la PR, si elle est une aptitude innée ou si elle se développe par la formation. Nous clôturons ici la liste, qui est longue.

comprendre, des chercheurs leur proposent de s'impliquer dans la FCPR du praticien (Desgagné, 1997), du CISH et du cadre intermédiaire (James et Clarke, 1994; Jarvis, 1992; Kramlinger, 1992; Laporte, 1994). Saylor (1990) propose pour sa part d'organiser la FCPR des soignants autour de l'expérience clinique de façon à leur créer des circonstances qui facilitent la PR; elle s'appuie sur le fait que les soins infirmiers sont une science appliquée qui ne peut se déployer entièrement en classe ou dans des laboratoires.

*Pratique réflexive, accompagnement du changement et approche globale de la FCPR*

Nous nous sommes arrêté sur la difficulté qu'éprouve le CISH à assumer sa position professionnelle hiérarchique intermédiaire dans un hôpital pénétré par le stress et le fardeau psychologique lié à la présence de personnes souffrantes. Cette position est complexe et non protégée par de la distance ou des procédures de travail codifiées (Goudeaux *et al.*, 1994). Quand la FCPR tient compte des conséquences pour le CISH de cette position et des caractéristiques de la situation dans l'unité de soins, elle est ouverte sur le contexte hospitalier. Elle l'est aussi quand elle rejoint les "politiques" de la direction de l'hôpital. Ouverture, la FCPR favorise l'ancrage des nouvelles capacités acquises par le CISH et le transfert des connaissances.

Nous avons relevé plus haut à l'hôpital un environnement interne peu favorable à la formation continue, une départementalisation excessive et un attachement du médecin à la vision médico-technique du soin. Ces trois caractéristiques nuisent à la PR. Par contre la FCPR qui est insérée dans une approche globale permet un dialogue qui concilie les logiques professionnelles vers plus de décloisonnement de l'hôpital et une dynamique de changement de ses structures bureaucratiques; cette FCPR rend possible de nouvelles formes de collaboration entre les acteurs de l'hôpital (Berubin *et al.*, 1989; Johns, 1996; Schön, 1994). Aussi, la FCPR qui est menée de façon progressive, par exemple en l'amorçant au départ dans quelques unités de soins, offre l'avantage de ne pas heurter les habitudes, donc de ne pas créer de fortes oppositions au changement, et prépare le terrain à un élargissement de la formation à d'autres unités de soins de l'hôpital. Analyser les besoins en FCPR des CISH et faire participer les cadres, les formateurs et les CISH à sa planification et son suivi renforcent son efficacité (Le Helley, 1990). De plus, la dynamique créée améliore les conditions de travail (Balzer *et al.*, 1990; Boutin et Le Pape, 1990; Gallet, 1992).

*Maîtrise d'outils cognitifs et développement de capacités génériques*

Nous avons vu que les chercheurs rattachent à la FCPR le développement de plusieurs types de capacités chez le CISH, de façon qu'il mène à bon escient et dans l'innovation ses tâches

opérationnelles et surtout ses tâches managériales stratégiques, et qu'il comprenne la nature de sa souffrance au travail et de celle des personnes qu'il "encadre" (Gerard, 1992). Nous retenons pour le propos qui suit la capacité du CISH à prendre conscience des facteurs qui régissent son action, entre autres ses habitudes non adéquates, et les capacités d'empathie et de flexibilité qui l'aident à fournir des réponses rapides à des situations managériales "plurielles" et changeantes, telles calmer un médecin irrité, assister à une réunion de budget ou laisser un travail tranquille au bureau pour régler un conflit de personnel, désamorcer un foyer de résistance de personnel ou encore superviser des soignants (Chochina, 1994; Everson-Bates, 1992).

Nous retenons également le développement de capacités d'analyse des situations de travail en milieu hospitalier, de parler à propos du travail et décrire ce qui se passe dans la pratique et de déceler dans les situations complexes de travail les dimensions technique, relationnelle, économique, institutionnelle pour qu'il prenne des décisions réalistes. Nous retenons enfin que les capacités à acquérir sont aussi bien individuelles que collectives pour que le CISH participe dans les fonctions partagées et les tâches collectives avec un esprit d'équipe.

Nous y reconnaissons des capacités réflexives, des capacités génériques, des capacités de dynamisation et d'animation de l'équipe de soins, des habiletés de leadership (Bitaud *et al.*, 1990). Or, développer pareilles capacités passe pour le CISH par la connaissance des outils cognitifs qu'il mobilise dans la pratique et des "croyances" qui la guident; ça passe aussi par l'acquisition de nouvelles connaissances et de méthodes de travail adaptées aux situations de pratique. Il faut donc que la FCPR veille à ceci et à cela, ce qui n'est pas facile.

En effet, les chercheurs ne conviennent pas des processus ni des moyens de développement des outils cognitifs et de capacités de réflexion. Tels que pratiqués, les ateliers d'éducabilité cognitive ne font pas l'unanimité, les autres approches et les moyens utilisés pour favoriser la réflexion ou pour permettre le développement cognitif non plus. Par exemple, Piaget définit quatre stades fixes de développement cognitif. Malglaive (1993, 1994) ne partage pas le point de vue de Piaget sur les stades fixes, épouse globalement son analyse sur les mécanismes d'équilibration mais voit que cette dernière est majorante. Arlin (1975) ajoute aux stades de Piaget un cinquième chez l'adulte alors que Pryogine et Stengers (1979) et Lestage (1994) préfèrent fonder leurs théories sur les déséquilibres cognitifs. À propos des moyens, James et Clarke (1994) discutent de l'efficacité du langage comme moyen de favoriser la réflexion car les soignants émettent souvent des jugements et manifestent dans la

pratique des comportements relevant le plus souvent de connaissances tacites qu'ils ne sont pas capables d'énoncer. Nous devons alors poursuivre la réflexion sur ces sujets.

*La FCPR pour aider à construire l'identité socioprofessionnelle*

Dubar (1990), Mezirow (1981), Habermas (1987), et Van Maneen (1979) attribuent à la formation continue la participation à la construction de l'identité socioprofessionnelle du praticien. Chochina (1994), Dechamps (1994), Kerfoot et Stonestreet (1991) et O'Neil et Gajdostic (1989) identifient parmi les difficultés de la formation des CISH la gestion de la "mutation" de soignant à manager-soignant, elle passe par des étapes de deuil déstabilisantes. Everson-Bates (1992: 36) évalue que:

devenir enculturé est critique (...). En plus de développer de nouvelles croyances et valeurs, il y a souvent [pour le CISH] une pénible perte de support de ses "alliés" antérieurs, médecins ou membres de l'équipe de soins. Il y a un profond "choc" dans le passage du rôle de professionnel soignant clinique indépendant à celui de CISH manager intermédiaire, un employé qui représente l'hôpital.

À ceci, il faut ajouter que faciliter le changement à l'hôpital est un processus managérial vécu dans l'émotion par le CISH. De même, la PR présente un côté émotif, stressant (Argyris *et al.*, 1987; Artaud, 1985; Honoré, 1984, 1992; Newell, 1992; Richardson, 1995).

Nous évoluons ici sur un terrain de subjectivité et de développement personnel, non pas seulement professionnel. Nous pouvons y agir au moyen de la FCPR si on considère certains facteurs. Il y a d'abord le facteur prise de conscience par le CISH de ses capacités, de ses possibilités de participation et de sa créativité pour qu'il cherche à s'informer, échanger et négocier pour agir avec efficacité (Chochina, 1994; Dechamps, 1994) et améliorer son image chez les membres de l'équipe de soins (De La Bouillierie, 1983). L'autre facteur est qu'il apprenne à prendre une distance intellectuelle et affective des événements de la pratique pour ne pas nuire aux malades ou aux collègues (Gerard, 1992). Le troisième facteur cherche à cultiver la motivation du CISH et à l'aider à lui trouver un sens; il cherche aussi à favoriser sa participation, et nous savons qu'impliquer les gens et entretenir leur intérêt pour la FCPR n'est pas facile. Enfin le quatrième facteur est le recours au collectif de travail ou au groupe d'apprentissage, puisque la construction de l'identité socioprofessionnelle du CISH ne se suffit pas du développement de capacités individuelles, elle repose aussi sur l'acquisition de capacités collectives.

### *Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe*

Les chercheurs recommandent le collectif de travail en tant que moyen de formation continue parce qu'il favorise l'acquisition d'un langage et d'une vision communs entre les praticiens ainsi que des attitudes de coopération (Chochina, 1994; Moriceau, 1993; Mucchielli, 1993; Orafiamma, 1987). En contexte hospitalier le collectif de travail permet aussi l'amélioration de l'information au sein de l'équipe de l'unité de soins (Le Helley, 1990) Nous avons relevé plus haut que les chercheurs insèrent la communication dans le rôle du CISH et soulignent l'urgence de rapprocher les logiques professionnelles présentes à l'hôpital.

Nous avons relevé également qu'ils mentionnent fréquemment le groupe d'apprentissage au titre de moyen de FCPR, bien que leurs avis soient partagés sur son apport. Par exemple Mountford et Rogers (1996) trouvent que les groupes de discussion sont des moyens efficaces de formation à la réflexion et d'apprentissage; ils ont influé positivement sur les résultats d'étudiantes infirmières et la pratique professionnelle de CISH. Mais Stoddart *et al.* (1996) et James et Clarke (1994) évaluent dans deux autres études que les groupes réflexifs pratiqués actuellement sont inefficaces; ils ne favorisent pas l'engagement des participants dans une production collective ni maintiennent leur motivation. De son côté, Hargreaves (1997) soulève des questions éthiques en relation avec le recours à des groupes réflexifs en milieu soignant.

Pour que les groupes de réflexion aident le CISH à construire son identité socioprofessionnelle, à développer des habiletés réflexives ou pour intégrer la théorie et la pratique ou trouver une solution à la question éthique, des chercheurs, tels Dixon (1993) et Lacoste (1992), proposent des stratégies et des dispositifs andragogiques qui seraient appropriés. Il y a un débat sur ces sujets entre les chercheurs, il nous faut donc poursuivre la réflexion sur les manières de rendre le groupe réflexif efficace.

### *Ouverture de la FCPR à de nouvelles valeurs, à la culture et à l'éthique*

Concevoir la FCPR selon une approche globale aboutit à définir un contenu qui reflète une complémentarité entre culture générale et "culture technique", ceci aide le CISH à développer des capacités d'abstraction, de polyvalence et d'expression et le motive pour s'informer et accompagner les changements dans l'environnement, structurel et culturel, et pour suivre l'évolution interne de la profession (Chochina, 1994; Honoré, 1992).

Dans cet ordre d'idées, Giguère (1993) et Laporte (1991, 1994) soutiennent que la "requalification" des travailleurs est un impératif social, non pas économique seulement,

Schön (1994) trouve en FCPR que les valeurs influencent la pratique professionnelle, Hargreaves (1997) veut repenser la FCPR en considérant les questions éthiques qu'elle pose. De même, Eveston-Bates (1992) et Mercier (1991) trouvent que l'éthique se place dans la situation de formation qu'il faut penser comme une situation sociale. Pour Dixon (1993), Eraut (1995) et O'Hanlon (1992), considérer l'éthique et la culture en FCPR favorise le développement du professionnalisme et le développement personnel du praticien, il en est de même pour le manager intermédiaire selon Crozier *et al.* (1990) et Honoré (1992).

Coudray (1993), Dechamps (1994), Dechamps et Lamarche (1993) et Johns (1996) s'arrêtent aussi à des questions éthiques en rapport avec la situation de soins et perçoivent que l'exercice du rôle de manager soulève des questions éthiques pour le CISH. Ils proposent de définir une nouvelle éthique de travail basée sur la promotion du soin, aux valeurs humanistes et culturelles, et mettant en valeur les personnes et l'autonomie professionnelle du CISH. Selon James et Clarke (1994), Saylor (1990) et Schmidt (1992) il est possible de concrétiser cette idée lorsque la FCPR inclut la formation à l'éthique, développant la capacité du CISH à émettre des jugements et à réfléchir sur des questions personnelles et éthiques liées à son rôle

#### *Articulation pratique-théorie -recherche-formation*

En exerçant ses rôles, le CISH trouve un écart entre la théorie qui lui a été enseignée ou traduite dans des fiches techniques d'une part, et la pratique réelle d'autre part. Chapman (1976) et James et Clarke (1994) expliquent cet écart par le fait que nous continuons à concevoir les relations entre la théorie et la pratique seulement en termes de règles, principes, techniques et "savoir comment". Plutôt que de maintenir cette façon de voir, la FCPR doit aider le CISH à acquérir des savoirs théoriques et techniques propres aux métiers de cadres paramédicaux de proximité et des concepts ou des cadres interprétatifs qui reposent autant sur la théorie que sur la réflexion critique sur la pratique (Greenwood, 1993; Raelin, 1993).

Nous observons que plusieurs autres chercheurs se soucient des relations entre la théorie et la pratique, ils veulent que la FCPR amène le CISH à prendre conscience des liens entre les savoirs produits par son travail et les savoirs théoriques qui y correspondent (Chochina, 1994; Clarke, 1986; Dechamps, 1994; Gerard, 1992). Plus, des chercheurs dessinent des pistes de solution pour approcher le problème de l'écart entre la théorie enseignée au CISH et sa pratique. Par exemple, Powell (1989) et Davies *et al.* (1996) rattachent en FCPR la théorie et la pratique à l'apprentissage à partir du travail et au recours à une approche interdisciplinaire. Dans le même ordre d'idées, Laporte (1994) et Toupin (1991, 1993)

prônent une pédagogie de la situation et la mise au point d'outils didactiques qui permettent la reconstruction des savoirs en partant de l'intérêt de l'acteur plutôt que des disciplines.

Dans trois études empiriques, Carlo (1989), Lollier (1990) et Quantin (1989) relient le problème de la séparation entre la théorie et la pratique en formation au souci "pratico-pratique" fort présent chez les CISH et les milieux dirigeants de l'hôpital. Ils trouvent, comme Gerard (1992), Paux-Bulboz (1983), Raelin (1993) et Serres et Viens (1993), que la sensibilisation et le développement de capacités de recherche chez le CISH font naître en lui l'intérêt pour les théories sous-jacentes à la pratique. Cependant Bitaud *et al.* (1990) observent que différents motifs font que les CISH éprouvent de la difficulté à participer à la recherche infirmière, à publier leurs expériences et à partager leur savoir. Parmi ces motifs, nous retenons le manque de soutien et de temps, l'absence de traditions de recherche chez les CISH et dans le milieu soignant plus généralement ainsi que le manque de préparation à la recherche en cours de formation de base. Mais Delorme (1985) constate en milieu professionnel que les praticiens s'intéressent à la recherche, si les conditions sont favorables.

Ainsi, les questions relatives à l'articulation entre la pratique, la théorie, la formation et la recherche préoccupent les milieux de FCPR et de soins. Les chercheurs ont exploré des pistes de solution à ce qu'ils considèrent un "casse-tête", mais les solutions proposées demeurent encore au niveau du discours ou expérimentales et les chercheurs ne s'accordent pas sur leur validité. Par exemple, Jarvis (1992 a) doute que les pratiques actuelles de FCPR aient pu aider à résoudre le problème de la relation entre la théorie et la pratique. Pour lui utiliser une bonne théorie dans une pratique ne peut se faire que par la transformation de la PR en une situation potentielle d'apprentissage, dans laquelle se pose un choix. De ces éléments doit tenir compte la FCPR.

#### *Stratégies et dispositifs andragogiques facilitateurs de la PR*

Des chercheurs proposent de recourir en FCPR à des moyens, tels l'écriture individuelle et le dialogue, en complémentarité au discours sur la pratique; nous avons déjà cité au titre de moyens le collectif de travail et le groupe réflexif (Honoré, 1992; Legault et Paré, 1995; Peterflavi, 1991; Rogers, 1996). Saylor (1990) conseille de faire appel en FCPR aux journaux réflexifs dans le but de contourner les problèmes éthiques et elle recommande de former des paires de CISH, elles facilitent les échanges sur la pratique en les rendant moins "publiques".

Comme le CISH est un cadre paramédical de proximité, il est autonome au plan des décisions concernant la gestion du quotidien. Pour l'aider à cultiver la confiance en soi nécessaire à la prise de décision, la FCPR doit intégrer des dispositifs andragogiques qui développent ses attitudes autonomes en formation et le confrontent à des choix et des décisions en matière d'apprentissage. Aussi, les dispositifs andragogiques doivent créer des moments pour que le CISH puisse réfléchir sa pratique, puisque la PR demande de la disponibilité et du temps (Kolb, 1993; Eraut, 1995).

En plus de veiller à ces questions, les dispositifs andragogiques, qu'ils soient en amont, en aval ou dans la situation de FCPR, doivent favoriser l'articulation entre la formation et le travail et concourir à faire du CISH un praticien capable de prendre du recul pour percevoir son action et la renforcer dans le système, l'hôpital et son environnement. Ceci veut dire que les dispositifs doivent être articulés aux situations professionnelles du CISH et évoluer avec elles. (Barbier, 1993; Chochina, 1994; Jaslin, 1986; Malglaive, 1993). Enfin, les dispositifs andragogiques doivent faciliter les activités d'accompagnement des formateurs et permettre leur implication et l'étude du travail (Goudeaux *et al.*, 1994; Laporte, 1994).

#### *En résumé*

Nous retenons de ce qui précède que les chercheurs conviennent que le rôle du CISH requiert une grande somme de connaissances et de savoir-faire et recommandent d'axer sa formation continue sur la PR. Par la FCPR, ils cherchent à amener le CISH à se poser des questions sur sa pratique, pour la mener avec efficacité et en voir le sens, et à construire son identité socioprofessionnelle, ce qui passe par la révision des habitudes et des schémas de raisonnement linéaires acquis. Ils mesurent la pertinence de la FCPR à sa capacité à répondre aux besoins du CISH qui naissent de sa position hiérarchique intermédiaire et de sa pratique dans des situations complexes. Ils recommandent de penser globalement la FCPR et ramènent son ouverture sur le contexte à la relation qu'elle entretient avec la situation dans l'unité de soins et avec le projet d'hôpital, ainsi qu'à sa capacité à composer avec les forces résistantes au changement. Ils trouvent important d'entourer la FCPR à l'hôpital de conditions et de structures qui lui sont favorables.

Les chercheurs trouvent que les moyens et les dispositifs andragogiques sont appropriés quand ils favorisent l'atteinte de ces objectifs, facilitent le travail d'accompagnement des formateurs et participent à l'amélioration de l'environnement formatif interne hospitalier. Parmi les pistes dessinées par les chercheurs il y a l'idée de bâtir des dispositifs andragogiques qui favorisent l'implication et la motivation des CISH, tiennent compte des

caractéristiques de situation de l'unité de soins et visent à développer la PR chez les CISH et chez les formateurs. Ils voient que le contenu de la FCPR doit viser le développement chez le CISH d'attitudes réflexives, porter sur le management et comporter de la clinique, et il doit être renouvelé en fonction des exigences de la situation de pratique.

Nous retenons enfin que cinq courants de pensée se taillent la place prépondérante dans le champ de la FCPR et qu'il n'y a pas de communication entre les chercheurs de ces courants. Il en découle à la fois une richesse des idées qu'ils émettent et une convergence réduite entre leurs points de vue, sinon des divergences. Nous observons ainsi que plusieurs facteurs sont à considérer en FCPR de CISH et que différentes questions demeurent encore en suspens. Il est donc nécessaire de poursuivre la réflexion.

### **Conclusion**

Dans un hôpital "éclaté" et bureaucratisé le CISH doit développer des capacités cognitives et des attitudes réflexives, et manifester de nouvelles compétences, s'il veut affronter des situations de pratique complexes, changeantes et porteuses de tension. Les chercheurs recommandent à la FCPR de susciter la motivation du CISH au travail et de l'aider à s'y accomplir, à prendre conscience de la situation et mettre en question la pratique, rechercher son sens ainsi que celui de l'action collective. Ils veulent que la FCPR l'aide à passer du rôle de contrôleur de soignants au rôle de manager soignant qui anime l'équipe de soins et soutient ses membres; bref, la FCPR doit amener le CISH à réfléchir sur la pratique et à construire une nouvelle identité socioprofessionnelle, bien que ce ne soit pas facile. Plusieurs autres attentes sont formulées à l'intention de la FCPR du CISH

La FCPR est efficace quand elle s'arrime à l'approche globale du soin et du management en émergence, soutenant le changement de l'hôpital et son ouverture sur l'environnement. Il s'agit de profiter de la dynamique sociale conjuguée à la dynamique de l'entreprise et à celle interne à la formation continue qui interrogent l'hôpital, elles jouent en faveur de la révision des modèles biomédical de soins et bureaucratique de gestion. La FCPR est efficace quand elle prend en compte le contexte hospitalier et s'appuie sur des dispositifs andragogiques adaptés à la situation de pratique et qui permettent le développement des outils cognitifs et l'appropriation de nouveaux savoirs par le CISH ou qui favorisent l'implication de formateurs. Elle l'est également quand elle facilite l'articulation de la formation avec la pratique et la recherche, permettant au CISH d'approfondir et de rendre plus productive la réflexion sur la pratique, et d'intégrer des savoirs théoriques et pratiques. De même, la FCPR

doit favoriser à l'hôpital la communication professionnelle et la construction de valeurs communes aux praticiens de différents profils de soins, ce qui suppose d'intégrer les questions éthiques de soins et de formation.

Par ailleurs, considérer des facteurs d'efficacité de la FCPR de CISH, c'est aussi chercher des solutions à des difficultés pointées par les chercheurs. Parmi elles, il y a l'environnement formatif interne de l'hôpital et sa départementalisation excessive, la résistance au changement de la bureaucratie hospitalière et la vision traditionnelle médico-technique du médecin qui sont à contre-courant des mutations de la société et des conceptions globales émergentes parmi les soignants. Les conditions de travail ne favorisent pas la PR et la durée suffisante pour une formation de qualité sont difficiles à dégager. Il y a aussi la difficulté de la réalisation pratique d'un projet de formation dans le service et dans l'hôpital. La confrontation des écrits nous incite en effet à conclure que le milieu hospitalier est en général défavorable à la PR, bien qu'il nous appartienne de nuancer pareille affirmation, le milieu de l'unité de soins étant particulièrement résistant à la PR et au changement.

Il y a d'autres difficultés. Par exemple les formateurs et les tuteurs sont peu formés à la PR et à l'analyse des situations de travail; ils ne savent pas comment accompagner des praticiens pour qu'ils réfléchissent davantage leur pratique. Il y a peu d'outils validés disponibles pour accompagner en FCPR ou pour évaluer le processus de PR et son produit, surtout quand il s'agit de connaissances factuelles et techniques. Il y a peu de stratégies proposées pour entretenir une implication et une motivation soutenues des participants. Il convient de rajouter au titre des contraintes le manque de tradition de PR, de formation continue et de recherche chez les CISH, et dans les professions paramédicales en général.

En analysant les écrits sur la FCPR, nous avons repéré 42 facteurs prometteurs pour la FCPR des CISH (voir annexe I). Dans un regroupement logique, nous les avons regroupés selon dix catégories. Ce sont: 1) la mise en question de la pratique, 2) l'accompagnement du changement, 3) l'ouverture sur le contexte hospitalier et social, 4) la culture et l'éthique, 5) l'aide à la construction de l'identité socioprofessionnelle, 6) la maîtrise d'outils cognitifs et de capacités génériques, 7) l'articulation pratique-théorie-recherche-formation, 8) l'accompagnement des CISH à la pratique réflexive, 9) la formation en collectif de travail et l'apprentissage en groupe et 10) les stratégies et dispositifs andragogiques qui facilitent la pratique réflexive (voir annexe I).

Ces dix catégories de facteurs prometteurs émergent, à ce stade de la recherche, comme les plus importantes à considérer dans la conception d'un modèle pour la FCPR du CISH. Nous les considérons pour la recension des écrits que nous présentons après avoir fait le point sur les aspects méthodologiques de la recherche.

## **Chapitre deuxième**

### **Objectifs et méthode**

Dans le premier chapitre, nous avons étudié quelques changements qui se manifestent dans la société et dans le milieu hospitalier, et nous avons porté une attention particulière à la situation dans l'unité de soins. Nous avons mis au jour les discussions autour du rôle du cadre intermédiaire soignant (CISH) et des nouvelles compétences requises de lui pour manager l'équipe de l'unité de soins. Puis nous avons placé quelques éléments contextuels qui amènent la transformation du rôle du CISH et entraînent de nouvelles exigences pour sa formation continue. Nous avons observé dans le foisonnement de modèles en formation que la formation continue à la pratique réflexive (FCPR) s'est progressivement imposée dans les pays du Nord depuis les années '80. Nous avons choisi de nous centrer sur la FCPR parce qu'elle nous a paru offrir des qualités de pertinence et d'efficacité pour la formation continue du CISH. Alors, nous avons identifié des facteurs prometteurs pour la FCPR du CISH et repéré des problèmes qui la compromettent.

Dans ce chapitre, nous cherchons à poser notre problème de recherche et nos objectifs. Par la suite, nous définissons la méthode que nous adoptons et les moyens auxquels nous faisons appel pour réaliser la recherche, et nous exposons des difficultés anticipées.

#### **2-1. Position du problème**

Pour poser le problème de recherche nous prenons en considération la situation de pratique du CISH et son contexte, hospitalier et social, et tenons compte des tendances émergentes en formation continue. Puisque nous traitons de la formation continue d'un praticien, nous posons le problème en le mettant en relation avec l'efficacité de la pratique du CISH et le développement de sa personne.

##### **2-1-1. Affirmation de la FCPR dans de nouvelles problématiques sociales**

Des problématiques nouvelles se dessinent de nos jours. La société se préoccupe de plus en plus de l'éducation et de la santé des citoyens, la personne doit réfléchir pour faire face aux situations de vie contemporaines, personnelles ou professionnelles, et la connaissance devient associée à la réflexion et à l'action. Dans l'entreprise et à l'hôpital, les chercheurs

recommandent d'accompagner la production ou les services avec la formation et de développer des qualifications "intelligentes" et des capacités génériques chez les travailleurs.

Les modèles néo-béhavioraux, adaptatifs ou humanistes ont montré leurs limites dans différents domaines, entre autres dans la formation continue. Ils sont de plus en plus supplantés par une approche globale et interdisciplinaire dans plusieurs champs scientifiques, particulièrement dans ceux de l'éducation et de la formation continue, du management et de la santé. Dans cette mouvance, des chercheurs ont défini le concept de PR à la base des modèles de formation continue qu'ils ont développés dans les milieux de l'éducation et du management, et des pratiques de formation qu'ils ont menées auprès d'enseignants et de cadres d'entreprise. Récemment, les milieux de l'intelligence artificielle (Dreyfus, 1986) et les milieux hospitaliers se sont intéressés à la PR (Garrett, 1992; Jarvis, 1992 b; Stockhausen, 1994). Dans le domaine de la recherche, le Conseil mondial de la science (1994) recommande de promouvoir la recherche fondamentale et la recherche qualitative. Il conseille aux "pays en voie de développement" de promouvoir la "recherche finalisée" car elle allie la science fondamentale et la résolution de problèmes concrets.

L'accueil réservé aux PR par les milieux de l'éducation et bien d'autres milieux est surprenant. Dans le champ de la formation continue, de nombreux acteurs sociaux semblent s'y retrouver<sup>6</sup>. Même, de nombreux chercheurs recommandent de centrer les recherches et les modèles à développer dans le champ sur le concept de PR (Cervero, 1992; Lesne, 1984; Long, 1988; Mezirow, 1991, 1996; Van Manen, 1977). Former des praticiens réflexifs est présenté comme une avenue pour que les soignants, CISH y compris, comprennent les situations pratiques, construisent des connaissances et développent des capacités génériques. Nous pouvons citer plus d'un exemple: en Écosse, où la formation de base infirmière débute par un cours sur la PR et, en Australie, le recrutement des infirmières se fait sur la base d'un test d'aptitude à la PR. On reconnaît à la PR beaucoup d'autres vertus.

Selon les écoles de pensée, les chercheurs privilégient dans la PR la composante socio-émotive (Argyris *et al.*, 1987), cognitive (Malglaive, 1987, 1993, 1994; Schön, 1991, 1994) ou psychologique de transfert et de contre-transfert (Paré, 1993; Legault et Paré, 1995). Ils

---

<sup>6</sup> Les gestionnaires y trouvent une occasion de réduire les coûts de formation et d'encadrement (Powell, 1989) et les praticiens, une occasion de légitimer socialement leur métier et de développer leur autonomie (James et Clarke, 1994; Stockhausen, 1994). Les professions organisées recourent aux PR en tant que rationnel de justification de leur pratique suite à la perte de confiance en elles-mêmes qui a suivi les fortes critiques exprimées à leur endroit dans les années '70 (Jarvis, 1992 b) et comme une occasion de fuir un contrôle excessif de l'État (Stoddart *et al.*, 1996). Enfin, les formateurs y trouvent une occasion de pénétrer plus l'entreprise.

attribuent à la PR telle ou telle autre finalité principale. Ce peuvent être l'apprentissage (Atkins et Murphy, 1993; Boud *et al.*, 1985; Clarke, 1986; Johns, 1995; Kolb, 1984, 1993), le développement de la pratique professionnelle (Cervero, 1992; Eraut, 1985, 1995; Honoré, 1984, 1992; Jarvis, 1994; Kirby et Teddlie, 1989; O'Hanlon, 1992; Powell, 1989; Saint-Arnaud, 1994) ou alors le développement personnel (James et Clarke, 1994; Mezirow, 1989, 1996; Zeichner et Liston, 1987; Van Manen, 1977).

Les courants de FCPR ont évolué de façon parallèle dans les pays du Nord. Les chercheurs apparentés à ces courants s'inspirent d'Aristote, de Dewey, de Kant, de Lewin, de Piaget ou de Popper, mais ils ne se citent pas entre eux, même s'ils proviennent d'un même pays. Néanmoins des écrits récents montrent que leurs auteurs recourent à deux ou plusieurs des auteurs de base de PR (Aumont et Mesnier, 1992; Barbier, 1993; Chené, 1995; Jarvis, 1992 a, 1992 b; Mialaret, 1995; Valli, 1997; Vermesch, 1990, 1995). Des variantes de modèles de PR, des modèles "mixtes" sont définis à l'occasion: autopraxéologie (Le Meur, 1995; Lhotellier, 1995), apprentissage expérientiel continu pour favoriser le transfert (Ellerington *et al.*, 1992), apprentissage innovateur adaptif et anticipatif (Dixon, 1993), "praxéologie et science-action" (Saint-Arnaud, 1993 b), science action "recadrée" (Eraut, 1985, 1995; Stockhausen, 1994). Une dynamique interne traverse ainsi les courants de PR, les points de vue sont confrontés et les modèles sont expérimentés (Davies, 1996; Dumas, 1995; Saylor, 1990). La visée est l'actualisation par rapport aux développements nouveaux en société et en entreprise.

La recommandation de poursuivre la réflexion sur les courants de PR est entendue. De nombreuses critiques sont formulées contre les courants de l'apprentissage expérientiel (Courtois, 1992; Dixon, 1993; Ellerington *et al.*, 1992; Jarvis, 1994; Marsick *et al.*, 1992; Pinaud, 1989; Senge et Gauthier, 1992) et de la science-action (Elliot, 1991; Eraut, 1995; Fenstermacher, 1988; Grimmet, 1988; Hills et Gibson, 1988; Legault et Paré, 1995; Munby et Russel, 1989; O'Hanlon, 1992; Shulman, 1988) dominants ces dernières années (James et Clarke, 1994; Laplant, 1988; Marsick *et al.*, 1992; Stockhausen, 1994). Les chercheurs critiquent les fondements théoriques sur lesquels reposent ces deux courants et les pratiques de FCPR qui s'en inspirent. Ils reprochent à ces courants de n'être ni globaux ni anticipatifs et de ne fournir que des réponses partielles aux problèmes que rencontre la FCPR. Ils ne sont ni efficaces ni ouverts sur le contexte, se bornant à effleurer les problématiques de la modernité.

### 2-1-2. Rôles stratégiques du CISH dans des situations peu favorables à la PR

Le cadre intermédiaire occupe dans l'entreprise une position stratégique dans de nouveaux rôles, managériaux surtout, tout comme le CISH à l'hôpital. Pour ce dernier, il est difficile de passer du rôle de soignant à un rôle de manager intermédiaire, pour plusieurs raisons. Il est un soignant nommé par ancienneté et formé sur le tas le plus souvent. Il n'a pas reçu de formation spécifique qui l'aide à assumer ses nouveaux rôles et sa formation en management est limitée (Honoré, 1992; Schmieding et Kokuyama, 1995). Il demeure prisonnier d'un style de gestion de l'équipe de soins hérité de la culture bureaucratique hospitalière. Cette unité est caractérisée par le stress, la surcharge de travail et l'action routinière; ni le CISH ni les membres de l'équipe de soins n'ont le temps de réfléchir. Il y a dans cette unité une polarisation croissante entre une logique biomédicale et une approche globale des soins qui émerge parmi les soignants. Il résulte de tout ceci que le CISH et les membres de l'équipe sont insatisfaits de leur situation (Mintzberg, 1994).

Bien que le rôle du CISH soit qualifié de stratégique, il n'a reçu qu'une attention minimale des chercheurs (Barnum, 1989; Tumulty, 1992; McLure *et al.*, 1983). Nous avons repéré peu d'écrits empiriques sur sa formation continue et aucune recherche sur sa FCPR. Les seules recherches sur la PR en milieu soignant ont porté sur la formation de base des infirmières dans les pays anglo-saxons, rarement sur leur FCPR. Pourtant les chercheurs recommandent de mener des recherches sur le CISH et soulignent le besoin de construire des modèles de formation continue qui le préparent aux nouvelles compétences requises de lui. Ils indiquent même des orientations de construction, par exemple ils prônent que les modèles soient globaux, systémiques, anticipatifs, axés sur le processus, ouverts sur le contexte et centrés sur l'apprenant, autrement dit des modèles de FCPR (Chochina, 1994; De La Bouillie, 1983; Everson-Bates, 1992; Gerard, 1992).

La FCPR est d'autant plus indiquée que le CISH n'a pas développé d'habiletés à réfléchir sa pratique, que ce soit pendant sa formation de base ou lors de sa pratique de soignant (Chochina, 1994; Greenwood, 1993; James et Clarke, 1994; Knight *et al.*, 1992; Saylor, 1990) ou de CISH. Mettre l'accent sur la PR, c'est accompagner le CISH dans son passage à un rôle nouveau et amortir l'impact des habitudes inadéquates et des traditions, c'est aussi viser l'efficacité de sa pratique et favoriser le changement à l'hôpital.

### **2-1-3. La FCPR des CISH: des facteurs prometteurs et des problèmes**

Nous avons relevé dans le premier chapitre que la conceptualisation de la PR demeure générale et non consensuelle. Les chercheurs voient différents niveaux de la PR et différents aspects: technique, pratique, pédagogique, cognitif, éthico-moral et métaphysique, et aussi personnel et développemental. Les points de vue s'opposent parfois, par exemple sur les finalités. Ainsi, Malglaive (1993) prône la PR pour aider le praticien à mener efficacement des actions instrumentales alors que James et Clarke (1994) et Kanunga et Misra (1992) la jugent utile pour que le CISH fasse face à des situations pratiques complexes ou pour favoriser son développement personnel, non pas pour l'enseignement de connaissances factuelles ou de comportements techniques.

Il n'y a pas à notre connaissance d'étude systématique sur la FCPR, malgré la multiplicité des modèles. Les écrits et les pratiques de formation prolongent plutôt l'un des cinq courants principaux que nous avons identifiés dans le premier chapitre (voir tableau 1). Nous observons cependant que des chercheurs prônent dans des écrits récents la conciliation entre les modèles de FCPR. La vision est intégrative et liée à des phénomènes de société.

En milieu de travail, la PR se heurte au poids des modes de pensée linéaire hérités et aux comportements routiniers non réflexifs dominants. Les dispositifs andragogiques proposés pour développer la PR chez le praticien ou chez l'apprenant sont peu nombreux et non encore validés à ce jour; ils ne font pas l'unanimité parmi les chercheurs et posent des questions éthiques en milieu soignant. Hargreaves (1997) et Mountfourd et Rogers (1996) doutent de l'efficacité de la discussion à deux et des ateliers réflexifs proposés par Schön (1994), et d'autres chercheurs ne se suffisent pas de l'écrit ou du discours du praticien pour observer le processus de réflexion ou évaluer son résultat. En milieu hospitalier, la FCPR est confrontée de plus à un environnement médical empirico-analytique et à des conditions de travail qui freinent le changement par la réflexion. Dans un autre ordre d'idées, les chercheurs voient qu'il faut que le formateur soit un praticien réflexif pour accompagner à la FCPR le CISH. Or, la FCPR du formateur a été peu étudiée. Pour ce qui nous concerne directement dans ce travail, nous cherchons à tirer des leçons des expériences de FCPR menées par des prédécesseurs et cueillir le fruit de leurs réflexions.

## 2-2. Formulation du problème et de la question de recherche

Notre intention de recherche de départ était de repérer les grands traits d'une formation continue pertinente pour le CISH qui doit assumer de nouveaux rôles et accompagner les changements en cours à l'hôpital universitaire. À ce point du développement, l'étude du contexte nous amène à considérer que la PR aiderait le CISH à affronter les enjeux nouveaux qui se posent à lui. En conséquence, nous estimons que sa formation continue doit reposer sur la PR. L'analyse d'écrits sur la formation continue du CISH en général et sur sa FCPR en particulier a permis d'identifier des facteurs prometteurs pour cette dernière et des problèmes qui y nuisent. Par induction, nous avons défini quarante-deux facteurs à considérer pour une FCPR pertinente de CISH et les avons regroupés logiquement dans dix catégories (voir section 1-5 et annexe I). Nous formulons la question de recherche ainsi:

**Quel est le modèle de FCPR pertinent pour le CISH dans le contexte actuel des problématiques sociales, de la formation continue et de l'hôpital ?**

Pensée à partir des écrits, la question de recherche rejoint des observations surgies de notre pratique de formateur de CISH hospitaliers tunisiens sur plus d'une décennie. Pour y répondre, nous choisissons donc de nous appuyer sur les écrits portant sur le concept de PR. Nous repérons un chercheur principal apparenté à chacun des cinq courants de FCPR que nous avons identifiés. Les chercheurs sont Daval, Honoré, Kolb, Malglaive et Schön. Nous enrichissons l'étude en recourant aux écrits de Saint-Arnaud, qui tente de concilier les courants de science-action et de praxéologie, et à des interprétations des approches de ces chercheurs, celles opérées pour le milieu soignant en particulier.

Tableau I: Les six chercheurs selon le courant de FCPR

Courant de FCPR	Chercheur retenu
Praxéologie	Daval
Science-action	Schön
Science action et praxéologie	Saint-Arnaud
Apprentissage expérientiel	Kolb
Sociocognitivisme	Malglaive
Socio-existentialisme	Honoré

Les écrits que nous étudions sont à contenu théorique ou empirique. Nous les analysons dans la perspective de la FCPR de CISH, i.e. des dix catégories de facteurs précédemment nommées, et nous repérons dans le discours tout autre facteur pertinent. Nous intégrons les résultats dans une proposition de modèle de FCPR pour le CISH, aucun modèle n'ayant jusqu'à maintenant été proposé à cette fin.

Notre problème de recherche est maintenant précis. Notre question spécifique de recherche se présente comme suit:

**Quels éléments entrent dans la construction d'un modèle de FCPR pertinent pour le CISH, dans le contexte actuel des problématiques sociales, de la formation continue et de l'hôpital ?**

Il s'agit de construire un modèle de FCPR du CISH qui repose sur le concept de base de PR et d'autres concepts connexes, tels l'accompagnement, la construction de l'identité socioprofessionnelle, l'articulation pratique-théorie-recherche-formation ou l'accompagnement du changement. Ce modèle se veut pertinent, centré sur le CISH et ouvert sur sa situation de pratique et sur le contexte. Au regard de l'ensemble de ces traits, le jugement de qualité soude le modèle de FCPR.

### **2-3. Objectifs de recherche et méthode**

Les éléments problématiques du contexte nous amènent donc à ce stade de la recherche à: 1) retenir le concept de PR à la base du modèle de formation continue à construire, 2) puiser les éléments du modèle dans les dix catégories de facteurs induites de l'étude du contexte et dans les écrits des six chercheurs principaux que nous avons retenus et 3) ouvrir notre étude sur des écrits pertinents d'autres chercheurs qui se sont intéressés à la FCPR ou qui s'apparentent à diverses disciplines. Actualisé, plus spécifique au public-cible des CISH, pareil modèle intégrateur de FCPR est susceptible de réaliser le mieux notre intention et de répondre le mieux à la question spécifique de recherche.

#### **2-3-1. Objectifs de recherche**

L'objet principal de cette recherche est de repérer les axes de construction d'un modèle de FCPR du CISH, au travers d'une interprétation compréhensive des écrits théoriques et empiriques que nous retenons. Pour repérer les éléments pertinents pour notre construction

nous analysons les écrits, les confrontons à nos dix catégories de facteurs et identifions leurs limites, du moins par rapport à notre objet de recherche. Nous enrichissons l'étude et l'actualisons aux récents développements dans les champs de la formation continue, de la santé et du management et nous repérons, au niveau du discours, des éléments significatifs dans différents autres champs d'étude; notre approche est interdisciplinaire.

En rapport avec nos dix catégories de facteurs de FCPR du CISH et les conclusions de la recension des écrits, nous proposons un modèle que nous validons par la suite auprès de praticiens de l'hôpital universitaire. Articulé à notre intention et à la question spécifique de recherche, l'objectif général de notre étude est de *construire un modèle de formation continue à la pratique réflexive pertinent pour le CISH et ouvert sur le contexte.*

Vu la complexité de la pratique et des situations professionnelles du CISH, le modèle est ouvert. Nous menons la recherche en tenant compte du contexte, de sorte que nous nous demandons aussi dans quelle mesure le modèle intègre des éléments du contexte d'exercice professionnel du CISH et de sa formation continue. Les objectifs spécifiques de la recherche dérivent de l'objectif général. Ils sont au nombre de cinq:

1. Établir les fondements des éléments qui doivent présider à la construction d'un modèle de FCPR susceptible de favoriser la PR chez le CISH;
2. Définir le contenu des dimensions et des sous-systèmes d'un modèle de FCPR;
3. Représenter le modèle;
4. Préciser les qualités que doit revêtir pareil modèle;
5. Tester le modèle auprès des CISH et des formateurs et des cadres de l'hôpital universitaire.

Il s'agit de modéliser un processus selon des étapes, en le gardant ouvert. La formulation des objectifs spécifiques considère la nécessaire articulation entre les fondements, les dimensions et les sous-systèmes (SS). Elle s'intéresse à des qualités du modèle, sa pertinence, sa centration sur le CISH, sa dynamique et son ouverture sur le contexte. Nous posons l'hypothèse que la conjugaison de ces qualités dans un dialogue fructueux rejoint notre objet de recherche et la complexité des situations dans lesquelles évolue le CISH, qu'elles soient de FCPR ou de production.

Puisque le modèle est conçu pour la FCPR du CISH, nous recueillons son avis à son sujet et faisons de même auprès du formateur ou du cadre, qui est l'autre acteur principal de sa FCPR. La recherche comporte ainsi une partie empirique en contexte hospitalier. Sur le plan pratique, il s'agit de procéder en deux temps. Au premier temps, T 1, nous construisons une proposition de modèle de FCPR du CISH. Au second, T 2, nous testons la proposition auprès de praticiens et traçons des pistes de réflexion pour la FCPR de CISH tunisiens.

### **2-3-2. Démarche méthodologique**

Notre démarche en est une de modélisation, de construction d'un modèle. Il s'avère que construire des modèles, c'est construire des savoirs (Boucher, 1989; Malglaive, 1993). La recherche est donc théorique. Or, Crozier *et al.*, (1990), Honoré (1992), Landier (1991) et White (1991) observent une émergence du paradigme participatif dans différents champs, en management, en santé et en formation continue en particulier, Gauthier *et al.*, (1984) considèrent essentiel le contact avec le réel dans toute démarche de recherche, Desgagné (1998) juge que le chercheur doit interagir avec le public-cible dans la recherche en éducation et Koch (1995) porte le même jugement pour la recherche en milieu de soins. Dans ce sens, le rapport avec le CISH et le formateur et le cadre fait pour nous partie de la recherche. Les personnes du milieu ont en effet une expérience de l'action et une connaissance de ce qui peut valoir ou réussir, un savoir pratique, elles peuvent apporter une contribution à la construction du modèle. Nous recherchons collectivement la réponse à notre question de recherche, notre recherche est en prise sur le réel (Desgagné, 1998; Mialaret, 1995).

Nous nous intéressons à des personnes dans un système social, l'hôpital universitaire, où il est généralement difficile de mesurer dans un court délai les effets d'un essai et ceux qui prennent leur origine dans d'autres sources. De plus, pratiquer dans cet hôpital un essai peut avoir des effets qui ne sont pas toujours désirés; il est préférable de négocier le modèle de FCPR avec les praticiens de l'hôpital avant de procéder à son implantation (Soulet, 1987; Van der Maren, 1996).

Pour ces raisons et parce que nous sommes convaincu que la théorie doit refléter la réalité et être construite en tenant compte des spécificités de la pratique, nous choisissons de mener la recherche avec les acteurs au cours d'une consultation plutôt qu'au moyen d'une expérimentation. Nous testons notre proposition de modèle par une action de confirmation externe et la réajustons auprès de parties intéressées par la FCPR du CISH, complétant de la sorte l'étude des écrits (Desgagné, 1998; Le Moigne, 1995). Le produit final sera un modèle

révisé de FCPR de CISH. Nous l'accompagnons de recommandations pour mener une action de FCPR, elles aussi formulées en collaboration avec les acteurs. Nous aurons conscientisé les personnes aux dimensions des pratiques à l'étude (Soulet, 1987) et les résultats de la recherche peuvent enrichir à la fois la théorie éducative et la pratique (Mialaret, 1995).

Dans un autre ordre d'idées, les écrits que nous étudions sont produits par des chercheurs de pays du Nord surtout. Notre modèle est théorique, donc général. Or, notre intention de recherche origine de notre intérêt pour la formation continue de CISH exerçant dans les hôpitaux universitaires de Tunisie. Pour rejoindre notre intention nous menons une enquête par questionnaire auprès de praticiens exerçant dans ce milieu à la recherche de pistes de réflexion qui orientent l'adaptation du modèle. Nous "finalisons" en quelque sorte notre recherche.

Pour Gauthier *et al.* (1984: 35) "la science et la scientificité ne peuvent s'élaborer que grâce à une interaction constante des méthodes et des objets [...], et la nature des objets de recherche impose certains types de cheminement, et donc des méthodes". La démarche de recherche est interprétative et nous lui ajoutons des statistiques descriptives. Ses étapes sont construites progressivement, articulées les unes aux autres et ponctuées de remises en question, surgies souvent au cours du processus de recherche et de retours réflexifs. Nous adoptons une attitude ouverte pour ne pas orienter le processus ni courir le risque de biaiser les résultats. Comme cela est le cas pour les recherches qualitatives en général, nous adoptons une démarche souple et progressive (Fortin *et al.*, 1988).

### **A. La partie théorique au temps T 1**

C'est par la mise en relation des concepts que la démarche acquiert sa dimension interprétative (Soulet, 1987). Nous rejoignons cette dimension à deux niveaux. Au premier nous approchons le contexte, identifions des problèmes de FCPR du CISH et définissons des facteurs de sa réussite. Pour y arriver, nous analysons un matériel documentaire multiple: des écrits théoriques et empiriques et des publications officielles. Pour approcher globalement notre objet, nous étudions des écrits traitant de problématiques sociales contemporaines et des missions du cadre intermédiaire de l'entreprise. Afin de saisir le contexte d'exercice professionnel du CISH, nous consultons des écrits sur l'hôpital universitaire. Nous déduisons des implications pour la FCPR du CISH. Nous cherchons à cerner notre objet et à nous assurer de la pertinence de notre modèle et de son ouverture sur

le contexte. Au second niveau, notre démarche est synthétique surtout: catégorisation des facteurs de réussite de la FCPR, définition des dimensions et leur thématization dans des SS.

L'analyse des écrits recensés pour la définition du contexte est libre, ce qui ne veut pas dire que nous ne prenons pas de précautions. Nous puisons à des sources provenant de différentes écoles de pensée et menons l'analyse à partir d'angles différents, sociologique, psychosociologique, de management, de santé, andragogique, pédagogique et psychologique, ces disciplines étant pertinentes à la recherche en éducation (Ardoino et Mialaret, 1995). La recherche étant interdisciplinaire, nous veillons à articuler les éléments du discours, comparons les résultats d'analyses menées séparément pour identifier des tendances convergentes et sommes préoccupé d'atteindre le "point de saturation". Pareille démarche confirme la valeur des résultats et assure la validation interne de l'interprétation, par triangulation interne (Altheide et Johnson, 1994; Denzin, 1994; Le Moigne, 1995).

Nous nous outillons pour approcher la question de recherche. Les dix catégories de facteurs que nous avons induites forment un construit qualitatif, le concept de FCPR qui oriente dorénavant notre recherche. Nous le manipulons tantôt comme un indicateur pour analyser des écrits au moment de la recension et, d'autres fois, en tant que cadre théorique pour orienter la construction de notre modèle ou pour interpréter les données recueillies lors de la consultation. Comme il s'agit d'un construit qualitatif, son contenu évolue avec les étapes de la recherche.

Pour recenser les écrits nous adoptons la même démarche à laquelle nous avons recouru pour étudier les écrits sur le contexte. Nous étudions par deux fois les écrits des six chercheurs apparentés aux courants principaux de PR, chaque fois à partir de facteurs et de critères différents, et nous veillons à la rigueur de l'analyse. Nous les présentons en recourant à des critères généraux, postulats, concepts de base, finalités, stratégies et moyens proposés, et nous formulons des critiques. Ensuite, nous les examinons à partir de notre construit qualitatif, soit des dix catégories de facteurs. Nous traduisons de la sorte notre intérêt pour la pertinence de l'étude et sa contextualisation.

À la lumière des résultats des analyses, nous établissons les dimensions du modèle, priorisant la recherche de sens. L'Écuyer (1990: 81) conseille celui qui construit un modèle de veiller à ce que ses dimensions soient à la fois "exhaustives et en nombre limité, cohérentes, homogènes, pertinentes, clairement définies, objectivées et productives". Pour que la liste des dimensions soit exhaustive, nous étudions de nombreux écrits. Pour qu'elles

soient exclusives, nous menons un important travail d'analyse et de comparaison. Pour mieux objectiver les dimensions, nous les organisons dans des SS qui, regroupés, révisent notre construit qualitatif, nos dix catégories de facteurs, dans une proposition de modèle de FCPR du CISH. Nous représentons le tout dans un schéma pour concrétiser les résultats et disposer d'un outil de communication avec les praticiens au moment de la consultation (voir fig. 2). La proposition de modèle construite et ses qualités exposées, nous avons complété le temps T 1 et réalisé les quatre premiers objectifs spécifiques de la recherche.

## **B. La partie empirique au temps T 2**

La partie empirique, le temps T 2, donne à la recherche son caractère participatif et collaboratif. Nous avons pris le parti d'associer à la consultation les CISH et les formateurs ou les cadres de l'hôpital universitaire. Nous voulions entendre ce qu'ils avaient à dire sur notre travail et sur tout autre aspect de la FCPR et tester la proposition de modèle, c'est-à-dire vérifier auprès de ces praticiens si nous avons bien défini ses dimensions, ses SS et ses qualités.

Nous avons consulté les CISH parce que nous construisons le modèle pour leur FCPR. Tenir compte de leur appréciation de la proposition assurait la pertinence du modèle final. Nous avons recueilli l'avis des formateurs et des cadres parce qu'ils sont des acteurs importants de la FCPR dans l'esprit de notre proposition de modèle; ils le sont pour toute entreprise de formation continue et, à titre d'acteurs d'interface, ils peuvent rendre l'environnement interne hospitalier favorable à la PR et jouer un rôle stratégique de rapprochement entre la formation et la production de services. Nous avons vu en contexte l'acuité du problème posé par les contraintes environnementales pour le développement de la PR du praticien en général, du CISH en particulier (sous-section 1-1-3 et section 1-4). Professionnels de terrain, les formateurs et les cadres nous font partager leur expertise, qu'il s'agisse de leurs connaissances en FCPR ou de leur savoir pratique. Leurs avis précieux complètent ceux émis par les CISH.

En comparant les points de vue de praticiens qui ont des statuts socioprofessionnels différents et des rapports spécifiques avec notre objet de recherche, nous multiplions nos chances de saisir cet objet et précisons notre étude par une triangulation des sources de données. Nous prenons de la distance de notre objet de recherche et nous concilions un volet objectif avec un volet subjectif, puisque tous deux doivent être présents dans la démarche interprétative (Huberman et Miles, 1994; Desgagné, 1997, 1998; Deslauriers, 1987, 1991).

Nous contextualisons donc notre travail par un retour sur le terrain et nous enrichissons le modèle<sup>7</sup>. En procédant de la sorte, nous nous situons dans la mouvance des courants qui préconisent l'association du public-cible à la définition de la FCPR et recommandent d'ouvrir les modèles de FCPR sur le contexte. Nous répondons au souci formulé dans notre intention de recherche, rejoignons notre cinquième objectif spécifique et sensibilisons des parties intéressées aux dimensions des pratiques à l'étude. Nous reconnaissons le caractère social de la recherche, dans l'esprit d'une "recherche-sensibilisation" (Soulet, 1987).

#### *Les outils de recherche et le scénario de la consultation*

Plusieurs raisons nous ont mené à choisir la conversation réflexive en petit groupe de pairs de même profil comme outil principal de la consultation. D'abord la conversation réflexive permet des échanges efficaces et pertinents par rapport aux objectifs que nous avons défini pour la consultation. Ensuite, elle s'associe bien à la spécificité de notre domaine et à la cohérence de notre démarche, qui est interprétative et plurielle. Aussi, la conversation réflexive est un outil facile à utiliser. De plus, le petit groupe est économique, relativement à d'autres formules de consultation (Geoffrion, 1993).

Nous cherchons à tester notre proposition de modèle et nous sollicitons des conseils, des orientations pour l'améliorer. Or, le groupe de discussion facilite les échanges entre les participants et permet d'obtenir une grande diversité de points de vue et une information plus exacte que ce que permet d'obtenir une entrevue individuelle (Crawford, 1997). Aussi, le groupe de discussion se prête bien pour l'analyse et l'approfondissement d'un sujet d'éducation ainsi que pour la critique (Gauthier *et al.*, 1984).

Notre démarche est interprétative. Altheide et Johnson (1994), Denzin et Cuba (1994) et Holstein et Gubrium (1994) conseillent dans ce cas de faire appel à de petits groupes de pairs de même profil professionnel. Pareille formule dynamise les échanges dans la confiance entre collègues qui partagent les mêmes problèmes et amoindrit l'effet de contraintes à l'expression et de bloquages à la communication, telle la différence de position hiérarchique. C'est aussi le cas quand les participants au groupe exercent dans un même contexte ou sont du même genre. Pour tout dire, le produit de la conversation réflexive est

---

<sup>7</sup> Nous avons été intéressé par le contenu des thèses sur la modélisation en formation continue de Brouillet (1992), Ducharme (1999), Morin Th. (1993) et Toupin (1993). Nous avons souhaité savoir comment leurs modèles sont perçus par les praticiens. La simulation de Toupin sous forme de questions - réponses à propos de son modèle a stimulé notre curiosité, mais nous préférons soumettre notre modèle au jugement externe.

riche en données qualitatives quand les groupes sont homogènes (L'Écuyer, 1990; Vaughn *et al.*, 1996).

Pour toutes ces considérations et parce que nous sommes familier avec la dynamique de groupe, nous optons pour la conversation réflexive en groupe. Comme nous visons une synergie du groupe et l'expression de chacun des participants sur chaque question et sur chacun des sujets soumis à leur appréciation, nous optons pour un groupe restreint de six pairs de même profil professionnel.

Nous définissons par choix raisonné un échantillon de vingt-quatre praticiens qui exercent dans deux hôpitaux universitaires, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et l'hôpital Sacré-Coeur. Les deux hôpitaux sont publics et de milieu francophone, nous cherchons à éviter des influences de l'ordre de la culture de l'hôpital ou qui relèvent de son statut, public ou privé. Nous recrutons les membres de l'échantillon auprès de deux catégories de professionnels, des CISH (12) et des formateurs et des cadres (12), à raison de six membres selon chaque profil par hôpital. Au total nous formons quatre groupes de conversation réflexive en petit groupe qui sont homogènes de par le profil et le milieu de travail: deux groupes de CISH et deux groupes de formateurs et de cadres. Les CISH sont recrutés dans l'échantillon indépendamment de leur profil de soignant et du service ou du département d'exercice. Les formateurs et les cadres le sont auprès des directions des "ressources humaines", de la formation et des soins.

Pareils critères de recrutement assurent plus de représentativité numérique de l'échantillon. En recourant à quatre groupes au lieu d'un seul, nous obtenons plus de données, multiplions nos chances d'obtenir des résultats valides et minimisons l'effet de la taille limitée de l'échantillon du groupe de discussion. La constitution du groupe considère le profil professionnel, pour les raisons avancées plus avant, et l'appartenance hospitalière, parce que les mentalités et les cultures peuvent varier d'un hôpital à l'autre et il est plus facile d'organiser des groupes selon hôpital. Nous fixons la durée de la réunion entre une heure et demie et deux heures, en cas d'imprévu.

La consultation nécessite l'accord des autorités de l'hôpital et des participants. Nous adressons aux directrices de nursing et de développement des "ressources humaines" de chacun des hôpitaux un courrier qui sollicite leur accord pour mener l'enquête. Avec elles, nous précisons les critères de recrutement et convoquons sept praticiens pour chacune des réunions, au cas où un membre pressenti se désisterait. Nous adressons ensuite un courrier à

chacun des participants, il comprend nos remerciements et de l'information sur les objectifs de la consultation et la démarche envisagée pour la mener. Nous préparons de la documentation pour animer les réunions et veillons à leur préparation technique. Nous n'offrons pas de *per diem*. Nous cherchons à créer des conditions favorables et à sensibiliser les acteurs préalablement à la collecte des données, les associant à la consultation dès ses débuts. En demandant leur accord préalable et en garantissant l'anonymat, nous espérons leur coopération et respectons l'éthique.

Dès les premiers contacts, nous entrevoyons que la consultation auprès des CISH sera d'organisation plus facile qu'auprès des formateurs ou des cadres, dont le nombre est restreint à l'hôpital. L'autre difficulté pouvant surgir est le regroupement de différents profils de CISH, qui contrevient à l'habitude locale d'organiser des réunions selon le profil du soignant ou du CISH. Pour confronter d'autres difficultés potentielles, tel le désistement de participants ou de responsables, nous avons contacté trois hôpitaux plutôt que deux<sup>8</sup>.

Nous choisissons de mener nous-même toutes les étapes de la conversation réflexive, de la préparation des réunions à l'analyse des données, l'interprétation des résultats et la rédaction du rapport. Nous assurons "un contrôle, une harmonie de pensée, et, par conséquent, une qualité égale à toutes les étapes" (Geoffrion, 1993: 313). Nous sommes conscient cependant que présenter nous-même la proposition de modèle et animer nous-même la conversation peut amener des facteurs de biais. Pour diminuer leur effet, nous recourons à un guide de conversation réflexive souple, il nous permet d'uniformiser les thèmes à discuter et les questions à poser à chacun des groupes; il nous fournit des repères.

Ce guide comprend quatre thèmes principaux liés à nos objectifs de recherche: le contexte d'exercice professionnel du CISH, les nouveaux axes de son rôle, le modèle et ses quatre qualités présumées. Nous avons opté pour deux séries de questions. La première recueille les réactions d'ensemble, la perception du rôle du CISH et de son contexte d'exercice professionnel et de FCPR et les réactions générales sur le modèle. La deuxième série de questions cherche des avis sur les dimensions et les SS du modèle et ses qualités ainsi que des propositions d'amélioration. Pour en savoir plus sur ces sujets, nous avons demandé un avis sur la faisabilité dans le milieu d'une action de FCPR qui s'inspirerait du modèle (voir annexe II). Les questions sont générales et ouvertes; elles invitent au développement et à l'approfondissement de la réflexion, comme elles permettent de recueillir les perceptions

---

<sup>8</sup> Cette démarche s'est avérée utile puisque le répondant du premier hôpital à nous donner son accord, la Cité de santé de Laval, s'est désisté par la suite.

individuelles (Huberman et Miles, 1994). Nous organisons le tout selon une séquence et formulons les questions à poser et les sujets à discuter dans un langage simple. Nous concevons à cette étape une grille de validation des exposés et une autre pour la conversation réflexive (voir annexe III). Ces grilles nous serviront pas la suite, lors de l'analyse des données.

Il est délicat de manipuler des concepts globaux dans un milieu de formation continue où persiste la pensée néo-béaviorale, dans un temps relativement court, avec des praticiens préoccupés d'action surtout et qui n'ont pas beaucoup de distance par rapport à leur pratique; leur demander de discuter d'une proposition théorique, abstraite, peut sembler original et susciter des réactions défensives. Pour amortir l'impact de pareilles difficultés qui peuvent mettre en jeu la consultation, nous prenons des précautions. Par exemple, nous prévoyons d'expliquer pourquoi nous optons pour le concept de PR dans le contexte actuel et nous aménageons un espace de discussion sur le rôle du CISH et sur le contexte hospitalier lors du temps premier de la conversation. En plus de présenter le sujet, nous "brisons la glace" et créons des conditions favorables à l'échange, une ambiance de discussion.

Aussi, nous établissons des liens avec la situation de formation continue dans l'hôpital concerné pour que notre discours soit concret. Auparavant, nous le formulons dans un langage simple et aménageons le matériel de présentation. Nous intégrons dans le matériel les observations d'un juge et de collègues étudiants suite à une simulation de la conversation réflexive en petit groupe, dans un temps de préparation. Nous testons notre matériau et informons le juge de notre proposition de modèle, le sensibilisons à notre démarche et le faisons participer à différentes étapes de l'action de consultation. Tiers témoin, il observe la dynamique de la conversation réflexive, nous pose des questions et nous conseille d'une réunion à la suivante. Nous rédigeons chacun un rapport de chaque réunion puis confrontons nos écrits que nous discutons avec notre directrice de recherche; nous tenons un journal de bord, prenons du recul et nous ajustons, à temps; nous améliorons le matériel en prévision de la réunion suivante. Nous utilisons plus tard le journal de bord pour approfondir l'interprétation.

Nous recherchons par la consultation à la fois les opinions des personnes et celles des groupes. Or, les opinions premières d'une personne sur un sujet peuvent évoluer dans un groupe et même changer. Aussi, la situation de groupe pluriprofessionnel<sup>9</sup> peut amener un

---

<sup>9</sup> La constitution du groupe selon le profil de CISH ou le profil de formateur et de cadre n'empêche pas la représentation dans le groupe des profils professionnels, les CISH ont des profils soignants différents à

participant à ne pas s'exprimer librement avec des partenaires de profil différent ou par crainte d'exprimer un avis qui léserait un autre participant ou contreviendrait à des normes sociales ou professionnelles. Ces résistances à l'expression peuvent constituer un biais.

Cherkaoui (1990) prône le pluralisme méthodologique et les démarches de recherche mixtes. Bullock *et al.* (1992) et Brannen (1992) conseillent la triangulation entre des méthodes de collecte d'informations. Or, le questionnaire recueille des données à la première personne et permet une expression libre, puisqu'il est anonyme (Olson *et al.*, 1997), et il est d'utilisation facile. En recourant à un questionnaire, nous complétons les données recueillies au moyen de la conversation réflexive et diminuons le risque de biais subjectif inhérent à pareille recherche.

Pour ces raisons, nous choisissons de distribuer un questionnaire. Nous le faisons en début de rencontre dans le but d'éviter aux conversations réflexives le biais encouru au cas où les participants bénéficieraient inégalement d'information sur les questions à débattre. Le questionnaire comprend onze questions, elles cherchent les perceptions qu'ont les participants du rôle du CISH, du contexte d'exercice professionnel et de l'environnement formatif hospitalier et visent à recueillir des informations sur leur profil de formation. Elles sollicitent également des avis sur la formation continue du CISH, sur son contenu et son organisation, des thèmes qui sont proposés au débat lors de la conversation réflexive (voir annexe IV). Nous approchons d'une autre façon l'ouverture du modèle sur le contexte et sa centration sur le CISH, des préoccupations que nous avons formulées dans l'objectif de la recherche. Pour garantir l'anonymat nous codons dans le questionnaire les identités des répondants (code chiffre / lettre). Enfin, nous concevons à cette étape de préparation une grille d'analyse des données et testons le questionnaire à l'occasion de la simulation de la conversation réflexive.

En procédant à des recoupements entre les données fournies par le questionnaire et les données colligées au moyen de la conversation réflexive nous identifions les divergences et les idées-force et relevons les changements d'opinion. Nous accompagnons la triangulation selon le profil par une autre selon l'outil de cueillette des données. En multipliant les angles de recueil et d'analyse des données, nous créons des conditions pour mener en profondeur l'interprétation des résultats et pour diminuer les sources de biais. En confrontant les

---

l'origine et peuvent manager des équipes de soins spécifiques, et les formateurs et les cadres peuvent être des formateurs, des conseillers à la clinique, ou des cadres de gestion qui sont rattachés à différents directions ou départements de l'hôpital ou qui occupent des positions hiérarchiques différentes dans l'hôpital universitaire.

résultats, nous assurons une meilleure validation, transversale, *a cross-validity*, de notre étude (L'Écuyer, 1989; Savoie-Zajc, 1993 a).

Comme la partie la plus importante de la recherche est théorique, nous jugeons le scénario de consultation suffisant. Nous ne menons pas d'entrevue pilote pour valider la démarche de conversation réflexive ni ne testons le questionnaire auprès d'un large échantillon.

## **Les sites et l'échantillon**

### *Les sites de Montréal*

Le CHUM est un mégacentre universitaire né en 1995 de la fusion des hôpitaux Notre-Dame, Saint-Luc et l'Hôtel-Dieu, il deviendra en l'an 2003 le plus grand centre universitaire du Québec et le second du Canada, après celui de Toronto. Ce centre regroupe 10 500 employés parmi lesquels 3000 infirmières, 950 médecins et 250 chercheurs universitaires d'envergure internationale. La fusion, en cours, vise la diminution du nombre d'hôpitaux universitaires à Montréal, la réduction du nombre des employés et des coûts, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et de la recherche médicale. L'enjeu est complexe, économique, social et professionnel à la fois, et même politique. La situation est instable et les scénarios de fusion sont multiples.

Parmi les moyens proposés figurent la réorganisation des structures hospitalières, dont les départements et les services de soins, et l'incitation à la retraite. Les acteurs hospitaliers et les citoyens expriment à l'occasion leurs points de vue sur les mesures proposées. Nous avons demandé à des responsables de l'hôpital de la documentation sur les CISH et sur la formation continue à l'hôpital. Nous n'en avons obtenu que peu, parce que "tout est à redéfinir".

L'hôpital Sacré-Coeur est l'autre terrain de la consultation. Affilié à l'Université de Montréal, il forme avec le CHUM et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont le réseau hospitalier d'enseignement universitaire en français de Montréal. De renommée mondiale, l'hôpital Sacré-Coeur figure parmi les quatre centres ambulatoires majeurs de Montréal. Y exercent 3800 professionnels de la santé et 400 médecins. Parmi les structures de l'hôpital nous trouvons un centre de recherche et douze directions, dont les directions de soins infirmiers, de l'enseignement et des "ressources humaines". Sur mandat du conseil d'administration, cette dernière a défini en 1997 un plan triennal de développement des "ressources humaines" pour soutenir le projet de l'hôpital HORIZON 2000. Ce plan s'articule autour de trois axes:

la mobilisation des personnes, le développement du management et le développement de la formation<sup>10</sup>. Les axes de ce plan sont réfléchis dans le plan spécifique de développement des "ressources humaines" de chacune des douze directions de l'hôpital où des comités établissent des plans locaux.

Nous avons recouru à deux outils de cueillette des données à Montréal, nous avons donc deux sources de données pour le même échantillon, soit deux catégories de répondants, des répondants au questionnaire et des participants à la conversation réflexive en petit groupe. Nous présentons dans le tableau II les répondants qui ont participé à la conversation réflexive puis, dans les tableaux III à VII, ceux qui ont répondu au questionnaire. Pour que la présentation respecte l'anonymat, nous recourons dorénavant aux codes HM et HL pour désigner les deux hôpitaux universitaires. Nous joignons au code concerné la lettre "s" quand le répondant est un CISH et la lettre "c" quand il est un formateur et un cadre<sup>11</sup>.

Onze CISH et onze formateurs et cadres ont participé aux conversations réflexives. Ils se distribuent selon le profil et selon l'hôpital universitaire comme suit:

Tableau II: Répartition des participants à la conversation réflexive selon le profil et selon l'hôpital

Profil Hôpital	CISH				Formateurs ou cadres				Total / hôpital			
	F	M	T	%	F	M	T	%	F	M	T	%
HM	6	-	6	27,3%	6	-	6	27,3%	12	-	12	54,5%
HL	5	-	5	22,7%	5	-	5	22,7%	10	-	10	45,5%
Total général	11	-	11	50,0%	11	-	11	50,0%	22	-	22	100,0%

Les formateurs et les cadres sont de profils et de niveaux hiérarchiques différents. Nous trouvons un directeur de soins responsable de formation en cours d'emploi et de la formation continue, un responsable pour la formation et le développement des "ressources humaines", un chef de programme de diététique, un coordonnateur à la formation et à l'enseignement, un conseiller à la clinique et un moniteur infirmier. Ils planifient des études de besoins en formation continue et évaluent les résultats d'action de formation ou de développement des

<sup>10</sup> Pour les gestionnaires, il s'agit de la formation au "leadership mobilisateur", aux techniques de *coaching*, en animation de réunions, en gestion de projets. Nous trouvons aussi la formation aux techniques de résolution de problèmes, aux principes de maillage de l'équipe et à la gestion du temps ou du stress ainsi que la participation à des groupes de co-développement (Source: *Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Direction des ressources humaines (1997). Plan du développement des personnes de Sacré-Coeur: 42 p.*

<sup>11</sup> Nous recourons à la légende suivante: (HM<sub>s</sub>): CISH de l'un des deux hôpitaux; (HL<sub>s</sub>): CISH de l'autre hôpital; (HM<sub>c</sub>): formateur ou cadre de l'hôpital où exerce HM<sub>s</sub>; (HL<sub>c</sub>): formateur ou cadre de l'hôpital où exerce HL<sub>s</sub>.

"ressources humaines" qu'ils mènent auprès de personnels de différents profils, entre autres de profils infirmier et CISH, et de stagiaires étudiants. Pour la plupart, les formateurs et les cadres sont titulaires du baccalauréat en soins infirmiers. La majorité se déclare de l'école humaniste de soins et préfère l'approche interdisciplinaire en formation continue. Si deux parmi eux ont été désignés, les autres participent à la rencontre parce qu'ils sont motivés, pour aider un étudiant à finaliser sa recherche ou rechercher des outils de formation continue ou encore par intérêt pour la recherche et l'andragogie.

Les CISH sont des infirmiers en chef, des coordonnateurs cliniques ou des responsables du service social. Dans leur totalité, ils exercent dans deux ou trois services à la fois, des services de médecine ou de chirurgie, de soins ou encore de formation. Cinq CISH sont titulaires de maîtrise et les autres sont titulaires du baccalauréat en soins. Un seul CISH est désigné pour participer à la réunion sans avoir reçu l'information sur l'objet de la rencontre, les autres sont venus volontairement pour échanger et acquérir de nouvelles connaissances en formation continue ou dans l'intention d'aider un étudiant à finaliser sa recherche. La majorité est venue pour en savoir plus sur la FCPR, leur curiosité ayant été piquée par la documentation qu'ils ont consultée en prévision de la rencontre.

Vingt praticiens ont répondu au questionnaire. Ils se répartissent ainsi selon le sexe, le profil et l'hôpital:

Tableau III : Répartition des répondants au questionnaire selon le profil et selon l'hôpital

Profil Hôpital	CISH				Formateurs ou cadres				Total			
	F	M	T	%	F	M	T	%	F	M	T	%
HM	6	-	6	50,0%	6	-	6	50,0%	12	-	12	60,0%
HL	3	-	3	37,5%	5	-	5	62,5%	8	-	8	40,0%
Total général	9	-	9	45,0%	11	-	11	55,0%	20	-	20	100,0%

L'âge moyen des répondants est de quarante-quatre ans. Les formateurs et les cadres sont plus jeunes que les CISH comme le montre la répartition d'après le profil (voir tableau IV). La majorité de l'échantillon est titulaire de la maîtrise. Selon le profil, tous les formateurs et les cadres, excepté un, sont titulaires de la maîtrise pour les deux tiers des CISH (6 / 9), les trois CISH restant sont bacheliers. La quasi-totalité de l'échantillon (6 / 9 CISH et 9 / 11 formateurs et cadres) a obtenu le dernier diplôme au cours de la décennie '90 (voir tableau V).

Tableau IV: Âge moyen des répondants selon le profil et selon l'hôpital

Profil	CISH		Formateurs ou cadres		Total	
	Nb	Âge	Nb	Âge	Nb	Âge
Hôpital / Âge moyen						
HM	6	49	6	42	12	45,5
HL	3	46,3	5	39,4	8	42,0
Age moyen	9	48,1	11	40,8	20	44,1

Tableau V: Formation de base des répondants et dernier diplôme et sa date d'obtention

Profil	CISH		Formateurs ou cadres		Total	
	Nb	% R	Nb	% R	Nb	% R
Dernier diplôme / Date						
Baccalauréat	3/9	33,3%	1/11		4/20	20,0%
Maîtrise en soins infirmiers,	1/9	11,1%	9,1%		4/20	20,0%
Maîtrise en andragogie	-	-	3/11	27,3%	3/20	15,9%
Maîtrise autre *	5/9	55,6%	3/11	27,3%	9/20	45,0%
			4/11	36,4%		
(1996-1998)	4/9	44,4%	1/11		5/20	25,0%
(1991-1995)	2/9	22,2%	9,1%		10/20	50,0%
(1986-1990)	1/9	10,1%	8/11	72,7%	3/20	15,0%
(1985 et avant)	2/9	20,2%	2/11	18,2%	2/20	10,0%
			-	-		

Légende: (\*): maîtrise en administration publique, en santé, en gestion de projets ou en administration des affaires.

Presque tous les répondants ont bénéficié de formation continue en management et en informatique et quelques-uns ont suivi des sessions en communication. La majorité des formateurs et des cadres ont de plus reçu une formation technique. Chez les uns et chez les autres seule une minorité a bénéficié d'une formation en relations humaines et en animation de formation continue mais seul un formateur et cadre a reçu une formation à la PR (voir tableau VI). Pareilles informations recourent les résultats de notre étude du contexte, la seule nuance à relever est que la quasi-totalité des CISH et les trois-quarts des formateurs et des cadres ont bénéficié d'une formation continue en management.

Les CISH sont des infirmières en chef (5 / 9) et des assistantes infirmières en chef (4 / 9) dont l'ancienneté dans la fonction est variable: selon le cas, elle peut atteindre vingt années. Les deux tiers ont déjà occupé les fonctions qu'ils exercent et la majorité provient de services de médecine et de soins; une minorité provient de services de chirurgie-urgence. Du côté des formateurs et des cadres, on trouve qu'ils proviennent pour la majorité de services de soins, ils proviennent aussi de directions de gestion, des ressources humaines ou de formation ou encore de services de médecine. Près de la moitié sont des conseillères à la formation, trois sont conseillères à la clinique et les autres occupent des postes de responsabilité dans la

direction des "ressources humaines" ou dans celle de soins. La quasi-totalité exerce la fonction depuis moins de cinq années. Auparavant, ils exerçaient au titre de CISH ou d'infirmière pour la majorité et au titre de formateur et de cadre pour la minorité. Il faut noter que tous les CISH et la majorité des formateurs et des cadres sont de profil infirmier à l'origine (voir tableau VII).

Tableau VI: Pré-requis en formation continue les trois dernières années selon le profil

Profil Contenu	CISH		Formateurs ou cadres		Total	
	Nb	% R	Nb	% R	Nb	% R
Pratique réflexive	0/9	0,0%	1/11	9,1%	1/20	5,0%
Management	8/9	88,9%	7/11	63,6%	15/20	75,0%
Technique	2/9	22,2%	6/11	54,5%	8/20	40,0%
Informatique	8/9	88,9%	9/11	81,8%	17/20	85,0%
Communication	4/9	44,4%	6/11	54,5%	10/20	50,0%
Relations humaines	4/9	44,4%	3/11	27,3%	7/20	35,0%
Animation de formation continue	2/9	22,2%	3/11	27,3%	5/20	25,0%

### *Les sites de Tunisie*

La Tunisie compte 9,4 millions d'habitants et occupe la place du milieu dans les classifications internationales sur le produit national brut et sur l'indice de développement humain. Pays arabe et africain, du Sud, la Tunisie a connu les dernières décennies de profondes transformations que l'on situe dans la mouvance de la modernité (Amin, 1990, Tourraine, 1992). Par exemple, on relève que le budget de l'éducation des trente dernières années représente en moyenne 8,2 % du produit national brut et celui de la santé 6,2 % en moyenne (Ministère de la santé publique, 1997). L'impact social de ces choix est important d'après les statistiques: plus de 67 % de la population est alphabétisée, 92 % a accès aux services de santé et l'espérance de vie à la naissance est passée de 45 ans en 1956 à 70 ans en 1996 (Ministère de la santé publique, 1997); la pathologie dominante dans le pays est chronique, dite de "civilisation" (Ghanem, 1994; Lazure, 1994). L'année 2000, le budget destiné à la recherche a augmenté, il représente 1,0 % du produit national brut.

Tableau VII: Caractéristiques professionnelles des répondants selon le profil

Profil	CISH		Formateurs ou cadres		Total	
	Nb	% R	Nb	% R	Nb	% R
<u>Caractéristiques</u>						
<u>Service d'exercice</u>						
Service Soins	3/9	33,3%	5/11	45,5%	8/20	40,0%
Service chirurgie-urgence	2/9	22,2%	-	-	2/20	10,0%
Service médecine	4/9	44,5%	1/11	9,1%	5/20	25,9%
Direction formation	-	-	2/11	18,2%	2/20	10,0%
Dirrection ress. humaines, gestion	-	-	3/11	27,2%	3/20	15,0%
<u>Spécialité d'origine</u>						
Infirmière	8/9	88,9%	8/11	72,7%	16/20	80,0%
Autres spécialités paramédicales *	1/9	11,1%	1/11	9,1%	2/20	10,0%
Gestion, ressources humaines	-	-	1/11	9,1%	1/20	5,0%
Autre **	-	-	1/11	9,1%	1/20	5,0%
<u>Fonction actuelle</u>						
Infirmière en chef	5/9	55,6%	-	-	5/20	25,0%
Assistante infirmière en chef	4/9	44,4%	-	-	4/20	20,0%
Directrice / conseillère en formatio	-	-	5/11****	45,5%	5/20	25,0%
Responsable DRH	-	-	2/11	18,2%	2/20	10,0%
Responsable en soins ***	-	-	1/11	9,1%	1/20	5,0%
Conseillère clinicienne	-	-	3/11	27,2%	3/20	15,0%
<u>Ancienneté dans la fonction</u>						
(années)						
(0-5)	1/7	14,3%	9/11	81,8%	10/18	55,5%
(6-10)	1/7	14,3%	1/11	9,1%	2/18	11,1%
(11-15)	3/7	42,9%	1/11	9,1%	4/18	22,2%
(16 et plus)	2/7	28,5%	-	-	2/18	22,2%
<u>Fonction antérieure</u>						
Infirmière	2/8	25,0%	2/11	18,2%	4/19	21,1%
Infirmière en chef	1/8	12,5%	2/11	18,2%	3/19	15,7%
Assistante infirmière en chef	5/8	62,5%	3/11	27,3%	8/19	42,1%
Conseillère clinicienne	-	-	2/11	18,2%	2/19	10,5%
Directrice des ressources humaines	-	-	1/11	9,1%	1/19	5,3%
Chef Sce adm. / Ombudsman	-	-	1/11	9,1%	1/19	5,3%

Légende: (\*): travailleuse sociale; (\*\*): conseillère en santé et sécurité; (\*\*\*): directrice-adjointe, chef de service; (\*\*\*\*): deux parmi les cinq sont aussi conseillères en gestion des ressources humaines.

En Tunisie, la population s'est concentrée au cours des dernières décennies dans des villes côtières, des villes "comptoirs" du Sud ouvertes sur l'Occident (Marzouki, 1994). Les institutions dominantes des secteurs politique, économique et juridique sont pour la plupart héritées de l'époque coloniale au cours de laquelle ont été définies les modalités principales de leur fonctionnement (Badie, 1992; Guelmani, 1996; Marzouki, 1994). Les changements opérés depuis lors répondent aux analyses de Crozier (1990) et de Kabuga (1990), ils sont le plus souvent puisés dans des modèles désuets de l'Occident, la Tunisie "du secteur public" "demeurant un pays de consommation de produits et de technologies étrangers" (Chagraoui, 1991: 119). C'est entre autres le cas des institutions de l'administration publique, de la santé, de l'éducation et de la formation continue. L'hôpital en est l'archétype. Son fonctionnement fut défini en 1936 par une loi coloniale, elle a été aménagée en 1959 par une autre loi sur l'organisation sanitaire, à son tour modifiée en 1991 par une troisième loi qui dénomme établissement public de santé l'hôpital universitaire tunisien, comme l'hôpital français, et le restructure sur le modèle de ce dernier, réformé en 1990.

L'hôpital universitaire tunisien a pour mission principale de dispenser des soins hautement spécialisés, de participer à la recherche et à l'enseignement universitaire médical, pharmaceutique et dentaire ainsi qu'à la formation des personnels de santé (Loi no 91). L'hôpital "domine le système de santé [...] et le système de formation des médecins et des paramédicaux est fermement tenu par les grands patrons, peu favorables à un renversement des priorités, donc de pouvoir, ce qui fait perdurer l'ancien paradigme" (Marzouki, 1994: 25).

La Tunisie a adopté en 1986 une politique d'ajustement structurel en application des recommandations du Fonds monétaire international. Cette politique préconise, entre autres, la diminution du rôle de l'État dans la gestion de la vie économique et sociale et la maîtrise des dépenses sociales, parmi lesquelles les dépenses de santé. Pour appliquer cette politique, l'État tunisien finance moins le secteur de la santé publique et délègue à l'hôpital universitaire des responsabilités de gestion financière et de personnel qui étaient les siennes. La conséquence est que de nouvelles structures sont créées dans l'hôpital universitaire tels une direction de gestion des "ressources humaines", un service de formation continue ou un autre de soins. Les formules se recoupent et diffèrent selon l'hôpital universitaire.

Le VIII<sup>ème</sup> plan de développement quinquennal tunisien (1992-1996) attribue à la formation continue le rôle d'améliorer la qualification et les compétences des travailleurs, ce qui augmenterait la productivité et contribuerait à concurrence de 40 % au taux de croissance. Dans le secteur de la santé, le plan s'arrête à la faiblesse du processus gestionnaire et au manque de cadres qualifiés. Au niveau des intentions politiques, nous trouvons dans ce plan

un intérêt pour la mobilisation des "ressources humaines", la formation de personnels qualifiés, la formation continue des personnels de la santé et la recherche en soins. La formation des CISH en gestion des soins et en encadrement vise l'amélioration du processus gestionnaire et de la qualité des soins dispensés dans l'hôpital.

Par ailleurs, la Tunisie est un pays du Sud. Bouguerra (1993: 27) écrit que "dans certains pays du Sud la recherche scientifique est un mot creux puisque les libertés académiques élémentaires sont bafouées et violées" et trouve que "souvent, les travaux de recherche ont peu de relation avec les problèmes rencontrés par la population" (*id.*: 26) et que les scientifiques sont marginalisés, le plus souvent bureaucratisés, ce qui "les rend incapables de promouvoir réellement la pensée, la culture et les applications scientifiques" (*id.*: 18).

Le réseau de santé publique tunisien compte vingt-trois établissements publics de santé qui sont pour la moitié concentrés dans la capitale, qui est Tunis, et pour le tiers dans les villes de Sfax et de Sousse; ces trois villes sont sur la côte et regroupent les principales universités. Sur 800 CISH exerçant dans ce réseau nous en trouvons 300 qui travaillent dans les établissements publics de santé (Ministère de la santé publique, 1999). De profil professionnel infirmier surtout, ces derniers ont reçu dans des écoles professionnelles de la santé publique une formation de base soignante, dont le niveau est à rapprocher de celui de la formation des infirmières collégiales au Québec. Nous avons vu que pareilles formations ne privilégient pas la réflexion. Les CISH qui sont de profil soignant autre que le profil infirmier ont bénéficié d'une formation de base universitaire de trois années, soit l'équivalent d'un baccalauréat au Québec.

Qu'ils soient diplômés des écoles professionnelles de la santé publique ou de l'université, les CISH tunisiens n'ont pas reçu de formation qui les prépare à l'exercice de leur rôle<sup>12</sup>. Comme ses collègues ailleurs, le CISH tunisien est un soignant nommé par ancienneté, il apprend sur le tas son métier. Le cadre juridique tunisien rattache le rôle du CISH à une fonction, non pas un grade, ce qui veut dire que la position du CISH est instable et dépendante du chef de service médical, que la validation sociale est faible et que la mesure

---

<sup>12</sup> La formation de cadres de la santé amorcée en 1980 ne dura que deux années, elle fut abandonnée pour des raisons budgétaires et parce qu'il y avait la résistance des pouvoirs administratif et médical. Pour des raisons similaires un décret présidentiel d'octobre 1989 qui instituait une maîtrise en sciences et techniques de la santé est demeuré une lettre morte. Il n'y a pas à ce jour de formation à la maîtrise, il y a seulement des actions ponctuelles de formation continue et des recommandations traduites dans des projets de formation continue qui sont souvent reconduits d'un plan quinquennal à un autre. Le dernier et neuvième planifié pour les années 1998 à 2000 la formation continue des 300 CISH des établissements publics de santé (*Source: Ministère de la santé publique, 1997*).

financière qui accompagne la nomination à la fonction de CISH est légère (Décret no 93-1725).

Nous sommes un acteur de la formation de personnel de santé en Tunisie. Nous bénéficions du soutien des autorités tunisiennes pour mener la recherche. Nous avons défini avec elles notre intention de recherche qui fut introduite dans le huitième plan quinquennal de développement de la santé (1992-1996) puis reconduite dans le neuvième (1997-2001). Nous avons maintenu avec elles un contact continu et les avons tenues informées de notre cheminement de recherche. Ceci a créé des conditions favorables pour mener l'enquête.

Nous avons choisi de mener celle-ci dans sept établissements publics de santé, trois établissements sont à Tunis, deux à Sfax et deux à Sousse. Nous avons identifié trois personnes ressources, des collègues, à raison d'un collègue par ville, que nous avons informés à propos de notre sujet de recherche et des objectifs de l'enquête. Avec eux nous avons précisé par choix raisonné un échantillon du même profil professionnel que celui de Montréal et nous avons convenu des modalités de distribution et de récupération des questionnaires. L'échantillon a été recruté progressivement dans les sept établissements hospitaliers universitaires et dans cinq institutions de formation pour le cas des formateurs et des cadres qui ne sont pas intégrés au personnel de l'hôpital. Nous avons introduit une modification au modèle de questionnaire distribué à Montréal, rendant l'anonymat facultatif dans un but de vérification.

Au total 80 questionnaires ont été distribués. En raison des limites fixées pour cette recherche et pour des motifs de contexte en lien avec l'éloignement géographique et le coût financier, nous n'avons pas organisé de conversations réflexives en petit groupe. Nous nous contentons de pareille démarche malgré ses limites. Elle suffit pour approcher le contexte d'exercice professionnel du CISH tunisien et le contexte de sa formation continue. Avec les précautions prises, nous garantissons la validité de la consultation.

Soixante-six questionnaires nous sont revenus, ce qui donne un taux général de répondants de plus de 80 %; ceci est appréciable. Les non-réponses aux questions prises séparément sont négligeables. Les répondants se répartissent selon le profil à raison de 40 CISH et de 26 formateurs et cadres. Les CISH de la région sanitaire de Sfax (17 / 40) sont les plus nombreux, les formateurs et les cadres le sont à Tunis (10 / 26). Les répondants sont du genre masculin pour plus des deux tiers (48 / 66); les hommes sont majoritaires autant chez les CISH que chez les formateurs et les cadres (voir tableau VIII).

Tableau VIII: Répartition des répondants tunisiens selon le profil et selon l'hôpital

Ville Hôpital	Profil sanitaire/	CISH				Formateurs ou cadres				Total / genre			
		F	M	T	%	F	M	T	%	F	M	T	%
Tunis		8/40 20%				10/26							
La Rabta		1	3	4						1	3	4	100,0%
Charles Nicolle		1	1	2						1	1	2	
Hôpital d'enfants		1	1	2						1	1	2	
CNFPCS*						6	6			6	6		
ESSTS*						4	4			4	4		
Sfax		17/40 42,50%											
Hédi Chaker		2	5	7		3	3			2	8	10	
Habib		1	9	10						1	9	10	
Bourguiba						2	3	5			2	3	5
ESSTS*													
Sousse		15/40 37,50%											
Sahloul		1	7	8		2	2			3	7	10	
Farhat Hached		3	4	7		2	2	4			5	6	11
EPSP*						2	2			2			
Total / profil		10	30	40/66	60,6%	8	18	26/66	39,4%	18	48	66	100,0%

Légende: (\*): institution de formation

L'âge moyen des répondants est de 43,25 ans. Les formateurs et les cadres (42,65 ans) sont légèrement plus jeunes que les CISH (43,64 ans; voir tableau IX). Nous observons que l'échantillon tunisien est plus jeune que celui de Montréal (43,3 ans pour 44,1 ans; voir tableau X).

Tableau IX: Âge moyen des répondants tunisiens selon la région sanitaire

Profil / âge moyen (an)	CISH		Formateurs ou cadres		Total / ville	
	Nb	Age	Nb	Age	Nb	Age
Hôpital						
Tunis	8	41,13	9	42,33	17	41,76
Sfax	17	46,76	8	42,63	25	45,44
Sousse	14	41,29	9	43	23	41,96
Total général	39	43,64	26	42,65	65	43,25

Tableau X: Répartition de l'échantillon selon l'âge moyen, le profil et le site

Profil	CISH	Formateurs ou cadres	Age moyen /Site
Âge moyen (ans)			
Montréal	48,1	40,8	44,1
Tunisie	43,6	42,7	43,3
Age moyen /profil	44,6	42,3	43,5

Les deux tiers des CISH (27 / 40) ont un diplôme professionnel d'infirmier de la santé publique qui est de niveau proche du diplôme d'études collégiales en sciences infirmières au Québec. Les formateurs et les cadres qui ne sont pas des médecins (5 / 22) sont généralement titulaires d'un diplôme qui équivaut à la maîtrise universitaire au Québec. Seuls 7 / 22 formateurs et cadres ont bénéficié d'une formation continue en andragogie mais aucun CISH n'en a bénéficié. Par ailleurs, la quasi-totalité des CISH (38 / 40) ont reçu leur dernier diplôme avant l'année 1985, dans les années '70 et '60 surtout, et 40 % des formateurs et des cadres ont reçu leur dernier diplôme la décennie '90, les autres l'ayant obtenu avant (voir tableau XI).

Tableau XI: Dernier diplôme des répondants tunisiens et date de son obtention selon le profil

Profil Dernier diplôme / Date	CISH		Formateurs ou cadres		Total	
	Nb	% R	Nb	% R	Nb	% R
Diplôme infirmier (collégial)	27/40	67,5 %	1/22	4,55 %	28/62	45,16 %
Tecnicien supérieur (baccalauréat)	13/40	32,5 %	1/22	4,55 %	14/62	22,58 %
Maîtrise en soins			3/22	13,64 %	3/62	4,84 %
Professeur paramédical (maîtrise en andragogie)			7/22	31,82 %	7/62	11,29 %
Maîtrise autre *			5/22	22,73 %	5/62	8,06 %
Médecin, général ou spécialiste			5/22	27,73 %	5/62	8,06 %
(1996-1998)	1/40	2,5 %	7/25	28,0%	8/63	12,7 %
(1991-1995)			3/25	12,0%	3/63	4,7 %
(1986-1990)	1/40	2,5 %	2/25	8,0%	3/63	4,7 %
(1985 et avant)	38/40	95,0 %	13/25	25,0%	52/63	82,5 %

Légende: (\*): maîtrise en santé publique ou en administration.

### 2-3-3. Analyse des données et interprétation des résultats

Dans un premier temps, nous transcrivons les échanges des conversations réflexives et menons une analyse concomitante avec la collecte de données, suivant en ceci les conseils de Strauss (1987) et Strauss et Cobin (1990). Par la lecture et la relecture, nous nous familiarisons avec le matériau et menons une sorte de préanalyse, de saisie initiale du sens général qui se dégage des données, à la recherche des "idées-force". Nous retenons un problème de motivation des CISH, une difficulté éprouvée par eux pour passer de l'ancien au nouveau rôle, une préoccupation de rechercher le sens de la pratique et des conditions de travail qui sont défavorables à la PR. Nous retenons aussi que les répondants des deux profils se posent des questions à propos de la faisabilité d'une action de FCPR dans l'hôpital où ils exercent.

Par la suite, nous rapportons l'analyse de contenu du matériau à notre cadre théorique, les treize dimensions et les six SS du modèle et les qualités que nous avons exposés; nous cherchons à confirmer les uns et les autres, partiellement ou en totalité, et à apporter des modifications si nécessaire. Nous recourons à d'autres critères d'analyse plus opérationnels puisés dans les grilles que nous avons conçues à l'étape de la préparation de la consultation; nous avons par exemple défini des critères d'analyse à partir des quatre thèmes de notre exposé (voir sous-section 2-3-2 et annexes II et III).

Pour ne pas restreindre l'analyse de contenu des données produites par la conversation réflexive, nous sommes attentif à des aspects du phénomène à l'étude relevés par les répondants. Nous ajoutons aux catégories d'analyse dont nous disposions au départ d'autres catégories que nous définissons à la lecture de la première entrevue et d'autres encore que nous induisons à partir des questions ouvertes du questionnaire. Nous ajoutons aux premières unités de sens générées par les dimensions et les qualités et les éléments des grilles d'analyse d'autres unités de sens à partir du matériau analysé, quand elles paraissent pertinentes par rapport aux objectifs de la validation et sur la base de critères sémantiques plutôt que syntaxiques, tels la question économique ou le temps. Elles constituent l'essentiel des orientations qui réajustent notre proposition de modèle (L'Écuyer, 1990). Nous éliminons l'analyse automatique et les analyses techniques. Enfin, nous concevons une grille de 42 items pour analyser le contenu des réponses aux questions fermées du questionnaire, que nous traitons à l'aide du logiciel *Statview*.

Notre recherche est interdisciplinaire, nous avons donc différentes perspectives de recherche; ceci a joué un rôle important dans l'analyse des données et leur interprétation. Nous approfondissons l'étude de façon dynamique par la combinaison de perspectives d'analyse, par le recours à diverses grilles et à diverses triangulations (Richardson, 1994). Nous menons des analyses séparées des réponses en rapport avec les catégories d'analyse du discours selon l'outil de cueillette de données, selon l'hôpital où s'est tenu la conversation réflexive, le profil des participants au groupe de conversation et d'ensemble; nous utilisons des matrices différentes en des moments séparés. Nous effectuons des comparaisons intragroupe puis intergroupe professionnel, entre groupes de CISH et entre groupes de formateurs et cadres puis entre groupes de CISH et groupes de formateurs et cadres. Nous confrontons les données des conversations réflexives avec celles des questionnaires.

Nous nous inspirons des démarches d'analyse de contenu développées par Miles et Huberman (1994), Deslauriers (1991), Mucchielli (1991) et Brunet (1992) parce ce qu'ils les ont conçues pour des domaines proches du nôtre. Nous privilégions aux affirmations générales le discours des répondants qui rapporte des expériences directes, parce qu'enracinées dans le vécu et le contexte. Nous choisissons donc un modèle mixte d'analyse de contenu pour étudier le matériau rassemblé puisque pareille formule est souple et ouverte à toute modification pertinente (L'Écuyer, 1990).

Nous soumettons les données à des réductions successives pour demeurer fidèle au discours et ne pas perdre de l'information. Après étude des changements et des constantes, nous focalisons sur les codes centraux, les idées fréquemment émises sur notre objet de recherche par les répondants de chacun des deux profils, dans les différents temps de la collecte: celui du questionnaire, le temps premier de la conversation de groupe, qui permet de recueillir les réactions de l'échantillon sur le rôle et le contexte, et le second, qui cherche à révéler ses réactions globales sur le modèle, ses appréciations des SS et des dimensions, et son point de vue sur les qualités que nous avons associées à celui-ci. Le point de vue des répondants sur la faisabilité d'une action de FCPR qui s'en inspire permet à la fois de compléter les données et de les valider; il vient ajouter aux triangulations de profil, de méthodes et d'outils un autre angle pour aborder ces questions.

Notre interprétation recherche la signification des propos selon le profil, les opinions majoritaires et minoritaires, les causes des réactions, les réponses parfois multiples à la question posée, les changements d'opinion et les objections formulées à l'occasion. Nous accordons de l'importance aux questions que posent les participants et aux sujets qu'ils abordent et nous sommes attentif aux unes et aux autres qui nécessitent des reformulations. Nous faisons des recoupements entre les réponses et des liens entre les réponses et les questions et les objectifs de la recherche. Nous sommes soucieux de cerner le sens des énoncés.

Nous intégrons dans les résultats les appréciations, les critiques et les propositions d'amélioration émises par les répondants, nous y ajoutons nos réflexions surgies en cours de saisie de données, étape à laquelle nous avons accordé de l'importance, ainsi que des observations du juge. Nous consolidons le tout en nous appuyant sur des analyses de chercheurs. Nous ne mentionnons des particularités institutionnelles qu'à l'occasion, puisque nous ne cherchons pas à comparer les hôpitaux.

Nous mettons en exergue les idées-force émises par les répondants des deux profils à la fois, après avoir identifié des différences puis des ressemblances, dans une analyse du discours suivie de sa synthèse, et nous ne négligeons pas les cas négatifs. Attentif aux phénomènes récurrents, nous atteignons "le point de saturation". Les multiples interrogations de données et les diverses triangulations nous permettent de prendre de la distance vis-à-vis du phénomène à l'étude, de notre propre subjectivité et de celle des répondants. Nous corroborons l'interprétation que nous faisons et nous objectivons les résultats de la consultation. Nous nourrissons les dimensions, les SS et les qualités par ce qu'en disent les praticiens, car il ne suffit pas de décrire les uns ou les autres à partir des écrits. Si besoin est, nous ajoutons des dimensions et des qualités aux premières, nous en fusionnons ou nous en éliminons. Le produit est le modèle révisé de FCPR de CISH, qui est adapté à la situation prévalant à Montréal.

Il nous reste à traiter les données recueillies auprès des répondants tunisiens, à la recherche d'éléments contextuels qui interrogent le modèle dans la perspective de la FCPR du CISH tunisien. Leurs appréciations du rôle du CISH et des conditions de son exercice professionnel permettent de nouer un dialogue du modèle avec le contexte hospitalier tunisien. Les idées des praticiens tunisiens sur la formation continue, son importance, son contenu et ses modalités organisationnelles élargissent le dialogue; nous cherchons l'ouverture du modèle sur le contexte. Le recueil des besoins en formation du CISH permet d'approcher les qualités pertinence et centration du modèle. Les réponses aux questions ouvertes et générales enrichissent le débat. Dans la foulée, nous sensibilisons des parties tunisiennes intéressées à la FCPR du CISH, comme nous l'avons fait à Montréal.

Nous cherchons quelques pistes permettant de nouer des liens entre le modèle de FCPR et notre intention première de recherche, à savoir réfléchir sur la formation de CISH tunisiens. Nous nous limitons à mettre en lumière ces pistes, mais nous sommes averti par les chercheurs Aktouf (1987), Bouguerra (1993) Fitoury (1990), Hammama (1985) et Kabuga (1990) des nombreuses questions que doit se poser celui qui veut transférer un modèle de formation construit en contexte de pays du Nord à un contexte de pays du Sud.

#### **2-4. Justification de la recherche**

Dans le chapitre précédent, nous avons fait état du passage de modèles systémiques fermés d'enseignement axés sur la transmission de contenus vers des systèmes ouverts de formation et d'accompagnement qui sont globaux, axés sur le processus et centrés sur le praticien.

Nous avons également repéré une tendance qui veut rapprocher la formation de la situation de travail. Plus haut, nous avons relevé que le CISH a peu d'occasions de réfléchir sur sa pratique et que son style de management reflète la culture "bureaucratique" hospitalière. Mettre l'accent sur la PR, c'est accompagner le CISH dans le passage du rôle de contrôleur administratif de soignants à celui de manager de l'équipe de l'unité de soins qui réfléchit sa pratique, c'est aussi amortir l'impact des habitudes et des traditions, quand elles sont inappropriées à la situation.

Bien que le rôle du CISH à l'hôpital soit qualifié de stratégique, aucune recherche n'a porté sur sa FCPR. Par rapport à ceci la recherche est originale, elle l'est aussi dans l'approche adoptée: liens avec les problématiques de modernité, approche globale et interdisciplinaire, et ancrage de la construction du modèle dans le contexte hospitalier. Par ailleurs, nous avons observé que les six chercheurs principaux dont nous nous inspirons n'ont pas communiqué entre eux. Concevoir un modèle intégrateur, c'est tirer profit des réflexions de précurseurs dans une vision cumulative du savoir et dans un esprit de synthèse, dans la mouvance de ce qui est recommandé par beaucoup de penseurs, de sociologues et de formateurs. Une fois construit, le modèle sera proposé au titre de contribution au débat actuel sur la PR, débat devenu animé et polémique depuis les années '90. Les résultats de la recherche peuvent ainsi enrichir les développements en cours sur la modélisation en FCPR et contribuer à augmenter le savoir dans différents champs d'études, en particulier en formation continue et en management hospitalier. En ceci la recherche a une portée épistémologique.

Nombreux sont les chercheurs contemporains, penseurs de la modernité, sociologues, formateurs ou gestionnaires, à souligner l'importance de la formation continue du cadre intermédiaire et du technicien, "la nouvelle classe ouvrière" appelée à jouer des rôles premiers dans la société nouvelle. Dans les milieux de santé, il y a un consensus sur l'importance du rôle du CISH et sur la nécessité de sa formation continue. L'expression de ce besoin coïncide avec le souhait des professionnels paramédicaux de voir les CISH jouer un rôle moteur dans l'élaboration d'une philosophie propre aux soins, la clarification de leur mission sociale et de leur position dans le système de santé, à côté des pôles médical et administratif. La recherche a ainsi une pertinence sociale.

Par ailleurs, rares sont les recherches sur les modèles éducatifs dans les pays du Sud; la plupart des modèles sont conçus dans les pays du Nord et pour leurs populations (Bohla, 1989; Fitouri, 1990; Hamama, 1985). Pour cette raison, notre matériau ne comprend que quelques références de chercheurs de pays du Sud. Si nous prenons le cas de la Tunisie,

nous trouvons que les développements théoriques sur la formation continue sont exceptionnels, et les publications, rares. Les actions de formation qui sont menées dans le secteur de la santé ne se réfèrent pas à des modèles précis, si ce n'est à des modèles mis en oeuvre par des "experts-formateurs", le plus souvent des fonctionnalistes néo-behavioristes étrangers. Pareille politique ne peut conduire à des actions efficaces ou suivies de formation (Bohla, 1989; Fitouri, 1990; Kabuga, 1990). Une interrogation à partir du réel tunisien doit précéder toute tentative de construction, d'application ou de généralisation d'un modèle conçu dans un autre contexte. Nous créons avec cette étude une occasion de confronter notre modèle, conçu dans un pays du Nord, avec nos collègues CISH et formateurs ou cadres hospitaliers de Tunisie.

La problématique traitée par cette recherche rejoint des missions du Centre national de formation pédagogique des cadres de la santé, de la Direction des hôpitaux, de l'Institut national de la santé publique et de l'Institut supérieur de l'éducation et de la formation continue tunisiens. Le modèle est construit dans le but de mener ultérieurement une action de formation continue de CISH tunisiens. Il sera également proposé comme matériel d'étude pour réfléchir à une stratégie globale de formation continue de personnels de santé, intérêt formulé par les responsables du ministère de la santé publique, des syndicats et des associations professionnelles en Tunisie.

Notre modèle est théorique. Une fois validé dans l'action et d'après le contexte, il peut servir comme matériel de travail pour des formateurs désireux de mener des actions de FCPR auprès d'autres catégories de praticiens hospitaliers ou de praticiens exerçant dans d'autres secteurs de la vie économique et sociale, au Québec ou en Tunisie. Nous entrevoyons donc la portée sociale et pragmatique de la recherche.

Enfin, l'apprentissage en cours de recherche, la découverte des écrits de chercheurs et des expériences qu'ils ont mené, la participation à des groupes réflexifs et la confrontation à de nouveaux défis nous a aidé à réfléchir sur notre pratique actuelle de construction d'un modèle de FCPR, nous espérons développer des capacités réflexives. Déjà nous entrevoyons des réponses à des questions que nous nous sommes souvent posées en tant que formateur. C'est qu'il est important, comme nous l'avons relevé, que le formateur qui veut participer à la FCPR soit initié à la PR. Il s'agit d'être cohérent. Nous serons sans doute plus armé dans le futur pour réfléchir sur notre pratique. Aussi reconnaissons-nous la valeur initiatique de ce travail.

## Chapitre troisième

### Recension des écrits

Notre entreprise est de construire un modèle de formation continue du CISH. Nous avons opté pour un modèle de formation continue à la pratique réflexive (FCPR) intégrateur qui puise dans les écrits des six chercheurs Daval, Schön, Saint-Arnaud, Kolb, Malglaive et Honoré. Chacun a proposé une approche dans le domaine qui nous préoccupe et leurs écrits occupent ensemble une place de choix dans la littérature sur la FCPR. À vrai dire, ils sont représentatifs de cinq courants principaux de FCPR et traitent les principales préoccupations y afférant. Nous présentons leurs écrits, les analysons et les discutons dans la perspective des dix catégories de facteurs que nous avons jusque-là considérées essentielles pour une FCPR pertinente de cadres intermédiaires soignants hospitaliers (CISH). Pour enrichir l'étude, nous consultons des écrits d'auteurs qui ont interprété leurs écrits ou qui s'apparentent à d'autres courants de FCPR ou de pensée. Sur la base des résultats de la recension nous précisons les axes du modèle de FCPR du CISH.

#### 3-1. Présentation de cinq courants de FCPR et de six chercheurs

Nous étudions dans cette section les approches des six chercheurs, nous centrant sur les postulats, les concepts de base et les finalités qu'ils associent à la FCPR, ainsi que les stratégies et les moyens qu'ils proposent pour la mettre en oeuvre. Nous y ajoutons des éléments critiques dans la perspective de la FCPR du CISH et, à l'occasion, nous nous référons à d'autres chercheurs. Notre plan de présentation est souple, reprenant l'essentiel des idées des six chercheurs et mettant en évidence les spécificités. Nous présentons les chercheurs dans l'ordre suivant: 1) praxéologie (Daval), 2) science-action (Schön), 3) Saint-Arnaud (conciliant la science-action et la praxéologie), 4) apprentissage expérientiel (Kolb), 5) sociocognitivism (Malglaive) et 6) socio-existentialisme (Honoré).

##### 3-1-1. Un courant praxéologique: la logique individuelle de l'action (Daval)

Daval (1981) définit la *praxis* en tant qu'une action ordonnée vers une certaine fin et voit que la spécificité de l'action humaine réside dans la transformation de la relation cause-effet en une relation moyens-fin. Pour lui, la praxéologie est une science de la forme de l'action, elle étudie le système moyens-fin qu'elle abstrait de son contexte psychique. Ce chercheur distingue la praxéologie, en tant que théorie générale de l'action humaine, de la praxéologie

empirique, en tant que logique inductive de l'action individuelle. C'est de praxéologie empirique que traitent ses ouvrages: le *Traité de psychologie sociale* (1963) et la *Logique de l'action individuelle* (1981).

#### *Postulats et concepts de base*

Dans la théorie de Daval le concept central est l'action définie en tant qu'un ensemble de mouvements corporels et un ensemble d'opérations exécutées sur la matière. L'un et l'autre sont dirigés par des intentions et leur résultat est l'oeuvre. L'action a deux caractères: 1. elle est une réponse adaptive et consciente donnée par l'*Ego* aux conditions de son environnement, "un acte réfléchi, délibéré [...], un agencement des moyens en vue d'une fin. Et c'est la conscience lucide qui a vu quels moyens choisir après avoir vu quelle fin adopter, et qui a donné le fait d'exécution" (Daval, 1981: 49-50); 2) elle est efficace, car il n'y a agir que si espoir et projet contribuent à une action réellement exécutée, et l'efficacité optimale de l'action s'obtient par la parfaite complémentarité des moyens et de la fin.

Daval (1981) définit trois postulats à l'action: 1) l'action humaine et la coopération sociale sont soumises à des lois dont la connaissance permet l'efficacité de l'action individuelle; 2) informé, l'acteur choisit une décision de mener une série d'actes qu'il juge nécessaire et efficace et 3) le langage servant à communiquer l'action est symbolique. Ce chercheur identifie trois éléments *sine qua non* de l'action: l'agent lui-même, l'oeuvre résultat de l'action et l'action proprement dite, laquelle met l'agent en relation avec l'environnement. Il attribue à la motivation une fonction directrice du comportement. Ce dernier est intentionnel, à la recherche de satisfaction et d'efficacité, et suppose un agent conscient, l'*Ego*. En face, il y a d'autres *Ego*, également libres et conscients. L'existence de l'*Alter Ego* et de l'*Ego* est un autre postulat en praxéologie.

Daval (1981) distingue l'action du comportement par la signification d'action de la réponse et par la modification de l'environnement de l'agent que l'action engendre. Reprenant la distinction entre le sujet et l'objet pour l'appliquer à la notion d'action, Daval situe l'activité *opérante* du côté du sujet et il range du côté de l'objet l'oeuvre, ou produit *opéré*.

#### *Finalités*

Daval (1981) soutient qu'il est possible de connaître l'action du fait que nous pouvons y lire telle loi praxéologique. Comme il y a une règle logique, il y a une règle d'action, une manière d'agir parmi tant d'autres qui nous dit *ce qu'il est préférable de faire*, nous

suggérant la meilleure procédure pour atteindre une fin donnée. Au vu de ceci, il est possible d'expliquer l'action humaine et de définir par induction les conditions requises par les modes spéciaux d'action situés dans différents systèmes. C'est ce que se propose la praxéologie, "destinée à la mise en pratique [...], elle dévoile les *a priori* de l'action" (Daval, 1981: 28).

L'objet premier de la praxéologie est alors "le recueil des impératifs qu'il importe de conseiller à tout agent qui veut efficace son action" (*id.*: 42). Par la suite, elle formule ces impératifs dans des propositions conditionnelles dont la forme générale est: "si tu veux obtenir tel résultat, agis de préférence de telle façon" (*id.*: 190) ou "si tu veux que, dans telle situation, ton action soit efficace, alors conforme ton action à telle prescription" (*id.*: 159). Ces propositions sont des conseils d'action qui se placent à des niveaux de généralité fort divers, à au moins trois niveaux: "le niveau métaphysique, le niveau des rôles ou le niveau des systèmes de moyens" (*id.*: 190). Un objet plus lointain de la praxéologie est la généralisation, i.e. la mise au point d'impératifs généraux d'efficacité à partir d'un grand nombre d'impératifs particuliers. Le produit est traduit dans des principes praxéologiques qui donnent un sens à l'action.

La praxéologie cherche donc à connaître l'action dans le but de tirer des conseils pour agir avec efficacité. Elle cherche aussi à généraliser ces conseils, soit à créer de nouvelles connaissances. Elle cherche enfin à donner un sens à l'action.

### *Stratégies et moyens*

Daval propose plusieurs moyens pour faciliter l'induction praxéologique parmi lesquels il y a l'observation directe et indirecte de l'action, l'analyse de l'information provenant de la situation de pratique et le recours au collectif de travail et à des réseaux de communication individuels et collectifs.

Nous avons vu que pour toute action, l' *Ego* est confronté à un "autre", un objet, une personne ou un collectif. Or, le choix d'un moyen opéré par l' *Ego* est d'autant plus efficace qu'il dispose d'un ensemble d'informations riches et adaptées sur l' "autre", quel qu'il soit. L'*Ego* peut alors établir des prévisions sur les résultats de chacun des choix de moyens d'action qui s'offrent à lui. Pour rendre possible la formulation de conseils praxéologiques particuliers et singuliers à partir de principes généraux, Daval (*id.*: 28) trouve "qu'il faut des spécialistes pour le passage de l' *a priorique* abstrait à la réalité concrète et vivante".

### *Observations critiques*

Daval voit dans l'action une réponse consciente et réfléchie d'un agent agissant et il définit la praxéologie comme une logique individuelle de l'action. Son approche inductive se satisfait de l'étude de la forme "matérielle", "observable" de l'action et de ses résultats. Il admet que l'agent définit une série d'actes jugés efficaces, mais il ne cherche pas l'acte mental de l'agent qui en est responsable. Il se propose d'induire des principes praxéologiques à partir de l'action, mais il ne décrit pas le type de processus ni les opérations mentales qui y sont mis en jeu et qui interfèrent dans le choix des finalités ou des moyens d'action opérés par l'agent. Certes, il distingue l'agent opérant de l'objet opéré, mais il ne dessine pas des interactions entre les deux pôles en cours d'action ni leurs transformations, quand elles ont lieu.

La démonstration de Daval demeure générale. Il se suffit d'affirmations sur la conscience, la lucidité et la réflexion et sur le comportement intentionnel. Son discours est peu explicite sur ces questions et sur l'induction de conseils praxéologiques qui se situent aux niveaux métaphysique et des rôles. Son recours au terme agent pour désigner le professionnel est significatif; le praticien n'est pas pour lui un acteur. Les principes praxéologiques définis de la sorte sont focalisés sur les résultats de l'action, non pas sur les processus d'action et de réflexion qui sont en jeu dans la pratique professionnelle.

Dans son approche Daval centre les conseils praxéologiques sur l'adaptation des moyens aux fins. Or, il est souvent difficile pour le CISH de préciser la fin de l'action qu'il mène dans des situations de travail complexes et incertaines. Les conseils particuliers peuvent aider le CISH à manifester des comportements spécifiques, adaptatifs, mais ils ne suffisent pas à développer des attitudes réflexives et ne peuvent l'aider à faire face à des situations de pratique complexes, elles font le plus souvent appel à la fois à des comportements spécifiques et à des capacités génériques.

Daval attribue de l'importance au recueil d'informations sur l'environnement direct de la pratique, mais il accorde peu d'importance aux facteurs présents en amont et en aval de la situation où elle se déroule. Or, ces facteurs influent de plus en plus sur l'action, au regard des développements technologiques et du changement de l'organisation du travail. Sur ces questions l'approche de Daval nous paraît rejoindre celle de la science-action, que nous présentons plus bas. Elle s'en rapproche aussi dans son volet sur la généralisation de principes praxéologiques, qui mentionne seulement qu'elle a lieu à partir d'un grand nombre

d'impératifs particuliers. Aussi, ce chercheur fournit peu d'indications sur les stratégies et sur les dispositifs andragogiques qui favorisent l'induction praxéologique.

Au vu de ce qui précède, nous considérons que l'approche de Daval en est une par résultats. Elle repose sur les effets de l'action, non pas sur la série d'actes qui la constituent ni sur le processus de PR qui y est en jeu. Cette approche est surtout prévisionnelle et adaptative, fort peu anticipative et non globale.

### **3-1-2. Le courant de science-action: la réflexion en cours d'action (Schön)**

La science-action cherche à stimuler la réflexion de la personne de façon à ce qu'elle choisisse librement la manière de changer son environnement. Elle se préoccupe en particulier d'aider les praticiens à améliorer leur pratique (Argyris et Schön, 1999) et de lier la théorie et la pratique (Argyris *et al.*, 1987). Co-fondateur de ce courant, Schön s'intéresse à la dimension cognitive de l'action alors qu'Argyris était centré davantage sur ses composantes socio-émotives (Eraut, 1995; Legault et Paré, 1995; Saint-Arnaud, 1993 b). Schön est l'auteur le plus cité dans la littérature sur la réflexion (James et Clarke, 1994; Stockhausen, 1994). Nous analysons cinq de ses publications, les monographies *La pratique réflexive: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (1994), *Educating the Reflective Teacher* (1987) et *Théorie et pratique professionnelle: comment en accroître l'efficacité* (1999) publiée avec Argyris. Nous étudions aussi l'article *Coaching Reflective Teaching* (1988) et les premier et dernier chapitres de *The Reflective Turn* (1991).

#### *Postulats et concepts de base*

Schön (1987) veut élaborer une épistémologie de l'agir professionnel, *Thinking in Action*. Il soutient que le savoir et l'agir sont des entités inséparables et que deux facteurs concourent à l'efficacité du praticien: son habileté et les connaissances comprises dans l'action qu'il mène. Pour ce chercheur, la logique de l'affirmation et de l'exploration fixe la rigueur des expériences, elle passe avant la logique de confirmation puisque le praticien cherche avant tout à changer la situation. Son approche se centre sur la réflexion en cours d'action, qu'il associe à une forme de recherche qui se propose de négocier une situation de pratique posant problème. Pour lui, la réflexion en cours d'action survient face à un événement imprévu qui surgit dans la situation. En réfléchissant sur cet événement le praticien met à jour la compréhension intuitive qu'il a des phénomènes auxquels il a été

attentif et ses propres manières spontanées de penser et d'agir, et il cherche à clarifier les fins de l'action et les moyens pour les atteindre. Dans une tentative de structurer la situation dans laquelle a surgi l'événement, il considère l'enchaînement des événements de l'action vers la réflexion, en tenant compte de la complexité, de l'incertitude, de la singularité et du conflit de valeurs, puisqu'ils jouent un rôle dans la pratique professionnelle. Pour rendre ceci possible, le praticien agit en premier puis réfléchit de façon à découvrir le raisonnement tacite qui a informé son action.

La recherche réflexive qui structure la situation comporte alors trois processus qui s'accomplissent en même temps<sup>13</sup>: 1) le praticien active son répertoire familier pour en extraire un élément qu'il considère comme un exemple type ou une métaphore génératrice qui l'aide à traiter le phénomène nouveau ou problématique, 2) il formule de nouvelles hypothèses qu'il va vérifier en 3) accomplissant certaines expériences dans lesquelles il cherche à modéliser la situation. Schön (1991) dessine le processus de PR dans une spirale réflexive, *The Reflective Turn*, et il propose de définir un cadre d'analyse dans lequel poser un problème et le restructurer; il ramène même la réussite de la structuration d'une situation problématique à la définition de ce cadre.

Quand le praticien réfléchit après l'événement sur le produit de la réflexion en cours d'action, il fait de la réflexion sur l'action. C'est la signification immédiate pour l'action qui distingue ces deux formes de réflexion, qui sont toutes les deux guidées par la théorie (Schön, 1988).

### *Finalités*

Schön veut ainsi que le praticien se familiarise avec l'épistémologie propre de l'action en réfléchissant sur la connaissance implicite qui s'y trouve car la réflexion en cours d'action lui permet de choisir des solutions appropriées au problème posé. Même, "la réflexion en cours d'action et sur l'action est essentielle à la virtuosité déployée par des praticiens face à certains cas dérangeants parce que divergents rencontrés en pratique" (Schön, 1994: 97). Schön identifie ainsi comme finalité principale de la science-action le développement professionnel du praticien, qui passe par la maîtrise de capacités de raisonnement et la manifestation d'attitudes réflexives, telles l'auto-évaluation et l'auto-réflexion dans l'action.

---

<sup>13</sup> Schön s'inspire de l'épistémologie génétique de Piaget qui distingue l'abstraction simple, qui porte sur les qualités des objets, de l'abstraction réfléchissante qui porte sur les actions en cours ou qui ont eu lieu. Cette dernière est à la source des opérations de la pensée définies comme une coordination des activités sous un mode de représentation mentale.

La seconde finalité de la science-action est le changement des valeurs du praticien et des structures bureaucratiques de l'entreprise. L'apprentissage est efficace quand le praticien passe du modèle I au modèle II de la théorie d'usage, il se soucie de se former, pour devenir plus efficace, de se développer personnellement et d'avoir une qualité de vie au travail; il veut dépasser l'esprit de compétition et l'action encadrée par la seule rationalité instrumentale (Argyris et Schön, 1999).

Par ailleurs, le praticien qui apprend à créer des occasions pour réfléchir en cours d'action enrichit son répertoire et développe son langage. Il développe dans sa *praxis* des théories d'action. Formulées puis interreliées, elles forment des *Theories of Practice*, soit des généralisations et de nouvelles connaissances induites à partir de l'expérience. Ceci est une troisième finalité associée à la science-action par Schön.

### *Stratégies et moyens*

Pour que le praticien réfléchisse, Schön (1994) propose de faire appel à des techniques d'intervention et à des moyens qui ralentissent le déroulement de l'action, créent des conditions favorables au déploiement de la PR et se centrent sur l'émergence de connaissances tacites. Parmi les moyens il cite le discours du praticien, la rédaction d'histoires de cas, l'atelier réflexif, le contrat réflexif praticien-"client" et le partenariat praticien-chercheur. Nous observons aussi que les formateurs et les chercheurs de science-action recourent à des méthodes ethnographiques et à des histoires de vie des individus et des groupes, en continuité de la voie tracée par Schön et Argyris.

Pour faciliter la tâche au praticien qui veut diagnostiquer les théories d'usage qui ont guidé son action, Argyris et Schön (1999) conseillent entre autre de rédiger des histoires de cas dans lesquelles ils décrivent le comportement observable. Pour faciliter la rédaction, ils lui proposent un modèle d'analyse à cinq composantes<sup>14</sup>, qu'ils dénomment modèle I d'une théorie d'usage.

Aux formateurs qui choisissent le discours en tant que moyen, Schön (1994) conseille de demander au praticien de nommer et de reconstruire un problème en s'aidant d'une grille d'analyse pour dégager le discours sous-jacent à partir du discours manifeste sur la pratique.

---

<sup>14</sup> Ces composantes sont : 1) les variables régulatrices, 2) les stratégies d'action, 3) les conséquences sur le comportement, 4) conséquences sur le comportement et 5) l'efficacité. Le modèle II comprend la composante conséquences pour la qualité de la vie.

À l'intention du praticien qui veut développer son raisonnement, Schön (1991: 319) recommande de poursuivre à deux la réflexion car "la description d'un savoir intuitif entretient la réflexion et rend le chercheur [i.e. le praticien] capable de critiquer, de tester et de restructurer sa façon de voir".

Schön s'est intéressé en particulier au discours, dans lequel il voit une "imitation de l'action". Pour cette idée, il a été fortement critiqué par des chercheurs. Il corrige le tir en 1991, observant que le discours est un construit qui peut prêter à erreur, fixant le narrateur dans une image "figée". Il observe aussi que différents narrateurs peuvent élaborer des pensées différentes au sujet d'une "même" réalité et que le discours "pose la question de l'objectivité, et par là même augmente le spectre du relativisme" (1991: 347). Il conseille en conséquence la prudence à celui qui interprète un discours. Dans son écrit de 1987, il trouvait difficile pour le praticien de traduire dans une forme verbale, formelle, la connaissance tacite puisqu'elle est dans l'action, et évaluait que *"our descriptions of knowing-in-action are always constructions. They are always attempts to put into explicit, symbolic form a kind of intelligence that begins tacit and spontaneous"* (id.: 25).

Enfin, Schön trouve dans son écrit de 1991 qu'un discours peut emprunter à plus d'une des quatre catégories de discours suivantes: des discours manifestes sur la pratique, des métadiscours de recherche sur la pratique, des histoires causales et des discours "sous-jacents". Un discours peut emprunter à plus d'une de ces catégories. Toutes ces catégories suggèrent un détachement du concept avec la réalité, *"but the categories are nonetheless distinct from one another, and the effort to distinct them is central, as I shall try to show, to the question of appropriate rigor"* (id.: 344).

#### *Observations critiques*

La distinction établie par Schön entre la science expérimentale et la science-action n'est pas évidente. Sa démarche de structuration de la situation-problème, qu'il veut transformer en un cas contrôlable de recherche dans l'action, ressemble à la démarche scientifique. La principale nuance selon nous est que Schön déplace le "laboratoire" de recherche au plus près de la situation de travail. Sur la base de ceci nous pensons comme Eraut (1995) que Schön demeure dans le paradigme scientifique, bien qu'il prétende le réfuter. Il a simplement mis en relief les connaissances pratiques, *a form of practice-based know how*, qu'il a appelé connaissances dans l'action ou connaissances tacites et spontanées.

Il y a des contradictions dans les développements théoriques de Schön. Tantôt il veut que le praticien se libère des "théories épousées" et d'autres fois il lui demande d'y faire appel pour guider ses réflexions en cours ou sur l'action, sans toutefois préciser les rapports entre la "théorie pratiquée", la "théorie épousée" et les métadiscours sur la pratique. Il ne propose pas au praticien de temps séparés pour dégager les traces de l'action qui relèvent des techniques mises en oeuvre ou de ses choix et de ses intentions. Il veut que le praticien généralise les connaissances à partir de son expérience dans des *Theory of Practice*, mais ne clarifie pas les processus ni les critères qui permettent la généralisation ni encore la nature des nouvelles connaissances, se contentant de les qualifier de tacites et d'indiquer qu'elles sont validées auprès de communautés d'enquêtes, des communautés de pratiques sociales déjà existantes. Nous doutons comme Toupin (1993) de la valeur de pareille validation.

Nos critiques ne doivent pas être comprises comme une négation de l'approche de Schön. Au contraire, nous trouvons important de ne pas nous limiter en PR aux seules connaissances académiques, mais Schön évacue la relation entre celles-ci et les connaissances dans l'action. Il limite la dimension cognitive de la PR à la tentative du praticien de modifier son comportement pour l'accorder à son nouveau modèle d'action, il ne dit rien sur le développement de ses outils cognitifs, qui est considéré essentiel en PR par Malglaive (1993). Plutôt que de répondre à pareilles questions, Schön préfère s'abriter derrière une attitude de réserve.

Schön privilégie le discours à titre de moyen de réflexion affirmant tantôt qu'il est une "imitation de l'action" et d'autres fois un construit pouvant prêter à des erreurs d'interprétation et ne pas reproduire fidèlement les connaissances qui sont dans l'action. Il trace pour le discours des limites associées aux structures cognitives du praticien, mais ne dessine pas d'avenues qui disent comment composer avec pareilles limites.

Il y a d'autres insuffisances dans l'approche de Schön. Par exemple Legaut et Paré (1995) trouvent qu'elle accorde peu de place à la prise de conscience de la situation et ne s'intéresse pas au vécu du praticien. Ces chercheurs appellent en contrepartie d'ancrer l'analyse réflexive dans le vécu. Sur la base du même constat, Badwin et Williams (1988), Boud *et al.* (1985), Eraut (1995), O'Hanlon (1992) et Winter (1987) formulent la même recommandation.

Nous observons qu'O'Hanlon (1992) évalue que l'approche de Schön accorde la préséance à l'action sur la recherche, même que cette dernière l'absorbe, transformant le processus de PR en une recherche dans l'action, une forme de résolution de problèmes débutant par une évaluation de la situation existante. Pareille "réflexion immédiate", décrite au "centre de l'action", n'est qu'une forme de raisonnement pratique qui mène le praticien à faire des tentatives pour penser et agir. Elle peut changer l'action mais ne peut être tenue pour une réflexion, qui suppose plutôt une recherche délibérative et analytique des données résultant de l'action. Ce chercheur voit que la réflexion ne peut avoir de connexion directe avec l'action en cours, elle prend place après l'événement et ne peut être qu'une réflexion sur l'action et non pas une réflexion dans l'action, la recherche étant intégrée à la PR plutôt qu'à l'action. Nous observons en effet que Schön développe peu dans son approche la notion de réflexion sur l'action et ignore la réflexion sur les produits de la réflexion en cours d'action ou sur l'action. Il n'étudie pas non plus le phénomène de l'action, comme le font Daval (1981) et Malglaiive (1993, 1994).

Dans le même ordre d'idées, Fenstermacher (1988) reproche à Schön d'utiliser le terme recherche pour désigner la réflexion du praticien dans sa pratique quotidienne. Selon lui, cela crée de la confusion car les systèmes de l'activité scientifique et de l'activité professionnelle sont différents. Réfléchissant sur les relations entre la réflexivité courante de l'interaction et la réflexivité analytique de la théorie, Winter (1987) considère que toute expérience peut constituer une occasion pour théoriser, et c'est seulement quand la tension entre les deux types de réflexion est éprouvée qu'il y a dialectique entre le théoricien et le praticien. Traitant du dialogue, il suggère au praticien qui veut développer une théorie de confronter les réflexivités courante et analytique.

La vision de Schön de la FCPR part du particulier et demeure dans le particulier, le changement visé ne dépassant pas la situation dans laquelle a surgi l'événement imprévu et qui a servi de déclencheur de la réflexion. Il limite l'analyse réflexive à la situation-problème, ne l'élargit pas aux éléments relationnels entre le praticien et les autres acteurs concernés par elle ni aux influences environnementales non plus, comme l'entrevoient Daval (1981) et Kolb (1993) et le développe Honoré (1980, 1992); il mentionne les valeurs en FCPR, sans les développer toutefois. Son approche de l'action est évaluative, focalisant la PR sur la logique de l'affirmation et de l'exploration, sur le changement et les objectifs propres du praticien, en négligeant ceux des autres acteurs. Elle développe la professionnalité, mais touche peu au professionnalisme (Eraut, 1995) ou au développement personnel et culturel (O'Hanlon, 1992). Ce sont là d'autres limites de l'approche de Schön.

Enfin, nous observons que Schön associe à l'effet de surprise et à la perception des changements découlant des actes initiaux du praticien le besoin de réfléchir en cours d'action. Il néglige d'autres procédés de réflexion qui ont lieu avant, pendant et après l'action, de façon volontaire ou méthodique. Pour lui, la PR a lieu *a posteriori*, mais elle n'est pas un processus continu, comme le veulent Daval, Honoré et Malglaive. L'approche de Schön est réactive, non pas proactive ou anticipative. Pareilles insuffisances sont aussi relevées par Badwin et Williams (1988) et Grundy (1987).

Ces limites que nous relevons nous amènent à conclure que, bien que l'approche de Schön apporte des réponses à la FCPR du CISH, il y a un risque de la conduire à une adaptation étroite de l'acte de formation aux seuls problèmes de l'activité quotidienne et de négliger le développement de capacités génériques du CISH. Pareilles limites expliquent le score faible obtenu par son approche quand elle est rapportée à la FCPR du CISH (voir Annexe I).

### **3-1-3. Le modèle de connaissances par l'action (Saint-Arnaud)**

Saint-Arnaud a interprété l'idée de science-action. Nous étudions ses deux monographies *L'action efficace: guide de réflexion pour améliorer ses relations humaines* (1986) et *La connaissance par l'action* (1994), ses deux articles *Pratique-formation-recherche: une histoire de poupées russes* (1993 a) et *Le guide méthodologique pour conceptualiser un modèle d'intervention* (1993 b), parus dans un ouvrage collectif. Nous étudions aussi ses deux articles *Le discours de la méthode* (1992) et *Pratique, formation et recherche: l'espoir d'un dialogue* (1995) ainsi que des documents en *préprint*. Comme Saint-Arnaud reprend la plupart des idées développées par Schön, nous nous contentons de présenter ses apports spécifiques.

Saint-Arnaud associe à la FCPR des finalités qui recourent celles de Schön, soit le développement d'attitudes réflexives chez le praticien pour qu'il rende sa pratique plus efficace, le développement d'un modèle d'action et l'émergence de connaissances nouvelles sur la pratique. Il met l'accent sur la contribution de la FCPR à la recherche quand elle forme des praticiens-chercheurs, finalité qui est seulement évoquée par Schön.

En milieu psychosocial, Saint-Arnaud développe cinq aspects dans le prolongement des travaux de Schön et d'Argyris: 1) la place qu'occupe l'intention du praticien dans la

réflexion en cours d'action, 2) le passage du modèle de la science appliquée au modèle personnalisé d'intervention du praticien-chercheur, qui en est un de science-action, 3) un outil pour aider le praticien à conceptualiser ce modèle et 4) une structure de programme unifié de formation et 5) une école de formation professionnelle universitaire.

Saint-Arnaud (1993 b, 1994) soutient qu'il y a un rapport de croissance entre l'expérience du praticien, définie comme la répétition de gestes professionnels accompagnée de réflexion spontanée, et l'efficacité de la pratique professionnelle. Il voit à l'instar de Schön que le praticien qui réfléchit dans l'action fait de l'exploration, de l'expérimentation, i.e. il pose des actions de façon telle qu'il pourra en observer les effets, et de la vérification d'hypothèses. Cependant, Saint-Arnaud (1993 a, 1994) prend ses distances de Schön quand il observe que la réflexion en cours d'action, *Thinking in Action*, décrit le processus mental qui permet à un praticien de s'adapter à chaque situation, une sorte de dialogue avec la pratique professionnelle au cours duquel il précise son intention et se demande *Qu'est-ce qui arrivera si... ?* Ce processus fait appel à un ensemble de catégories mentales, de règles de jeu et de principes d'action, il mène le praticien à conceptualiser un modèle d'intervention à l'aide duquel il traite des données sur la pratique dans un temps relativement court.

Nous voyons ici que Saint-Arnaud (1994) s'intéresse au processus cognitif du praticien en PR et décrit des interactions entre ses actes mentaux et matériels, qui constituent l'action, et les transformations de l'objet qui en découlent. Il introduit aussi la notion de temps à titre de facteur d'efficacité de la pratique. Pareilles analyses le rapprochent des idées de Malglaive et de celles de Kolb sur la PR, comme nous le verrons plus loin. Par contre, nous avons vu que Schön fait une simple allusion à la dimension cognitive de la PR et ne considère pas le facteur temps dans sa théorie. Si Daval reconnaît qu'il y a une série d'actes mentaux dans l'action, il les ignore aussi dans son approche de PR.

Saint-Arnaud (1993 a, 1994) retient les deux indices suivants pour juger de l'efficacité de l'action menée par le praticien: 1) l'effet visé par le praticien est produit et peut être observé dans le comportement verbal et non verbal de l'interlocuteur, ce qui signifie que le praticien qui veut réfléchir sur sa propre efficacité commence par la recherche de la réponse à la question *Qu'est-ce que j'attends de mon interlocuteur ?* et 2) il y a absence d'effet indésirable du point de vue du praticien. Ces deux éléments nous montrent que Saint-Arnaud nuance une nouvelle fois Schön. En se centrant sur l'effet visible de l'action, Saint-Arnaud déplace la PR vers l'étude de l'effet de l'action et des comportements de l'interlocuteur, alors que Schön se centre plutôt sur l'étude du discours. En faisant intervenir

l'interlocuteur dans l'analyse de l'action, Saint-Arnaud rejoint, une autre fois, Daval avec ses considérations sur le recueil d'informations sur les intentions de l' *Alter Ego*. Il rejoint aussi Malglaive (1993) dans sa conception de la communication en co-action avec autrui.

Saint-Arnaud (1994: 61) partage l'approche évaluative de l'action de Schön et centre, comme lui, la FCPR sur la logique de l'affirmation et de l'exploration. Comme lui, il veut aider le praticien à faire émerger la "théorie pratiquée", à passer d'un modèle I à un modèle II d'intervention, qui serait plus efficace à la fois pour l'apprentissage et pour la pratique professionnelle. Les méthodes auxquelles recourt Saint-Arnaud pour analyser la situation recherchent surtout l'adaptation des moyens aux fins que s'est fixées le praticien, au travers des deux questions suivantes: "1) ai-je pris les bons moyens pour obtenir ce que je voulais ? 2) était-il possible d'obtenir ce que je voulais (mon attente est-elle réaliste) ?" Ici, Saint-Arnaud emprunte le même chemin que Daval (1981).

Nous avons vu que Schön est confus quand il traite de la relation des savoirs théoriques avec le praticien ou avec la pratique. Plus précis, Saint-Arnaud (1993 b, 1994) attribue au savoir théorique un rôle important pour le praticien débutant et pour le développement de communautés professionnelles. Nous observons que ces deux chercheurs ont une approche similaire du dialogue en FCPR mais les rôles qu'ils attribuent au groupe sont spécifiques: Schön (1994) le voit un moyen de développement de la PR alors que Saint-Arnaud (1993 b) lui attribue une fonction de soutien.

Nous avons pointé des rapprochements entre les idées de Saint-Arnaud et de Schön quelques fois, et de Daval d'autres fois. Comme le montre notre analyse, Saint-Arnaud (1993 b: 406, 407) tente de concilier les principes de science-action avec la praxéologie, dans une tentative d'élargissement de la première. Pour lui, "la praxéologie est une démarche construite de conscientisation de l'action (visées, méthodologie, processus), tant dans ses pratiques quotidiennes que dans ses visées de changement; ceci dans une perspective micro et macrosociale".

### **3-1-4. Le courant de l'apprentissage expérientiel (Kolb)**

L'apprentissage expérientiel, *Experiential Learning*, est sous-jacent à la plupart des théories de formation continue (Dumas, 1995; Finger, 1989) et de ses pratiques (James et Clarke, 1994; Laplant, 1988; Marsick, 1988). Il puise dans les traditions humaniste et progressiste américaines. Auteur majeur de ce courant, Kolb qualifie sa théorie de

l'apprentissage intégrative, "transactionnelle", écologique et holistique en ce qu'elle combine expérience, perception, cognition et comportement (Kolb, 1993). Comme Dewey, il attribue le rôle premier à l'expérience dans l'apprentissage expérientiel (1984).

Nous étudions ses trois monographies *Organizational Psychology: An Experiential Approach* (1974), *Changing Human Behavior: principles of planned intervention* (1974), *Experiential Learning: experience as the source of learning and development* (1984) et le chapitre *The Processus of Experiential Learning*, publié dans un ouvrage collectif en 1993.

#### *Postulats et concepts de base*

Kolb (1993) trouve que la pratique met en relation la personne, le groupe, l'environnement socialisé et l'époque, la relation étant à la fois une adaptation et une transaction. Il situe l'apprentissage expérientiel vers le moyen terme d'un continuum performance-apprentissage-développement d'attitudes adaptives à l'environnement physique et social, ces éléments ne variant que par leur degré d'extension dans le temps et dans l'espace.

Selon lui, la connaissance est le résultat d'une transaction entre les connaissances sociales et personnelles, soit entre les expériences objective et subjective de l'apprenant. Kolb (1993: 149) soutient qu'il y a un principe de continuité de la connaissance et de continuité de l'expérience, que "les idées se forment et se reforment à travers l'expérience, elles se modifient continuellement par elle". Il découle de ceci que tout apprentissage est un ré-apprentissage dans lequel il y a à la fois un mécanisme d'intégration des connaissances et un mécanisme de leur substitution. Il y aussi une intégration des expériences concrète et émotive avec les processus cognitifs de l'analyse conceptuelle et de la compréhension qui jouent un rôle essentiel dans le choix, individuel, de la prise de décision et définissent les styles, individuels, d'apprentissage. Ces styles permettent la manifestation de compétences adaptives, "*adaptive competencies*" (1984: 96) qui s'accomplissent dans des *patterns* stables de transaction avec le monde.

Au total, l'apprentissage, qu'il faut comprendre en terme de processus enraciné dans l'expérience plutôt qu'en termes de résultats, se produit par effet réciproque entre l'attente, i.e. la prévision et l'expérience. Celle-ci se transforme quand elle est globale et vécue dans un esprit d'ouverture, elle modifie le savoir implicite et l'apprenant change de comportement.

Les nouvelles connaissances, les nouveaux comportements et les nouvelles attitudes apparaissent par l'affrontement dynamique entre quatre modes adaptifs d'apprentissage expérientiel qui sont dialectiquement opposés et n'exigent pas de progression linéaire; ils représentent des moments d'un cycle (Kolb, 1984). Ces modes sont: 1) l'expérience concrète ou *feeling*, 2) l'observation et la réflexion sur cette expérience selon de nouvelles perspectives ou *watching*, 3) la conceptualisation abstraite ou *thinking* et 4) l'expérimentation active ou *doing*. L'apprentissage significatif survient lorsque la personne a réalisé les quatre moments du cycle, dont l'apport est d'égale importance par rapport à un objet d'apprentissage donné. C'est la méthode de résolution du conflit entre ces quatre modes qui détermine le niveau d'apprentissage et ses résultats. De la sorte, l'apprentissage, le changement et la maturité sont facilités par des processus cycliques qui impliquent l'expérience directe, la réflexion sur l'expérience et la formation de concepts abstraits<sup>15</sup>.

Kolb (1993) conseille à celui qui veut saisir le sens de la connaissance de comprendre le processus d'apprentissage, ce qui passe par l'étude de l'épistémologie: l'empirisme, l'*a priorisme* et les divers interactionnismes. Il lui recommande d'être sceptique quand il interprète les connaissances sociales, étant donné que le sens commun requiert la critique de la connaissance élaborée et que cette dernière demande la caution du sens commun.

Kolb (1974) trouve que la motivation représente un composant du comportement, "*she is valuable to the practicing manager*" (*id*: 85), elle est une fonction dynamique à la recherche d'accomplissement et influe sur la production. Trois éléments sociaux concourent à la manifestation de la motivation, *the need of affiliation*, à un groupe ou une institution, *the need for power and the need to achieve*. Le climat psychologique qui règne dans l'organisation "*can shape behavior toward affiliation, power or achievement*" (*ibid*: 85). Par "*their behavior, by the policies, procedures, reward systems, and structures they create, managers can significantly influence the climate in an organization*" (*ibid*: 85).

---

<sup>15</sup> En ceci, Kolb nuance la théorie du développement linéaire de Piaget, préférant associer le stade des opérations formelles à un niveau développemental qui est plus élevé que le premier stade caractéristique de l'orientation active de Piaget.

Kolb (1984) trouve que la socialisation professionnelle est une expérience vécue intensément, elle fait appel à des connaissances et des comportements, *"but also fundamental orientation of one's identity [...], a professional mentality"* (id.: 182). Cette mentalité professionnelle, se retrouve dans tous les domaines professionnels, repose sur des normes professionnelles et éthiques, des manières de penser et de se comporter et des critères sur la base desquels la personne émet des jugements et définit ses valeurs. Aussi, *"learning style is an important part of professional mentality. It represents the generic learning competencies that facilitate the acquisition of the specific competencies performace skills required for effectiveness in the core professional role"* (ibid.: 182).

### *Finalités*

Au vu de ce qui précède et parce que les changements sont rapides dans la société et dans les professions, la formation professionnelle et l'avancement de carrière doivent mettre l'accent sur l'acquisition de pareils styles d'apprentissage et, plus généralement, de compétences génériques d'autoformation plutôt que sur la socialisation professionnelle comprise comme des études stables, un apprentissage de connaissances spécialisées et une délivrance d'attestation de compétences; ces façons de voir anachroniques peuvent même être dangereuses pour la personne et pour la société (Kolb, 1984). Nous avons là une première finalité de l'apprentissage expérientiel.

L'apprentissage expérientiel a plusieurs autres finalités parmi lesquelles l'adaptation du praticien au monde. Il le peut quand il transforme son expérience dans ses formes subjective et objective et change son comportement au moyen de l'appropriation de nouvelles connaissances. Aussi, l'apprentissage expérientiel vise l'intégration de la théorie et de la réalité, de la réflexion et de l'action ainsi que la création de nouvelles connaissances, qui sont surtout sociales. En fixant ces finalités, Kolb est proche d'Honoré et de Malglaive.

Une autre finalité de l'apprentissage expérientiel est l'efficacité du praticien. Kolb (1984) veut le rendre plus efficace quand il lui suggère une typologie de systèmes de connaissances, une perspective à partir de laquelle il aborde les problèmes pratiques. Ici Schön se distingue de Schön et Saint-Arnaud. Eux aussi cherchent l'efficacité du praticien, mais ils ne proposent pas une typologie des connaissances.

Comme autres finalités associées par Kolb à l'apprentissage expérientiel nous trouvons: 1) dresser la nature des fonctions humaines spécialisées et étudier comment elles permettent

une attitude adaptative à l'égard du monde, 2) défaire et modifier d'anciennes idées et "croyances" et vaincre la résistance aux nouvelles idées et 3) définir d'autres rapports au travail et aux activités de la vie.

En fait, Kolb associe à l'apprentissage expérientiel le but ultime d'adaptation de la personne à l'environnement matériel et symbolique. Là, Kolb rejoint Daval, Saint-Arnaud et Schön.

### *Stratégies et moyens*

Pour que l'apprentissage expérientiel soit possible l'apprenant doit manifester cinq types de capacités: 1) s'impliquer totalement dans de nouvelles expériences, 2) observer et réfléchir son expérience selon de nouvelles perspectives, 3) créer des concepts qui intègrent ses observations dans des théories "saines" et logiques, 4) utiliser ces théories pour prendre des décisions et résoudre des problèmes et 5) choisir l'une des quatre premières capacités dans une situation spécifique d'apprentissage. C'est que l'apprentissage nécessite des capacités de pôles opposés, soutient Kolb (1993). Pour le faciliter, il suggère de faire émerger dans un premier temps les croyances et les théories de l'apprenant, puis de les examiner et de les tester. En cours de processus, les nouvelles connaissances s'intègrent à celles en place ou elles s'y substituent, l'apprenant modifiant son savoir implicite en le communiquant. L'accompagnement du formateur est essentiel pour faciliter le processus (Kolb, 1993).

Les méthodes et moyens d'apprentissage doivent considérer à la fois les différents styles d'apprentissage des apprenants et le contenu traité. En plus de considérer les styles d'apprentissage, les environnements d'apprentissage doivent viser l'interaction de l'apprenant avec son environnement professionnel et favoriser la manifestation de ses capacités d'apprentissage, pour rendre effectifs les quatre modes d'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984).

### *Observations critiques*

Kolb identifie cinq catégories de capacités que doit manifester l'apprenant, mais il ne dit pas comment rendre ceci possible, se contentant de reconnaître que leur acquisition est difficile. Nous nous demandons comment une personne peut agir et réfléchir dans le même temps ou comment elle peut être concrète, réagir immédiatement et théoriser à la fois. D'ailleurs Fortin *et al.* (1988) observent que les connaissances nouvelles n'émergent pas spontanément de l'expérience, mais seulement quand on recourt à une méthodologie et à une conceptualisation.

Parce que Kolb réduit l'expérience à l'expérimentation, son approche ressemble à la méthode de résolution de problèmes, même si elle est orientée vers l'expérience. Courtois (1989, 1992) et Finger (1989) voient qu'il y a dans cette façon de faire un risque de clôture de l'expérience et une absence de transfert et de généralisation, le savoir acquis en situation de travail étant de nature opérationnel et précaire. Nous observons d'ailleurs que les propos de Kolb sur les généralisations ne sont pas clairs.

Aussi Jarvis (1987) distingue les expériences porteuses de signification, *meaningful*, des expériences non porteuses de signification, *meaningless*, qui ne conduisent pas à un apprentissage. Or, Kolb ne fait pas pareille distinction. Il attire l'attention sur la compréhension des connaissances et sur l'apprentissage significatif, mais il est peu explicite sur ces questions et ne relie pas ce dernier à la nature de l'expérience. Aussi, sa démonstration sur la relation entre la PR et la compréhension des nouvelles connaissances n'est pas claire, contrairement à celle avancée par Honoré (1992).

Dans un autre ordre d'idées, Kolb néglige l'acquisition de connaissances théoriques, leur préférant l'activation du répertoire de l'apprenant; en ceci, il se distingue de Malglaive mais il rejoint Schön et Saint-Arnaud. Aussi, Kolb prône l'utilisation de la réflexion pour le ré-apprentissage surtout. La transformation de l'action en cours et la résolution de problèmes pratiques n'est pas prioritaire dans sa théorie; en ceci, il n'associe pas à la FCPR les mêmes finalités que les cinq autres chercheurs. Cette différence dans les finalités est relevée par O'Hanlon (1992) et Grundy (1987) quand ils comparent les approches de Kolb et de Schön.

En milieu d'entreprise, Dixon (1993: 2) évalue que l'apprentissage expérientiel "*can be expensive and dangerous*" et Senge et Gauthier (1992) trouvent qu'il repose sur l'observation des conséquences de l'action, ce qui est difficile, en particulier quand les effets de l'action se situent dans le futur ou en un lieu éloigné du système où se déroule l'action. De plus, ils relèvent que l'apprentissage expérientiel ne développe pas une attitude proactive chez le praticien et se centre sur des effets limités et immédiats de la pratique, risquant de fausser l'étude des problèmes les plus importants de l'entreprise, ceux qui concernent l'interaction des différentes fonctions entre elles. Sur la base de ces constats et parce que la nature stratégique des décisions de l'entreprise interdit l'erreur, ces trois chercheurs jugent que l'apprentissage expérientiel est illusoire.

À partir des mêmes prémisses et parce qu'on ne peut savoir exactement ce que l'on fait, Everson-Bates (1992) arrive aux mêmes conclusions que ces trois chercheurs pour le

contexte de soins, où la complexité des situations cliniques et les limites de l'attention humaine rendent souvent l'expérience vécue invalide et l'apprentissage expérientiel, inefficace. Pour remédier à ces risques et pallier à ces insuffisances, Dixon (1993) préconise à la place de l'apprentissage expérientiel un apprentissage "adaptatif" qui inclurait l'apprentissage expérientiel et l'apprentissage anticipatif ou innovateur, qui sont proactifs.

Il n'y a pas que ces limites. Ellerington *et al.* (1992: 52) en associent d'autres à l'apprentissage expérientiel, tant pour le praticien que pour l'entreprise:

*When learning from experience, we often make errors because our interpretations may be based on faulty reasoning, personal projections, the culture of an organisation, and taken-for-granted beliefs that have not been tested [...] This means that individuals can not benefit from learning, and thus the organization does not benefit.*

Les chercheurs discutent aussi des moyens de FCPR proposés par Kolb, lui reprochant de ne pas mentionner l'apport du groupe dans la FCPR. En milieu d'entreprise, Courtois (1992: 103) voit que "le partage de l'expérience, notamment avec des pairs, semble être un moyen privilégié de transformation de l'expérience dans de bonnes conditions". En contexte de soins, Everson-Bates (1992) a un point de vue proche d'elle, il estime que les soignants ont besoin de témoignages objectifs pour s'assurer qu'il sont arrivés à des résultats appropriés, témoignages qui proviennent de plusieurs sources, tels les *feed-back* des collègues, des "clients" et de leurs familles.

Nous observons enfin que Kolb n'indique pas comment le formateur peut jouer son rôle, qu'il limite à l'aide à l'apprenant en début de ré-apprentissage, ni s'il doit posséder des habiletés particulières pour le jouer. Aussi, il ne dit pas comment le praticien modifie son savoir en le communiquant, se contentant d'une simple affirmation.

Au vu de ce qui précède, nous trouvons que la théorie développée par Kolb est objet de controverses parmi les chercheurs et qu'elle a de nombreuses limites pour la FCPR, entre autres en contexte de soins. Nous pensons que l'approche de FCPR de Kolb est adaptative et évaluative, reposant sur les effets observés, sur les résultats de l'action. En rapport avec ces conclusions, nous trouvons que son approche ressemble à celles développées par Daval, Saint-Arnaud ou Schön. Parce que la vision de la FCPR véhiculée par Kolb est instrumentale et fonctionnelle, il y a faible contribution à l'innovation sociale.

### 3-1-5. Le courant socio-cognitif (Malglaive)

Malglaive (1987, 1993) évalue que les nouvelles technologiques amènent de profondes transformations des manières de faire. La régulation de l'action devient mentale et il est demandé aux travailleurs de faire preuve d'initiative, de responsabilité, de logique et de culture générale et, souvent, ils doivent résoudre collectivement des problèmes. Même, la réussite économique est rapportée à la "qualification" des travailleurs (Malglaive, 1994). Ceci devient un "casse-tête" pour les cadres de l'entreprise car ils sont peu habitués à cette nouvelle façon de faire.

Malglaive emprunte à l'épistémologie piagétienne le rapport de la connaissance avec l'activité humaine et son évolution à partir d'activités pratiques et localisées vers des structures abstraites. Il lui emprunte aussi la formalisation des connaissances et leur généralisation à partir de multiples situations. Il s'en démarque néanmoins quand il construit le rapport entre la théorie et la pratique (*praxis*) à partir de cette dernière.

Nous analysons la monographie de Malglaive *Enseigner à des adultes* (1993), ses trois articles, *Théorie et pratique: approche critique de l'alternance en pédagogie* (1982), rédigé avec Weber, *Les rapports entre savoir et pratique dans le développement des capacités d'apprentissage chez les adultes* (1994) et *Comment asseoir le concept d'université professionnelle ?* (1996) rédigé avec Decomps. Nous étudions aussi le chapitre *Quelles connaissances pour les nouvelles technologies ?* publié en 1987.

#### *Postulats et concepts de base*

Malglaive (1993: 41) voit que "la pratique, c'est tout ce qui concerne l'activité humaine, i.e. la transformation intentionnelle d'une réalité; elle présuppose un état initial et un dessein, une fin, soit l'état que prend la réalité à l'issue d'une transformation". Son point de vue est proche de ceux de Saint-Arnaud et Daval mais Malglaive s'éloigne de ces chercheurs quand il soutient que "la pratique est un phénomène objectif, moral et social" (*ibid.*: 41), se rapprochant plutôt d'Honoré. Malglaive fait la jonction entre les points de vue de ce dernier et de Daval dans sa conception de la motivation, lui attribuant une fonction dynamique à la visée instrumentale et trouvant sa signification dans l'utilité de la relation qu'elle a avec l'objet de la pratique et le monde et de la liberté du choix d'agir du praticien. Il découle de pareille façon de voir que la motivation pour l'action, professionnelle ou de formation, est intrinsèque et qu'elle est entretenue par les perceptions qu'a le praticien des changements

autour de lui. Même, la motivation peut amener dans certains cas le praticien à s'engager pour produire quelque effet dans l'environnement.

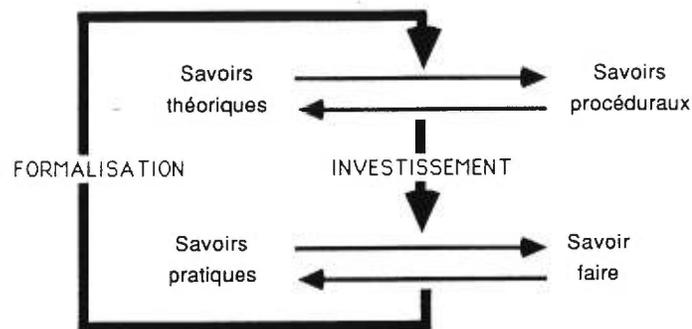
Malglaiive (1993, 1994) partage avec Daval, Kolb et Honoré l'idée qu'il existe un monde matériel et social et un monde symbolique, une pratique matérielle et une pratique symbolique, qui n'est pas seulement scientifique. Selon Malglaiive (1993), les discours "conceptuels" sur le réel et son fonctionnement sont liés à d'autres discours sur les manières de conduire les pratiques. Comme Artaud (1989) ce chercheur trouve des relations dialectiques entre la connaissance et la pratique, la connaissance étant en relation avec la pratique mais devant aussi s'en affranchir pour connaître objectivement le réel. Il voit que le passage de l'action à la connaissance se réalise à la faveur de trois processus: le processus *procédural* qui est relatif à l'action, le *processus objectal*, qui porte sur les objets transformés par l'action, et le processus *structural* qui relève des opérations de la pensée. Sur la base de ces analyses et du fait que la connaissance permet d'articuler des représentations et des opérations cognitives, Malglaiive (1993) soutient que celle-là est un développement de la structure des capacités de l'adulte.

Malglaiive (1993, 1994) voit que les "savoirs théoriques" entretiennent un rapport d'intervention avec les pratiques, au rôle à la fois heuristique, économique et de contrôle de l'action. Pareil rapport confère à ces savoirs un statut contradictoire par rapport aux pratiques: ils sont à la fois extérieurs à elles et interpellés par elles. La participation des savoirs théoriques au développement de la production passe par l'induction de savoirs procéduraux qui mènent "à construire des procédures rigoureuses en donnant le moyen de savoir à quelles conditions on peut faire ce que l'on veut faire, et quelles en seront les conséquences" (Malglaiive, 1993: 73). Cette façon de voir la relation entre les savoirs et entre les savoirs et les pratiques distingue Malglaiive (1982, 1993, 1994) des autres chercheurs, excepté Honoré et Daval avec lesquels il partage l'idée selon laquelle la théorie permet au praticien d'agir efficacement sur le réel, sans être normative toutefois. Néanmoins Malglaiive rejoint Kolb, Saint-Arnaud et Schön qui voient que la théorie guide la réflexion du praticien. Aussi, il donne une dimension économique à sa théorie de FCPR, comme Saint-Arnaud.

Les savoirs théoriques et les savoirs procéduraux sont formalisés. Ils permettent au praticien de maîtriser le *pourquoi* et le *comment* de l'activité, donc de "dominer, non seulement les procédures, mais encore les circonstances de leur mise en oeuvre, voire d'être capable de les transformer pour les adapter à la situation actuelle" (Malglaiive, 1993: 278). C'est

l'efficacité des savoirs procéduraux face à certaines situations ou à des problèmes liés à la pratique qui permet de présumer de la pertinence des savoirs théoriques qui participent à leur genèse. Acquis en dehors de l'action, les savoirs formalisés, doivent s'y investir pour déterminer, comprendre et réguler les diverses composantes de la pratique. Ce faisant, ils rejoignent les autres savoirs, savoirs pratiques et savoir-faire auxquels ils se combinent pour entrer dans une totalité structurée, le savoir en usage. Ce savoir possède une capacité structurelle d'évolution et les mécanismes de sa transformation sont constitués des outils de formalisation et plus profondément des opérations de la pensée, et il s'enrichit de l'expérience ou de nouvelles formalisations. En plus de fournir les données à formaliser, l'action est le moteur de la transformation du savoir en usage qui, à son tour, règle l'action; il s'agit d'un cycle.

Fig. 1: Le savoir en usage (source: Malglaive, 1993: 90)



L'action intervient dans le dynamisme fonctionnel du processus de réflexion, y dessinant deux logiques inséparables:

la logique de la mise en oeuvre, circuit court où le savoir en usage se structure pour s'investir dans l'action, la conduire et la diriger; la logique de la réflexion, circuit long qui doit se déployer lorsque le savoir en usage s'avère insuffisant pour mener à bien l'activité et qu'il faut en remanier la structure, l'alimenter de nouvelles formalisations pour continuer à agir (*id.*: 105).

La logique de reconstruction du savoir en usage est de la sorte liée à une logique d'utilisation, les savoirs théoriques venant appuyer le processus dans le cas où ils s'inscrivent dans une logique de signification. Notamment, ils doivent répondre à la question de ce qu'il faut savoir pour agir. Malglaive (1993) privilégie de la sorte la dominante cognitive de la PR et s'intéresse au pôle de l'acteur, ce qui ne veut pas dire qu'il ignore l'acte matériel ou le résultat de la pratique. En ceci, il nuance Daval et il est proche d'Honoré, de nouveau.

### *Finalités*

Au moyen de la FCPR, Malglaive veut aider le praticien à comprendre et formaliser la logique de l'action ainsi qu'à prendre conscience des outils cognitifs qu'il y a mis en oeuvre de manière implicite. Apprenant à raisonner à partir des situations de travail, le praticien arrive à mobiliser ses outils cognitifs et à construire des procédures pratiques efficaces pour une action future, anticipant l'impact des connaissances sur l'amélioration des pratiques. La finalité est l'efficacité du praticien, qui passe par le développement de ses capacités cognitives. En fait, puisque l'évolution des contenus de travail impose la prépondérance des savoirs procéduraux traditionnels, exprimés sous le mode rhétorique ou conceptuel, ce sont l'acquisition et la maîtrise cognitive des savoirs formalisés que vise la FCPR, sa finalité principale étant l'efficacité du praticien. Nous retrouvons ici une position de Malglaive qui est proche de celle qui mène Daval à formuler des conseils praxéologiques et de la préoccupation de Saint-Arnaud d'amener le praticien à construire un modèle personnalisé d'intervention. Nous verrons plus loin qu'Honoré "tient conseil" à propos de la pratique, mais pour des finalités différentes de celles de Malglaive.

En recourant aux notions de monde matériel et social et de monde symbolique Malglaive (1993) se propose entre autre de cerner de près la réalité des actions immatérielles interférant dans les pratiques professionnelles. Le but est à la fois d'identifier les besoins et de comprendre les demandes de formation. C'est là la deuxième finalité de la FCPR. Aussi, Malglaive propose sa théorie pour guider les démarches des formateurs soucieux d'enseigner "à partir de la pratique", maintenant que l'accumulation sans précédent des savoirs et le développement des moyens de leur diffusion imposent l'enseignement et la transmission de connaissances nouvelles. Il s'agit là de la troisième finalité de la FCPR.

### *Stratégies et moyens*

Malglaive (1987, 1993) soumet différents moyens pour la FCPR et attire l'attention sur les embûches possibles et les manières de les atténuer. Trouvant que les savoirs pratiques et les savoir-faire se transmettent dans l'action et par l'action, sur le mode agi le plus souvent, il propose pour aider le praticien à acquérir ces savoirs la voie matérielle d'acquisition des connaissances, qui "s'accompagne et s'enrichit d'une forme première de confrontation au monde symbolique: l'échelle d'informations et de significations de points de vue, d'idées, de savoirs, avec les partenaires de la co-action" (Malglaive, 1993: 103). Pour que le praticien prenne conscience du contrôle qu'il a exercé sur son action, Malglaive (1987, 1993) lui conseille d'expliquer les relations entre les actes et les états de l'objet qui en résultent pour chaque pas de la procédure qu'il a mise en oeuvre dans la pratique, avec l'aide

du formateur. En partant de la pratique et de ses questions concrètes, le praticien qui réfléchit acquiert des structures cognitives, puisqu'elles organisent et mettent en relation les contenus de l'action et de la pensée. Ceci signifie "partir des savoirs mis en oeuvre dans la pratique et les travailler, les élaborer sous une forme formalisée avec tout ce que cela confère de qualités nécessaires à l'anticipation, au calcul et à la communication" (Malglaive, 1994: 133). En procédant de la sorte, il est possible de rencontrer chez le praticien sa nature adulte qui fait que l'acquisition et la maîtrise cognitive des savoirs formalisés a lieu en relation avec leur mise en oeuvre dans des activités de pratique professionnelle.

Ainsi, selon Malglaive (1993) il est possible pour le praticien de formaliser des savoirs théoriques et des savoirs procéduraux à partir des savoirs pratiques et des savoir-faire (voir fig. 1). Ici, la voie d'acquisition des connaissances consiste en une confrontation au monde symbolique, reçu par l'intermédiaire de la communication avec autrui, directe par l'oral ou indirecte par l'écrit. Cette voie "ne limite pas l'apprentissage au domaine restreint de la situation dans laquelle se déroule l'action, au "vécu" immédiat: elle ouvre potentiellement le sujet à la totalité du monde tel qu'il est connu et conçu" (*id.*: 101-102). Le praticien peut également induire des savoirs théoriques à partir de l'observation de l'action au premier et au second degré et de son analyse réflexive.

Malglaive (1993) trouve que les moyens de FCPR doivent tenir compte des difficultés qui peuvent se poser. La difficulté la plus fréquente en FCPR est le sentiment d'incapacité chez le praticien face à certaines tâches dont il se fait une représentation complexe. Or, la théorie des systèmes conseille de rechercher la complexité dans la représentation plutôt que dans la tâche. En recourant à une progression récursive par suite de tâches et d'activités, il s'ensuit une dynamique d'ensemble de la structure des capacités permettant de résoudre le problème de la complexité de la tâche, donc de contourner la difficulté.

Une autre difficulté est que le praticien ne dispose pas toujours des outils de formalisation nécessités par les opérations cognitives mises en jeu dans la PR concernée. Malglaive (1993) conseille dans ce cas de faire appel à des techniques qui développent la logique et les outils cognitifs de l'apprenant, telles celles proposées par les tenants de l'éducabilité cognitive, les ateliers de raisonnement logique ou les programmes d'enrichissement instrumental. Il conseille aussi d'aider le praticien à comprendre les disciplines, puisqu'elles sont des médiatrices de l'apprentissage du raisonnement. Auquel cas, il faut se centrer sur l'acquisition de la structure des connaissances disciplinaires, non sur la seule étude des résultats qu'elles permettent. Il faut considérer le mécanisme d'équilibration et opter pour

des contenus pédagogiques qui permettent une activité autonome des apprenants. Dans tous les cas, il faut mettre l'accent sur la relation pédagogique et porter attention à la qualité de la démarche des apprenants pour que "la construction des structures cognitives des adultes devienne une remédiation de l'ensemble des opérations logico-mathématiques" (Malglaive, 1994: 131). Par cette position, Malglaive veut compléter la théorie de l'abstraction réfléchissante de Piaget par la médiation cognitive de Feurstein *et al.* (1979) et Feurstein *et al.* (1983).

Malglaive (1993: 37) conseille également d'enseigner pour que le praticien acquière des savoirs théoriques et procéduraux et pour "aider ceux qui apprennent à construire une articulation durable de données étrangères avec leurs connaissances antérieures et leurs habitudes d'appréhender les choses, en y déployant leurs activités cognitives". À cette fin l'enseignement doit faire appel au langage conceptuel, rhétorique ou figural pour favoriser l'activité cognitive de celui qui apprend, pour qu'il déploie sa pensée dans un discours explicatif.

Il est à noter enfin que Malglaive (1993) accompagne sa théorie de réflexions ouvrant sur la mise en place de dispositifs andragogiques concrets, souples et multiformes qui prendraient les activités professionnelles comme fin et comme moyen de fonctionnement de ces dispositifs. Ceci veut dire que les dispositifs sont articulés aux situations de travail, évoluent et se transforment avec elles, stimulant la motivation du praticien en reliant ses attentes aux finalités de la FCPR, puisque celle-ci est "instrumentale" et reliée aux projets personnels avant tout. Une université professionnelle de l'entreprise peut veiller à la mise en place de dispositifs andragogiques appropriés, à la mise en oeuvre de la FCPR plus généralement (Decomps et Malglaive, 1996).

### *Observations critiques*

Nous observons que Malglaive centre la PR sur les interactions praticien-objet de la pratique et praticien-formateur et accorde peu d'intérêt aux autres praticiens impliqués dans la situation de pratique et aux facteurs environnementaux qui peuvent l'influencer. Il considère la PR comme une activité cognitive surtout et néglige ses aspects développemental et émancipatoire, des aspects que nous retrouvons chez Honoré et en partie chez Kolb. Nous relevons aussi qu'à l'instar de Daval et de Saint-Arnaud, Malglaive construit sa théorie de FCPR autour d'actions "instrumentales" portant sur des objets physiques surtout. Il ne fait pas allusion aux dimensions relationnelles ou sociales de pareilles pratiques et à leurs effets sur les praticiens qui y sont associés. Pourtant nous avons vu en contexte les limites de la

rationalité instrumentale eu égard aux complexités de la pratique et aux changements des façons de faire requis pour aborder les problèmes en ces temps de la modernité.

Malgré que sa théorie se centre sur les savoirs procéduraux orientés vers la régulation de la pratique, mais il effleure l'aspect social de la pratique et ne dit presque rien sur son aspect moral ou éthique. Il attribue à la FCPR la finalité d'efficacité de la pratique dans une optique fonctionnelle, négligeant des finalités plus globales. La recherche du sens de la pratique ou la construction de l'identité socioprofessionnelle ne sont pas prioritaires dans sa conception de la FCPR. Pourtant, il écrit que la pratique est un phénomène objectif, moral et social. Par ailleurs, il définit des qualités des dispositifs pédagogiques mais propose peu de dispositifs pour orienter les activités du praticien en formation ou du formateur.

### **3-1-6. Le courant socio-existential (Honoré)**

Honoré (1992: 42) soutient qu' "une pratique de formation est une activité située dans son milieu, datée dans une évolution, organisée selon certaines règles ou certains principes et, de quelque manière, valorisée". Plus généralement, il voit qu'une pratique exprime une relation entre la personne, le groupe, l'environnement socialisé et l'époque.

L'étude porte sur trois de ses monographies, à savoir *Vers l'oeuvre de formation: l'ouverture à l'existence* (1992), *Pour une pratique de la formation: la réflexion sur les pratiques* (1980) et *Pour une théorie de la formation: dynamique de la formativité* (1977). Elle porte également sur trois chapitres d'ouvrages collectifs: *Démarche de projet et démarche de santé* (1994), *Vers une conception globale de la formation pour une évolution des pratiques hospitalières* (1983) et *Quelle formation ? Réflexions pour contribuer à fonder une politique et une étude de la formation* (1974). Nous avons aussi étudié l'article *La formation globale en hôpital* (1987).

#### *Postulats et concepts de base*

Honoré (1992) définit une hiérarchie de niveaux réflexifs, chacun d'eux étant informé en puisant l'énergie dans le décalage avec un niveau sous-jacent, décalage qui est créé par l'apport d'information du niveau inférieur au supérieur. Il considère que la formation est un "processus d'énergisation des divers niveaux réflexifs, réflexe, réflexif et métaréflexif, entraînant une réorganisation avec une information nouvelle de ces niveaux" (*id.*: 39). Dans cette hiérarchisation des niveaux réflexifs, il situe la réflexion en tant qu'un réflexe du

deuxième ordre, i.e. elle prend pour objet d'incitation ce qui constitue dans l'espace psychique le contenu du réflexe. Il trouve que la réflexion objective le sujet et subjective l'objet, suspend les automatismes réflexes et ouvre à la durée, au champ du décidable. Ce chercheur distingue la formation, que rend possible la réflexion et la métaréflexion, de l'apprentissage, qui est permis par l'activité réflexive.

La réflexion est un processus pour Honoré (1992), il y distingue deux moments. Au premier, d'intériorisation, elle se manifeste par la perception, qui aboutit à une représentation, et par l'observation au caractère intentionnel. Au second, d'extériorisation, elle est source de la représentation et de l'imaginaire. Au niveau du trait d'union entre ces deux moments siège la conscience, ses états étant caractérisés par la présence d'images en voie d'être signifiées. Honoré (1992) distingue la conscience non réflexive de la conscience réflexive et définit la prise de conscience comme le passage de la première à la seconde, elle résulte de la réaction d'adaptation psychique face à une situation imprévue et vise le maintien de la cohérence.

Au moment où l'activité réflexive prend pour objet le résultat d'un premier niveau de réflexion sur la pratique, elle devient réflexive au second niveau, soit une critique de la signification selon un processus qui ajoute au jugement de connaissance un jugement axiomatique. Il en résulte une transformation de la pratique, sa valorisation dans des significations nouvelles et la redécouverte de ses formes cachées et oubliées. Alors "réfléchir sur une pratique, c'est exercer une activité psychique prenant une pratique comme objet d'observation et de réflexion, c'est rechercher le sens des actes et de leurs produits dans le milieu où cette pratique est exercée" (Honoré, 1992: 42)<sup>16</sup>.

Quant la réflexion porte sur la réflexion sur la pratique, elle devient une métaréflexion qui ouvre aux théories et aux systèmes de valeurs, oriente la réflexion et donne un sens au monde. Les produits sont les valeurs esthétiques sur le versant sensible de l'intériorisation et les valeurs morales sur le versant moteur. Au moment où la réflexion devient métaréflexion, la formation est une expérience vécue dans l'angoisse et dans l'espoir (Honoré, 1980, 1992).

---

<sup>16</sup> Nous relevons ici des nuances importantes entre les chercheurs. Honoré et Malglaive voient que la PR est une activité à dominante cognitive, psychique, mais Daval abstrait l'espace psychique de la personne dans la PR, qui n'étudie selon lui que la relation entre les moyens mobilisés dans l'action et sa fin. Schön et Saint-Arnaud considèrent que la PR est une activité cognitive mais développent peu le sujet, moins que Kolb (voir annexe I).

Ce n'est pas tout; il faut aller plus en avant en FCPR, faire en sorte que le processus mental se poursuive chez le praticien de façon qu'il passe de la réflexion sur la pratique à sa compréhension, à la recherche du sens de toutes les significations que la réflexion met à jour; ce qui est autre chose que la métaréflexion. Honoré (1992: 219), qui trouve des limites de l'approche exclusivement réflexive, veut de la sorte passer "d'une orientation analytique et réflexive à une orientation compréhensive pour ouvrir la pratique au travail du sens et au dévoilement de la manière dont elle a été formée". Il s'agit pour le praticien de chercher à comprendre son processus mental, manifester une intention à l'égard de ce qu'il rencontre et de saisir le phénomène étudié dans sa totalité et se l'approprier. Il ne s'agit plus seulement pour lui de se situer par la description et par la réflexion sur des actes, des produits, un environnement ou "de rester à-propos d'un événement sur des significations sociologiques, psychologiques, économiques ou écologiques" (*id.*: 214). Ce n'est que dans le passage de la réflexion à la compréhension qu'il y a développement personnel et maturation, soutient Honoré (1992). Ce passage est possible quand l'acteur s'implique dans la responsabilité et la solidarité, soit quand il s'engage dans une démarche de formation, ce qui permet "un saut de la pensée et de l'agir qui, d'utilitaire devient oeuvrant, et un saut de la pensée et du dire, qui, de montrant et désignant, devient dialoguant" (*id.*: 216). L'approche de FCPR d'Honoré est ainsi globale. Elle cherche à mettre le praticien sur la voie de la connaissance, à lui ouvrir la question du sens et lui faire découvrir des possibles.

Nous avons vu plus haut comment Honoré définit une pratique de formation. Plus généralement, il voit que la FCPR est un processus de différenciation, une adaptation et une affirmation, et d'activation significantes qui "tend à intensifier l'expression des possibilités de réflexion et de création, donc le questionnement sur ce qui est connu, établi, déjà formé, en vue d'une nouvelle forme, jusque-là imprécise, ayant davantage de sens" (1980: 8). En recouvrant de significations les choses, la formation devient une formalisation qui accompagne nos actes et fournit les représentations et les concepts à partir desquels la pensée logique va formaliser les relations et construire des connaissances et des valeurs, qu'elle articule en théorie du jugement, non plus en sens.

Nous observons dans les idées d'Honoré des recoupements et des nuances par rapport aux points de vue de Kolb, Malglaive et Schön. Comme Malglaive, Honoré s'inspire de Piaget et attribue au praticien-acteur un rôle central dans le processus de PR, reliant la formalisation à l'action et à la création de connaissances, qui sont des relations formalisées. La première nuance entre les théories d'Honoré et de Malglaive se rapporte à la définition du déterminant dominant dans le processus de PR. Dans le processus de formalisation, Honoré attribue les

rôles-clés à l'énonciation et à la compréhension, soit à la recherche du sens des produits de la réflexion; Malglaive signifie les rôles-clés dans le processus à l'action et à la réflexion. L'autre nuance est la mise en situation. Honoré relie le processus de PR au contexte de formation surtout alors que Malglaive le situe dans le contexte professionnel. Sur toutes ces questions Honoré nuance Schön et Kolb. Ce dernier ne fait qu'aborder la question de la compréhension, il ne la développe pas. Schön effleure les valeurs en FCPR.

Enfin, Honoré (1992) pense que la réflexion est généralement provoquée par le surgissement de quelque chose d'imprévu dans la pratique; elle peut aussi être volontaire et méthodique. Cette idée fait la jonction entre les idées des cinq autres chercheurs sur le moment de déploiement de la réflexion.

### *Finalités*

Selon la conception d'Honoré (1992) la FCPR vise la production de durées, en même temps que d'instantanés pour des réflexions de niveaux successifs de plus en plus élevés, qui vont de la réaction d'adaptation à la métaréflexion et à la compréhension. Le but est d'amener le praticien-acteur "au coeur de la situation où il agit et de le provoquer à en comprendre le sens" (*id.*: 106). En mettant en question sa pratique, il en dégage la *poiesis*, i. e. à la fois le faire qui précède l'oeuvre et l'oeuvre elle-même, de l'idée toute faite et pré-établie de son résultat pour l'interroger sur une possible efficacité nouvelle. Il en dégage aussi la *praxis*, i.e. la mise en oeuvre pour elle-même, des conditions techniques dans lesquelles elle est généralement limitée pour l'ouvrir à l'invention. En posant des questions sur le sens de ce qui était à accomplir à l'origine de la pratique et sur le sens des techniques et du savoir-faire qui ont constitué les modalités de réalisation, il découvre l'origine oubliée de la pratique et son accomplissement possible, la libérant des schémas et des processus de comportements formalisés dans une technique et dans une habitude; un développement personnel s'ensuit.

Honoré interprète de la sorte le concept aristotélicien de pratique, attribuant à la FCPR comme finalités la recherche du sens de la pratique, l'efficacité du praticien et son développement personnel. Ici, nous observons qu'il se préoccupe, comme Daval, de la recherche du sens de la pratique, mais s'en démarque en s'intéressant au développement personnel du praticien, un souci qu'il partage avec Kolb; Malglaive ne fait qu'évoquer ces sujets. Plus, la recherche de sens traverse selon Honoré toutes les activités de FCPR, quelle que soit leur nature; il ne distingue pas l'activité de FCPR selon le niveau d'apprentissage ou le type d'habiletés à acquérir, comme le font Kolb et Malglaive.

Honoré (1992) définit comme autre finalité pour la FCPR la participation au changement. Quand la FCPR est centrée sur la pratique, elle la transforme et provoque les pratiques de tous les acteurs sociaux qui sont en correspondance avec la pratique, entraînant de leur part des réactions ou se mêlent la passivité, la réactivité et l'activité réflexive; la FCPR transforme alors le champ d'interaction en un champ d'interformation. Nous retrouvons cette finalité qui touche au changement chez Daval, Malglaive et, en partie, chez Kolb et Schön, mais Saint-Arnaud ne cherche qu'à transformer la pratique de l'acteur. Comme Daval, Honoré avance en FCPR les logiques de la confirmation, de l'adaptation et de l'activation signifiante; de nouveau il est proche de Daval et il nuance Kolb et Schön qui préfèrent les logiques de l'affirmation et de l'exploration.

### *Stratégies et moyens*

Honoré (1983, 1987) propose des stratégies, des méthodes et des moyens de FCPR en milieu hospitalier. Il conçoit la FCPR dans la globalité de l'hôpital et la met en rapport avec un projet et il cherche "le sens de la notion de projet dans le lieu même qu'elle parcourt" (1994: 203). Il voit "trois aspects indissociables de la démarche de projet hospitalier dans le système sanitaire: le projet de santé, la démarche managériale et la démarche de formation" (*id.*: 204). Pour Honoré (1992: 224) le projet découle de la formation comme il peut en être la condition et, quelle que soit la focalisation initiale de l'action de FCPR, il importe d'être attentif aux développements sur d'autres plans, puisque "ce sont tous les plans sociaux de l'existence qui sont concernés par tout processus de formation". Aussi, la démarche de projet appelle à joindre en permanence la recherche et la pratique. Honoré élargit de la sorte la perspective de FCPR des cinq autres chercheurs.

Il découle de la façon de voir d'Honoré que la stratégie de FCPR doit être globale, interdisciplinaire et participative, adaptée aux caractéristiques de fonctionnement et aux pratiques actuelles, et cohérente avec le produit hospitalier. Les méthodes et les moyens cherchent une association étroite de la formation avec l'action, ce qui signifie une formation centrée sur les pratiques spécifiques des participants à la FCPR et aboutissant rapidement à des changements concertés, car l'intention de participer à des changements est à la source du besoin de savoir et de savoir-faire, elle stimule la motivation pour la FCPR et constitue la ressource principale pour une démarche formative des acteurs, des groupes, de l'ensemble institutionnel. En conséquence, il faut créer des conditions favorables à la manifestation de pareille intention. Au moyen du "tenir conseil" et de la dynamique des besoins et des ressources, on mobilise les praticiens-acteurs pour la FCPR, les conscientise aux besoins de formation, les aide à les formuler en objectifs et à choisir des moyens pour la FCPR. Nous

observons qu'Honoré relie l'intention à la motivation pour la formation et à la réflexion, comme le font Daval, Malglaive et Saint-Arnaud, mais Schön et Kolb ne font pas ce lien.

Honoré (1992) attribue moins d'importance à l'enseignement que Malglaive. Il trouve que donner du savoir ou acquérir des connaissances et des techniques orientées vers l'action ne suffisent pas. Il veut de plus que le formateur et l'apprenant cherchent le sens de ces connaissances et de ces techniques pour en dégager des formes nouvelles qui vont enrichir les acquis du praticien-acteur et les restructurer. Ce n'est qu'alors qu'il y a appropriation de nouveaux savoirs et ouverture vers de nouvelles possibilités d'action.

Par contre, Honoré (1992) s'intéresse plus à l'observation que Malglaive et son approche nuance celle de Kolb. Il inscrit l'observation dans une démarche ouverte de FCPR qui va de l'intention à la compréhension et permet la recherche du sens de la situation, ce qui signifie la "reconnaître", la décrire et l'expliquer au sens explicatif et objectif des sciences de la nature. À la fois subjective, objective et intersubjective, l'observation est selon lui une rencontre interpersonnelle, une interformation pour l'observant et pour l'observé; il y a à la fois une mise en présence et un recueil de concepts déjà reliés en théorie, ainsi qu'une considération de ce qui est regardé, qui n'est pas seulement "l'objet de l'observation". Menée en équipe de travail, l'observation des outils, des techniques et des supports d'information "vise la compréhension et l'appropriation par chacun des conditions dans lesquelles la pratique d'un travail en commun peut prendre le sens d'une oeuvre à accomplir" (*id.*: 211). Ce n'est qu'alors qu'il y a formation et accomplissement d'une oeuvre et qu'on peut parler d'actions de formation centrées sur les pratiques professionnelles.

Il découle de ceci que les pratiques d'observation qui utilisent des techniques, des grilles et des protocoles d'observation souvent inspirés des sciences humaines et les pratiques d'observation que l'on voudrait spontanées sont toutes deux utiles et, souvent, les premières multiplient des ouvertures qui rendent productives les secondes. Aussi l'analyse de pratiques professionnelles ne doit pas se suffire du recours à des grilles qui repèrent des insuffisances et des contradictions ou qui proposent des correctifs et des méthodes déjà éprouvées.

Dans le même ordre d'idées, Honoré (1992) trouve que les moyens d'investigation thérapeutique fondés sur des conceptions théoriques du fonctionnement mental et organique ne cherchent qu'à découvrir les attitudes et les moyens auxquels recourt le praticien-acteur

pour percevoir et rationaliser ou à diagnostiquer les blocages et développer des processus maturatifs, ils ne suffisent pas le développement personnel. Bien "qu'ils constituent une étape indispensable, pareils moyens restent en attente d'une compréhension dans le travail de sens qui seul met des capacités déjà connues et cultivées en chemin d'éclairer et de le soutenir [le développement personnel]" (ibid.: 221). Ici, Honoré fait le lien entre le développement du fonctionnement cognitif le développement personnel, élargissant les perspectives de Malglaive et de Kolb.

En plus de l'observation et de l'enseignement, Honoré (1992) propose en FCPR le moyen de l'énonciation qui transforme l'action de formation en une formalisation inscrite dans une communication, accompagnatrice des actes et conductrice au dire et à la langue. Pour lui, ce qui se dit résulte de la réflexion sur l'expérience, le discours permettant d'indiquer quelques points de repère, d'ancrage sur le chemin de la connaissance. La forme de l'énoncé indique les rapports de globalité, elle met sur la voie de la recherche du sens. La conception du discours sur la pratique d'Honoré nuance de la sorte Schön et Saint-Arnaud.

Honoré (1980) attribue au groupe une importance essentielle pour que la FCPR soit centrée sur les pratiques professionnelles. Dans le groupe l'essentiel est la réflexion sur des situations concrètes apportées par les participants, elle passe par la bonne gestion des étapes d'évolution du groupe, le démarrage, le déroulement et les résultats de la pratique du groupe<sup>17</sup>. Pour favoriser l'expression du groupe, il est important d'alterner la discussion libre avec des temps de réflexion individuelle, de recourir à la méthode exploratoire par questions. Focaliser sur une des composantes de la pratique vise à différencier ses éléments et à rechercher sa compréhension, le nouveau sens à lui donner. Cette construction du sens passe par la multiplication des angles disciplinaires d'analyse de la situation et par la recherche des contradictions et la régulation du travail en groupe.

Honoré (1992: 215) trouve important que tous les acteurs s'engagent dans la FCPR, entre autres le formateur, car "toute démarche de formation est formation à la formation. Il assigne trois volets principaux à la démarche du formateur, elle doit être 1) "interpellative plutôt qu'investigative", évaluative, 2) accompagnatrice par le dialogue, à la recherche de significations nouvelles et 3. conseillère, ce qui signifie que le formateur se rend disponible pour le "tenir conseil", dévoilant le caractère problématique d'une situation en voie de

---

<sup>17</sup> La "réflexion s'exerce sur un triple matériel: ce qu'exprime (et ce qu'apporte) celui qui expose une situation, ce qu'exprime (et ce qu'apporte) le groupe à propos de ce qu'il a entendu et vu et le rapport entre la pratique de groupe et celle de celui qui expose la situation" (Honoré, 1980: 191).

transformation et remettant en question des pratiques, des modes de vie, des conceptions, parfois des "croyances". Le formateur tient aussi conseil à propos des objectifs d'action et des choix de moyens et des prises de décision; le but est la définition de nouvelles formes d'action. Enfin, le formateur cherche à créer dans l'hôpital un champ d'attention et d'observation, ce qui crée des conditions favorables à la FCPR.

Nous relevons ici que la conception du conseil d'Honoré est proche de celle de Daval dans sa compréhension du conseil praxéologique et complémentaire du souci de Malglaive quand il veut amener le praticien à choisir la meilleure procédure pour mener son action. Nous observons aussi qu'Honoré s'intéresse à l'engagement du praticien et du formateur dans la formation alors que Malglaive ne met l'accent que sur le premier et que les buts associés à l'engagement varient selon l'un ou l'autre chercheur. Les quatre autres chercheurs ne demandent pas au formateur de s'engager pour la FCPR, ils sollicitent seulement sa participation pour des tâches d'accompagnement spécifiques et le plus souvent limitées dans le temps. Kolb demande au formateur d'aider l'apprenant à dégager ses théories et ses "croyances" au début du ré-apprentissage, mais ne sollicite pas son implication, tout comme Daval. Schön demande au formateur d'aider le praticien à poursuivre le processus de PR et Saint-Arnaud le sollicite pour accompagner le praticien débutant, les deux ou trois premières années, et lui demande de traduire dans la pratique le savoir "homologué" les années suivantes.

Il n'y a pas que le formateur pour Honoré; il y a aussi le responsable de formation qui favorise la participation et l'engagement des personnes et des groupes dans la FCPR, qu'il sensibilise aux ressources formatives de l'entreprise et il les aide à se découvrir comme formateurs d'eux-mêmes et du champ groupal et collectif de leurs expériences. En particulier, il s'intéresse aux acteurs sociaux qui peuvent donner à leurs pratiques une dimension formative, à "tous ceux dont l'activité est très relationnelle, notamment les cadres en tant que relais de la formativité dans les équipes" (Honoré, 1992: 221).

### *Observations critiques*

On observe qu'Honoré centre sa théorie de FCPR sur la recherche du sens de la pratique de formation et du sens de la situation de formation. Il ne s'intéresse pas directement à la transformation de la pratique professionnelle ni à la nature complexe de la situation de travail, comme le font Malglaive, Schön et Saint-Arnaud. Certes, le praticien qui comprend sa pratique peut être amené à la transformer, mais ceci n'est qu'implicite dans la théorie

d'Honoré; son intérêt va au changement "global" plutôt qu'à celui des "croyances" et des comportements du praticien. En ceci Honoré se distingue des autres chercheurs.

Par ailleurs, Honoré manifeste peu d'intérêt pour l'articulation de la théorie à la pratique, il lui suffit de reconnaître la manifestation dans la pratique de différents types de savoir. Certes, il traite dans sa théorie de la formalisation des savoirs, mais sa démonstration demeure générale et il propose peu d'outils pour ce faire, si ce n'est l'énonciation; Malglaive est plus explicite sur ce propos. Enfin, Honoré se réfère à Heidegger, à Habermas et à Buber quand il traite du dialogue ou du déploiement de l'inter-réflexion, mais il est peu explicite à propos des dispositifs andragogiques qui les permettent.

### **3-2. Comparaison des écrits dans la perspective de la FCPR du CISH**

Nous avons soumis à l'examen les écrits des six chercheurs à partir de notre construit qualitatif, de nos dix catégories de FCPR du CISH et de leurs 42 facteurs. La lecture des informations figurant dans le tableau comparatif (voir annexe I) amène des observations. Ensemble, les six chercheurs fournissent de nombreuses réponses positives et ils touchent les dix catégories, et pratiquement tous les facteurs (41 / 42). Chaque catégorie n'est pas touchée par chacun des chercheurs; il en est de même pour les facteurs. Le nombre de réponses positives varie d'une catégorie à une autre, d'un facteur à un autre. il y aussi une variabilité des réponses positives selon le chercheur<sup>18</sup>. Par ordre croissant du nombre de réponses positives obtenues, les catégories se présentent comme indiqué dans le tableau XII.

Au vu des résultats nous observons qu'aucune catégorie n'est atteinte en totalité, i.e. n'obtient un score maximum, soit un ratio de 100 %. Les catégories qui obtiennent les scores les plus faibles sont les catégories dispositifs andragogiques pertinents, formation en collectif de travail et apprentissage en groupe, ouverture à de nouvelles valeurs, culture et éthique. Les catégories construction de l'identité socioprofessionnelle et accompagnement

---

<sup>18</sup> Par exemple, Honoré apporte le plus de réponses positives pour la catégorie accompagnement du changement et pour la catégorie ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture; Malglaive en récolte le plus pour la catégorie maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs et Daval et Honoré apportent le plus de réponses positives pour la catégorie mise en question de la pratique, Daval et Malglaive obtiennent le plus pour la catégorie accompagnement à la PR et Malglaive le plus pour la catégorie articulation pratique-théorie-recherche-formation. Pour l'ensemble des catégories, Honoré apporte le plus de réponses positives, son score est de 33 / 42, et Schön apporte le moins, son score est de 23 / 42 (voir annexe I).

du changement ne sont couvertes qu'en partie, leur ratio est respectivement de 53,3 % et 58,3 %. Les cinq catégories restantes obtiennent un ratio supérieur à 66%.

Tableau XII: Score et ratio obtenus par les dix catégories de facteurs de FCPR du CISH

catégorie de facteurs	score	ratio
1. Dispositifs andragogiques pertinents	9 / 24	37,5 %
2. Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe	10 / 24	41,2 %
3. Ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture	11 / 24	45,8 %
4. Construction de l'identité socioprofessionnelle	16 / 30	53,3 %
5. Accompagnement du changement	14 / 24	58,3 %
6. Mise en question de la pratique	15 / 24	62,5 %
7. Accompagnement du praticien à la PR	16 / 24	66,7 %
7. Articulation pratique- théorie-recherche-formation	20 / 30	66,7 %
9. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs	22 / 30	73,3 %
10. Contextualisation de l'apprentissage	21 / 24	87,5 %
<b>Total</b>	<b>155 / 252</b>	<b>61,51 %</b>

*Légende: dans la colonne score le numérateur représente le nombre de réponses positives obtenu par les facteurs de la catégorie et le dénominateur le nombre idéal si tous les facteurs de la catégorie obtenaient une réponse positive.*

Pareils résultats confirment notre choix de puiser dans les écrits des six chercheurs pour construire notre modèle et nous indiquent les limites de leurs développements dans la perspective de la FCPR du CISH, ajoutant un argument en faveur de notre option pour un nouveau modèle. En effet, le ratio faible obtenu par les trois premières catégories et les résultats d'ensemble nous suggèrent de repérer dans des écrits d'autres chercheurs des idées pour que toutes les catégories soient considérées. Chemin faisant, nous actualisons notre travail aux développements récents en FCPR, en milieu soignant en particulier.

### 3-3. Synthèse

Nous avons présenté dans la première section de ce chapitre les idées générales des six chercheurs et avons relevé des points de vue qui leur sont communs et d'autres qui les distinguent. Par la suite nous avons analysé dans une seconde section leurs écrits dans la perspective de la FCPR du CISH, de notre construit qualitatif à dix catégories de facteurs. Il nous faut maintenant faire le pont entre les contenus des deux sections, synthétiser le tout et mettre en relief les principales idées des chercheurs à intégrer dans notre modèle et, ensuite, dessiner ses axes de construction. De la sorte, nous nous équipons pour aborder le prochain chapitre qui présente le modèle.

*Des principes et des finalités complémentaires*

Les six chercheurs identifient deux pôles principaux de l'action humaine, l' *Ego* et l' *Alter Ego*, qui peut être un objet physique ou social, une personne ou un groupe social. Ces deux pôles subissent des modifications dans et par l'action, laquelle est une transformation intentionnelle de la réalité (Daval, 1981; Honoré, 1992; Kolb, 1993; Malglaive, 1993; St-Arnaud, 1994). L'action amène une interaction entre le sujet et l'objet et entre le sujet et son environnement (Daval, 1981; Malglaive, 1993), entre le JE et le TU, au cas où l' *Ego* et l' *Alter Ego* sont deux personnes, (Honoré, 1992) dans une communication, une co-action avec autrui (Malglaive, 1993). Elle entraîne une "transaction" entre les connaissances personnelles et les connaissances sociales (Honoré, 1992; Kolb, 1993). Nous trouvons ainsi que la majorité des chercheurs rejoignent Tolman (1967) et Saint-Sernin (1989) pour lesquels l'action appelle en chaîne des actions dans l'environnement, qui s'en trouve modifié. Seuls Saint-Arnaud et Schön se concentrent sur le changement dans la situation particulière où se déroule l'action.

Les six chercheurs associent d'autres concepts avec l'action et la PR, parmi lesquels la prise de conscience ou la liberté de choix de l'acteur. Par exemple, Daval (1981) voit l'action comme une réponse adaptative et consciente donnée par l' *Ego* aux conditions de son environnement. Cependant nous relevons selon le chercheur des intérêts inégaux pour ces deux questions en FCPR. Kolb accorde peu d'importance à la prise de conscience de la situation, Schön accorde au praticien le libre choix de s'engager du "modèle I" vers le "modèle II" d'intervention et les quatre autres chercheurs reconnaissent aux deux questions une importance majeure.

Daval, Honoré et Kolb, à un degré moindre, mettent l'accent en FCPR sur la recherche du sens de la pratique et le développement personnel. Honoré propose la métaréflexion qui ouvre à de nouvelles valeurs et à une nouvelle éthique de formation et de travail, ce qui humanise l'entreprise et l'hôpital. Kolb définit les métalangages et Schön les métadiscours qui ouvrent à de nouvelles valeurs chez le praticien et dans l'entreprise bureaucratique, qui change vers une meilleure relation professionnel-"client" et une qualité de la production. La plupart des chercheurs attribuent à la FCPR la modification des idées et des "croyances" du praticien vers des attitudes favorables au changement.

La recherche d'efficacité du praticien préoccupe tous les chercheurs, la transformation de la pratique et le changement aussi, bien qu'il existe des nuances entre eux. Pour Daval (1981)

la recherche d'efficacité passe par la PR qui réorganise la pratique et rend l'action plus libre et plus efficace. Saint-Arnaud (1994) et Schön (1991, 1994) voient que la PR aide le praticien à faire face à certains cas dérangeants parce que "divergents", à générer la connaissance implicite qui est imbriquée dans l'action et créer des connaissances nouvelles. Daval, Kolb, Malglaive et Honoré veulent induire des connaissances à partir de la pratique; Schön et Saint-Arnaud ont une visée semblable bien que leurs démarches soient différentes. Malglaive (1987, 1993) et Honoré (1980, 1992) attendent de la FCPR qu'elle amène le praticien à maîtriser des abstractions vers l'action, développer ses outils cognitifs et s'approprier des savoirs pratiques. Kolb (1993) veut surtout que la FCPR aide le praticien à développer des capacités de raisonnement logique.

Pareilles finalités définies pour la FCPR rejoignent des préoccupations que nous avons exprimées dans le contexte (chapitre 1) et reprises dans la position du problème (section 2-1), à savoir la persistance de modes de pensée, d'habitudes et de comportements routiniers, non réflexifs chez le CISH, dont on attend pourtant qu'il joue un rôle de facilitateur de changement. Ces finalités rejoignent les problématiques de modernité que nous avons relevées, telle la nécessité de la maîtrise de l'abstraction vers l'action, de l'interaction raison-sujet, réflexion-action ainsi que de la recherche à la fois du pourquoi, de la signification, du quoi et du comment de la pratique. Les développements des chercheurs, ensemble, rejoignent notre souci d'amener le CISH à anticiper les résultats des pratiques, rechercher leur sens et s'ouvrir à de nouvelles valeurs. Il pourra affronter des situations complexes, jouer son rôle de médiateur dans l'hôpital et construire son identité socioprofessionnelle. Par incidence, l'articulation de la formation à la situation de travail devient une réalité et les logiques professionnelles se rapprochent dans l'hôpital et la qualité des soins s'améliore.

Mais il nous faut aussi relever des nuances dans les finalités parmi les chercheurs. Les approches de FCPR de Daval, Kolb, Schön et Saint-Arnaud sont adaptatives et non anticipatives, elles priorisent la réflexion analytique par rapport aux autres formes de PR. Par leur insistance sur l'idiosyncrasie de la pratique, leurs approches ne permettent pas de saisir les éléments en amont et en aval qui l'influent et ils accordent peu d'importance à la recherche de son sens; elles ne permettent pas d'obtenir une vision globale et synthétique de la situation. Or, les enjeux de société nécessitent des approches anticipatives surtout, adaptatives et analytiques aussi, telles celles développées par Malglaive et par Honoré.

Kolb situe l'apprentissage expérientiel dans le moyen terme selon un continuum performance, à court terme - apprentissage, à moyen terme - développement, à long terme et

Malglaise développe sa théorie pour les actions instrumentales. Les autres chercheurs ne distinguent pas la PR de la nature de la pratique objet de la réflexion. Notre avis penche de leur côté car nous jugeons que la PR doit porter sur un comportement technique ou une habileté complexe manifestés dans la pratique. Seules les caractéristiques de cette dernière peuvent orienter le type de PR et le niveau à atteindre.

Dans un autre ordre d'idées, les écrits des six chercheurs pris ensemble permettent au praticien de développer une réflexion globale sur la pratique qui est: 1) étalée dans le temps, avant (Daval, Kolb, Malglaise, Honoré), pendant (Schön, Saint-Arnaud, Kolb, Malglaise) et après la pratique (Daval, Schön, Saint-Arnaud, Malglaise, Honoré), 2) face à une situation-problème divergente ou face à un échec (Schön, Saint-Arnaud, Honoré) ou 3) une activité réussie (Malglaise), devant l'inconnu ou par effet de surprise (Schön, Saint-Arnaud, Malglaise, Honoré), 4) de façon volontaire et méthodique, à tous les moments de la vie (Honoré, Kolb). Si le moment de la réflexion par rapport à l'action diffère pour les auteurs, tous considèrent cependant que la réflexion suspend l'action dans le temps et ouvre le champ du choix, de la décision. C'est pourquoi ils attribuent à la FCPR la création de moments pour que le praticien puisse réfléchir, analyser et synthétiser, comprendre. En puisant dans leurs idées, notre modèle sera plus à même d'être ancré dans les situations d'exercice professionnel du CISH et de fournir à ce dernier des moyens pour y faire face.

Pour la plupart des chercheurs, le sentiment d'appartenance accompagne le processus d'apprentissage: c'est la communauté des pairs pour Saint-Arnaud, les projets d'ensemble dans une co-appartenance pour Honoré et la co-action pour Malglaise. Aussi, les chercheurs considèrent que la réflexion, la métaréflexion pour Honoré, et le changement s'accompagnent de sentiments, de conflits et d'émotions. Ce sont l'espoir et l'angoisse pour Honoré, le sentiment de culpabilité pour Saint-Arnaud, la tension naturelle et le conflit pour Kolb. Malglaise et Schön trouvent les émotions, le conflit et l'incertitude, et Daval et Kolb le doute et le scepticisme. Nous devons considérer ces idées pour notre travail.

Nous observons que les chercheurs accordent un intérêt particulier au rôle du "formateur-conseiller" dans l'accompagnement à la FCPR. Même, Honoré propose de l'outiller à cette fin selon un principe d'isomorphisme dans la FCPR des CISH. Les développements des chercheurs nous permettent d'approcher ces deux délicates questions, le rôle du formateur et sa formation à la PR; nous avons retenu en contexte les inquiétudes formulées à ces sujets par les chercheurs (sections 1-4 et 2-1).

Il y a donc de nombreux recoupements dans les approches des six chercheurs. Ceci ne nous surprend pas vu que l'épistémologie génétique de Piaget traverse leurs idées pour la plupart, en particulier la théorie sur l'abstraction réfléchissante portant sur les actions en cours ou qui ont eu lieu. Aussi, la cybernétique et la théorie des systèmes sous-tendent leurs approches, transparaissant au travers de leur caractère ouvert et processural. Nous trouvons chez Honoré la démarche formative ouverte, les niveaux réflexifs et la boucle métaréflexive, chez Malglaive les deux circuits logiques d'action et de réflexion, chez Schön la spirale réflexive et l'apprentissage à boucle double de rétroaction et chez Kolb la boucle double et le troisième niveau métaphysique. Nous trouvons aussi que la majorité des chercheurs, Honoré, Kolb, Malglaive et Daval et Schön, à un degré moindre, prône une ouverture de la FCPR à l'environnement économique ou social et la situe dans un contexte de changement; les idées des chercheurs rejoignent les tendances émergentes en formation continue que nous avons relevées dans le premier chapitre.

Le point de vue majoritaire de ces chercheurs sur ces questions nous oriente à concevoir un modèle de FCPR qui soit systémique, ouvert sur la situation de pratique et son contexte et axé sur le processus de PR. De la sorte, nous répondons au souci formulé dans le second terme de notre question de recherche, soit l'ouverture du modèle à des problématiques actuelles.

#### *Connaissances et relations entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques*

Les six chercheurs conviennent que le savoir théorique n'est pas normatif, cependant ils ont des points de vue pluriels sur ses fonctions. Pour Daval ce savoir est à la source des conseils praxéologiques, il fonde l'action et la guide. Honoré partage en partie ce point de vue, mais pas Malglaive. Pour ce dernier, le savoir théorique fonde et règle l'action, mais il ne la guide pas, en ce qu'il n'indique rien sur les finalités et les moyens d'action. Schön le confine à l'orientation de la réflexion du praticien et l'exclut de l'action. Saint-Arnaud trouve aussi que le savoir théorique n'interfère pas dans la pratique, et il lui attribue les rôles de nourrir le répertoire des praticiens débutants et rapprocher leurs points de vue dans le but de former une communauté professionnelle.

Par ailleurs, nous observons que Daval, Malglaive et Honoré et Kolb, à un degré moindre, veulent que le praticien acquiert des savoirs théoriques en FCPR et les intègre à ses savoir-faire. Malglaive priorise les savoirs procéduraux pour guider l'action, Honoré manifeste de l'intérêt pour le "tenir conseil" et Daval pour les conseils praxéologiques que le praticien reçoit de l'accompagnateur et construit avec lui. Ces idées retiennent notre attention, les

considérer dans notre modèle permet au CISH d'amortir l'impact de l'absence d'une théorie propre à son métier; nous avons relevé cette absence en contexte.

Les six chercheurs conviennent que la pertinence de la connaissance est liée à la capacité qu'elle donne de solutionner les problèmes liés à la pratique. Certains parmi eux proposent de lier le savoir théorique à l'expérience, que ce soit par le processus de formalisation des savoirs, qui passe par une nouvelle construction avec les savoirs théoriques et les savoirs antérieurs du praticien (Honoré, Malglaive). D'autres veulent créer de nouvelles connaissances, déduites, générées à partir de la pratique (Schön, St-Arnaud) ou au moyen de généralisations induites de l'expérience (Daval, Kolb). Kolb et Honoré surtout, Malglaive aussi, mettent l'accent sur l'articulation des connaissances personnelles aux connaissances sociales, sur le principe de continuité de la connaissance et de l'expérience.

Les chercheurs dessinent des articulations entre les différents types de savoirs qu'ils répertorient: des savoirs formalisés, des savoirs en usage, des théories d'usage, des connaissances en action, des savoirs sociaux, des savoirs procéduraux, des savoirs-faire, des savoirs pratiques, des savoirs implicites, des savoirs tacites. Pour la plupart, ils déduisent ou induisent ces savoirs au moyen d'une PR axée sur l'observation, la description et l'analyse de l'action. Malglaive et Honoré mettent de plus en relief les processus cognitifs du praticien dans l'émergence de ces savoirs. La dynamique du savoir en usage dessinée par Malglaive, la transmission du savoir implicite en savoir communicable, transformable de Kolb, le raisonnement pratique et la notion de praticien-chercheur qui cherche à structurer la situation-problème préconisés par Schön puis repris par Saint-Arnaud, l'accent mis par Honoré sur la mise en question de la pratique et la recherche de sa compréhension dans des situations de formation nous semblent tous prometteurs.

Prises ensemble et confrontées, ces idées fournissent des façons d'approcher les délicates questions de l'articulation entre les savoirs, de la création de connaissances articulées à la pratique, de la recherche de son sens et du développement cognitif du praticien. Ces repères sont essentiels pour aider le CISH à acquérir de nouvelles connaissances et à les utiliser. Ils lui permettent de rejoindre la catégorie de facteurs articulation pratique-théorie-formation-recherche, de prendre conscience de son importance, ainsi que la catégorie maîtrise et développement des outils et de structures cognitifs.

*Des moyens et des dispositifs qui facilitent la pratique réflexive*

Plus l'information est riche, plus l'action est efficace et plus la PR est productive. Les chercheurs étudiés adoptent ce postulat et identifient plusieurs sources d'information et plusieurs moyens et outils de sa cueillette. Nous retenons la situation de pratique au titre de source essentielle d'information pour tous les chercheurs et accordons du crédit aux informations transmises au cours de l'enseignement, idée soulignée par Malglaive et partagée par Honoré. À titre de méthodes et de moyens, nous retenons la description, l'observation directe et indirecte de la pratique et de son environnement ainsi que leur analyse, comme le conseillent Kolb, Honoré, Malglaive et Daval. Nous retenons de Kolb, d'Honoré, de Schön et de Saint-Arnaud le recueil de l'information par l'analyse du discours du praticien et par l'activation de son répertoire d'expériences. Nous retenons de Malglaive et d'Honoré l'activation des représentations mentales par la confrontation des connaissances à l'action et par la restructuration du discours sur la pratique. Nous retenons de Daval et d'Honoré le développement de l'environnement formatif et de réseaux de communication individuels et collectifs, ils facilitent la recherche d'informations et la communication.

Les chercheurs accordent une place importante au langage comme outil de réflexion. Dire sa réflexion sur sa pratique, la verbaliser ou l'énoncer ou encore la communiquer et l'expliquer à autrui, décrire sa pratique, réfléchir publiquement sont des expressions auxquelles recourent l'un ou l'autre chercheur. Leurs formules sont spécifiques, mais tous conviennent que la verbalisation permet au praticien d'objectiver son action, de découvrir de nouvelles solutions aux problèmes pratiques. Quand le praticien verbalise sa pratique, seul, à deux ou en groupe, oralement ou par écrit, par intériorisation ou par objectivation, il reproduit l'action qu'il a menée, l'analyse et la "recadre", il la restructure et en dégage le savoir implicite. Même, la verbalisation lui permet de prendre conscience de ses outils cognitifs, d'activer son répertoire et d'intégrer de nouvelles connaissances, pour comprendre et apprendre. Pour la rendre efficace, les chercheurs proposent des grilles et d'autres moyens qui la cadrent. Ils reconnaissent bien d'autres vertus à la verbalisation. Nous avons relevé que le CISH a de la difficulté à verbaliser sa pratique, écrire et partager son savoir.

Il nous faut cependant relever des nuances entre les chercheurs vis-à-vis du langage qui décrit l'action et de la relation du entre le discours et la pratique. Daval (1981) voit que ce langage est symbolique. Honoré (1992) et Malglaive (1993) distinguent le langage naturel du langage symbolique et attribuent à chacun un rôle spécifique selon la nature de la PR. Les trois autres chercheurs se taisent sur cette question. Pour ce qui est de la relation du discours avec la pratique, elle pose généralement un problème de cohérence dans le discours tenu par certains parmi les chercheurs et une absence de convergence de points de vue entre les

chercheurs; leurs développements sur la question se distinguent et ne sont pas clairs. Même que Schön écrit des fois que le discours est une imitation de l'action et d'autres fois qu'il est une construction détachée de la réalité, de l'action. Il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur le sujet.

Avec le langage, le dialogue et l'écriture, d'autres moyens sont proposés par les chercheurs pour manifester la PR chez le praticien, tels le répertoire de stratégies, la rédaction d'histoires de cas, la grammaire de l'action, le journal réflexif, les ateliers réflexifs, le projet. Saint-Arnaud propose des structures de formation qui articulent le contenu de la FCPR à la situation de travail et veut organiser la FCPR dans une école professionnelle universitaire. Malglaive définit des orientations pour articuler les contenus et les structures de formation, propose des dispositifs andragogiques souples et multiformes ancrés sur les situations de travail et veut développer des universités professionnelles. Honoré définit des stratégies et des modalités qui intègrent la FCPR de CISH dans une dynamique globale de formation continue à l'hôpital. Son développement sur la manière d'organiser les échanges dans le groupe de réflexion suscite notre intérêt.

Tout comme Schön, Daval et Honoré manifestent dans leurs approches un intérêt pour la création de conditions et de structures favorables à la PR pour le praticien. Ceci rejoint le problème que nous avons relevé en étudiant le contexte, donc notre intérêt pour la création de telles conditions et structures dans notre modèle. Puiser dans pareilles idées nous aide à rejoindre les questions de l'articulation du processus de formation à celui de production, de la situation de formation avec celle de travail du CISH. De la sorte, la FCPR que nous envisageons aide le CISH à résoudre les problèmes au plus près du terrain où ils se posent. Notre modèle serait ancré sur le contexte.

#### *Des méthodes pour formaliser les savoirs et développer les outils mentaux*

Certains parmi les six chercheurs définissent une série d'opérations mentales préalables à la formalisation des savoirs pratiques en savoirs théoriques: abstraction, conceptualisation, thématization et bien d'autres opérations. Pour Honoré et Malglaive l'énonciation définit des points de repère sur lesquels se basent l'acquisition et la formalisation des connaissances. En plus de favoriser la prise de conscience du praticien de ses propres outils cognitifs la verbalisation met en évidence ses difficultés cognitives, lui permet d'orienter les actions de remédiation cognitive, de structurer son discours et de formaliser son langage.

Les méthodes qui mènent à la compréhension de la situation de pratique ou de formation, auxquelles renvoient Daval, Honoré et Malglaive rejoignent des préoccupations que nous avons exprimées en posant notre problème de recherche; elles représentent une avenue qui peut être intégrée dans notre modèle. Nous pensons en particulier à l'accent mis par Malglaive, Honoré, et Kolb, à un degré moindre, sur la dimension cognitive de la PR et les méthodes qu'ils ont proposées, ils s'imposent à nous pour rejoindre la catégorie de facteurs maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs.

Par ailleurs, pareilles analyses nous interrogent. Nous avons repéré dans la position du problème la difficulté de lier les différents types de savoirs, mais n'avons pas retenu la formalisation des savoirs parmi les dix catégories de facteurs. L'étude des écrits attire notre attention sur la verbalisation et l'énonciation à titre de moyens de formalisation des savoirs, et les analyses d'Honoré et de Malglaive nous permettent de dessiner des types de relation entre les savoirs. Nous ajoutons alors la *formalisation des savoirs* aux dix catégories, qui deviennent *onze*.

Pris ensemble, les écrits des six chercheurs nous permettent maintenant de dessiner les axes d'un modèle de FCPR qui forme le CISH à ses nouveaux rôles, dans le contexte des changements de l'hôpital. Formé à la PR, il réfléchit en amont de la situation de pratique, pendant l'action et après, cherche à rendre sa pratique efficace et éthique. Il maîtrise des compétences et développe des attitudes réflexives, épouse de nouvelles valeurs, et veut participer à l'amélioration du management de l'unité de soins et de l'hôpital, ainsi que de la qualité des soins. Évidemment, notre modèle cherche avant tout l'émergence de conditions qui rendent ceci possible.

### **3-4. Les axes du modèle**

Donc, les écrits des six chercheurs répondent globalement aux dix catégories de facteurs que nous avons considérées essentielles pour une FCPR pertinente de CISH. Ce sont surtout les écrits d'Honoré, de Malglaive et de Daval qui sont les plus proches de nos préoccupations, ils nous ont même mené à ajouter une onzième catégorie. Au vu de ces résultats, des éléments problématiques de contexte et des observations que nous avons ajoutées à l'ensemble des résultats de l'étude comparative entre les approches de FCPR des six chercheurs, nous adoptons à ce point du développement les deux attitudes suivantes: 1) nous construisons un modèle "hybride" de FCPR qui puise principalement dans les écrits des six chercheurs; ce modèle plus à jour, plus complet, plus actualisé aux problématiques

nouvelles en société et en FCPR, plus spécifique au public-cible des CISH et ouvert au contexte hospitalier répondrait au souci exprimé dans notre question de recherche; 2) nous retenons les onze catégories de facteurs comme des dimensions<sup>19</sup> qui orientent la construction du modèle.

Par ailleurs plusieurs chercheurs, parmi lesquels Daval (1981), Kanungo et Misra (1992) et Kramlinger (1992) trouvent que la FCPR doit tenir compte de la position professionnelle du cadre intermédiaire et de la nature des décisions l'entourant. D'autres chercheurs, tels Lollier (1990), Laporte (1991) ou Le Helley (1990) conseillent, en formation continue du CISH, de tenir compte des objectifs politiques, économiques, sociaux et de formation de l'hôpital, ceci dans le but de favoriser le transfert des acquis dans la pratique. Honoré (1983, 1992, 1994), et Vauléon (1989) recommandent la participation de la direction de l'hôpital dans la définition des orientations générales de la formation et celle des cadres dans tout le processus de formation. Bennet et O'Brien (1994), Brochier (1992) Carré (1992), Ellerington *et al.* (1992), Knowles (1990) et Landier (1991) émettent les mêmes recommandations en milieu d'entreprise pour la formation continue en général et Malglaive (1987, 1993) et Senge et Gauthier (1992) font de même pour la FCPR. Il n'est donc pas possible d'ignorer le contexte de l'hôpital en FCPR de CISH. Nous avons abordé cette nécessité dans le premier chapitre.

Nous avons observé que les six chercheurs attribuent parmi les finalités de la FCPR l'efficacité du praticien, qui est à comprendre comme sa participation, volontaire, à l'amélioration du produit de l'entreprise et de la qualité des soins fournis par l'hôpital; pour la plupart ils cherchent à intégrer le processus de FCPR à celui de production. Même, Malglaive (1993) et Honoré (1992, 1994) conditionnent la réussite de la FCPR à sa capacité d'entretenir l'intérêt du praticien et de favoriser sa motivation, qui est à mettre en relation avec ses dispositions personnelles et avec les politiques sociale et managériale de l'institution. La conception de la FCPR et sa gestion dynamique doivent être intégrés au management de l'hôpital ~~et être le~~ produit d'un consensus établi entre les acteurs, consensus qui est plus facile à obtenir quand le projet de l'hôpital allie la production de soins, la démarche managériale et la démarche de FCPR (Honoré, 1994). Ceci entend une révision des modes de management de l'hôpital.

---

<sup>19</sup> Dorénavant nous recourons au terme dimension pour signifier que nous sommes dans la phase d'élaboration du modèle.

L'approche globale pour laquelle nous optons suggère que la signification des activités de FCPR est à ramener au contexte et à ses contraintes, au milieu hospitalier qu'elle parcourt (Honoré, 1983; Peyré, 1988, 1990). Nous trouvons que Arndt et Duchemin (1992), Chochina, (1994) et Honoré (1992) mesurent la pertinence du projet de FCPR au lien qu'il entretient avec le projet d'hôpital, et la pertinence sociale de ce dernier à son lien avec le projet collectif de santé. Bonnet (1994) et Honoré (1992, 1994) conditionnent l'acte réfléchi du CISH à l'insertion de sa FCPR dans un projet global de formation à l'hôpital qui intègre toutes les pratiques aujourd'hui en changement; la FCPR doit rechercher le sens de toutes les pratiques du CISH tout moment et en tous lieux. Le CISH pourra accéder à de nouveaux partages de signification avec les acteurs avec lesquels il interagit; ces partages favorisent l'émergence de questions qu'il se pose sur sa pratique et l'aident à lui trouver un sens, ils rendent la FCPR plus féconde car elle est ouverte sur le contexte.

Nous avons aussi observé que la théorie des systèmes traverse les approches des six principaux chercheurs dont nous venons d'étudier les écrits. Or, la théorie des systèmes appliquée à la FCPR en milieu hospitalier ouvre cette dernière à l'environnement qui change et évolue d'une part, et fait appel à des acteurs apparentés à différents profils et occupant des positions professionnelles différentes dans l'hôpital d'autre part (Honoré, 1983; Peyré, 1990). Cette théorie veut aussi que le système soit régulé en termes d'adaptation et d'évolution créatrice, ce qui veut dire favoriser la dynamique entre ses composantes, entre autres par la définition de structures qui permettent la communication de l'information et la coordination entre ses SS, pour qu'ils soient convergents, et s'assurent que les modalités de planification, de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation sont en interaction dynamique (Honoré, 1992; Savoie-Zajc, 1989, 1993 b).

Par ailleurs, nous menons la construction de notre modèle selon une approche interdisciplinaire. Pour que ses éléments convergent, il est important de prévoir un cadre, un "îlot ouvert de rationalité" (Fourez *et al.*, 1993), soit une structure de négociation des finalités de l'action de FCPR qui concilie les points de vue pratique, économique, culturel ou éthique et les étapes de la démarche des acteurs participants à la FCPR, la négociation tenant compte du projet de l'hôpital.

Au vu de ce qui précède, nous ajoutons aux cinq SS du modèle projeté de FCPR de CISH un sixième SS, politique, qui harmonise le tout. Il veille aux questions politiques et organisationnelles qui se posent en FCPR du CISH, en particulier la conception du projet de FCPR et sa relation avec le projet d'hôpital et le pilotage de la mise en oeuvre des actions

qui s'en inspirent (Peyré, 1990). Il veille à l'approche globale de la FCPR dans toutes ses étapes, de sa définition à l'élaboration de plans d'action jusqu'à la mise en oeuvre. Ce SS politique se compose de deux dimensions: l'articulation du projet de FCPR au projet d'hôpital et le pilotage de mise en oeuvre et du suivi des actions de formation.

Nous avons maintenant treize dimensions que nous regroupons selon six SS, à valences 1) psychosociale, les dimensions formation en collectif de travail et apprentissage en groupe et construction de l'identité socioprofessionnelle, 2) cognitive, la maîtrise et le développement d'outils et de structures cognitifs et l'induction de savoirs pratiques et la formalisation de savoirs praxéologiques, 3) andragogique, les structures et les dispositifs andragogiques, la contextualisation de l'apprentissage et l'articulation pratique-théorie-formation-recherche, 4) praxéologique, l'accompagnement à la PR et la mise en question de la pratique, 5) sociologique, l'ouverture aux nouvelles valeurs, l'éthique et la culture, et l'accompagnement du changement et 6) politique, l'articulation du projet de FCPR au projet d'hôpital et le pilotage de la mise en oeuvre de la FCPR et de son suivi.

Ainsi la confrontation des écrits des chercheurs nous a permis de repérer les éléments essentiels du discours, elle nous mène à construire un nouveau modèle de FCPR de CISH qui est systémique, ouvert et il repose sur le concept de PR. Ce serait un modèle mixte qui concilie les six chercheurs, intègre les résultats de l'examen critique de leurs théories et les idées d'autres chercheurs. Il puise dans six disciplines et s'intéresse aussi bien à un problème de définition et de pilotage des actions à mener qu'à des problèmes d'ordre psychosocial, cognitif, praxéologique, andragogique et sociologique ou politique. La méthode à laquelle nous avons recouru, soit l'appel à différents angles de lecture, garantit la validation interne des résultats que nous avons obtenu, par triangulation.

Le modèle comprend treize dimensions et six SS. Nous le construisons selon une approche interdisciplinaire en puisant dans cinq courants de FCPR, et nous veillons à son ancrage dans les situations de pratique du CISH et dans le contexte hospitalier plus généralement. Nous cherchons sa pertinence pour le CISH et sommes vigilant à actualiser notre écrit avec les développements nouveaux en FCPR; nous puisons des éléments appropriés à la situation visée par ce travail auprès d'autres chercheurs. Il nous faut maintenant associer un contenu aux dimensions et aux SS. Ce sera l'objet du prochain chapitre.

## Chapitre quatrième

### Proposition de modèle de FCPR du CISH

Jusqu'à maintenant, nous avons expliqué les principes à la base de la proposition du modèle de FCPR, le *Pourquoi* du choix des treize dimensions, et nous avons abordé leur *Quoi* et associé à chacune des dimensions une discipline. En regroupant les dimensions selon la valence disciplinaire, nous avons obtenu six sous-systèmes (SS), chacun comprenant deux à trois dimensions et les relations entre elles. Ensemble, les SS forment un système ouvert sur l'hôpital et la société, il constitue notre modèle de FCPR du CISH (voir figure2):

Fig. 2: Représentation schématique du modèle de FCPR de CISH

Projet d'hôpital	
Projet de FCPR	
Sous-système	Dimension
<b>Praxéologique</b>	A. Mise en question de la pratique, de la <i>poïesis</i> et de la <i>praxis</i> B. Accompagnement à la PR
<b>Cognitif</b>	A. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs B. Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques
<b>Andragogique</b>	A. Articulation dynamique pratique-théorie- recherche-formation B. Dispositifs andragogiques C. Contextualisation de l'apprentissage
<b>Psychosocial</b>	A. Construction de l'identité socioprofessionnelle B. Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe
<b>Sociologique</b>	A. Ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture B. Accompagnement du changement
<b>Politique</b>	A. Articulation de la FCPR au projet d'hôpital B. Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi

total            6 sous-systèmes            13 dimensions

Il nous faut maintenant préciser le contenu du modèle. Nous le puisons dans des écrits de chercheurs qui ont étudié des pratiques de FCPR de praticiens exerçant dans divers milieux.

Voilà pourquoi le terme de praticien nous paraît plus inclusif que celui de CISH pour plusieurs éléments du contenu du modèle.

#### **4 - 1. Dimensions, sous-systèmes et interactions dans le modèle**

Nous précisons ci-après le contenu des dimensions et des SS ainsi que les relations entre les unes et les autres; nous attirons l'attention sur des difficultés possibles d'une action de FCPR inspirée de la proposition et indiquons des pistes pour les atténuer. Nous identifions des étapes dans le but de mettre en relief l'élément à l'étude, même si le tout est interrelié dans la pratique. Pour montrer la pertinence du propos, nous l'illustrons d'exemples puisés en contexte de soins. Les SS se présentent comme suit: SS praxéologique, SS cognitif, SS andragogique, SS psychosocial, SS sociologique et SS politique.

##### **4 - 1 - 1. Le sous-système praxéologique**

La première dimension qui compose le SS praxéologique est la mise en question de la pratique. Elle est favorisée par l'accompagnateur dans la perspective de la FCPR du CISH. L'accompagnement à la FCPR est alors la deuxième dimension.

##### **A. Mise en question de la pratique, de la *poïesis* et de la *praxis***

La mise en question de la pratique porte d'abord sur la *poïesis*, i.e. le processus mis en oeuvre par le praticien qui transforme l'objet et les résultats de ce processus dans la pratique. Puis la mise en question s'intéresse à la *praxis*, elle interroge les conditions de réalisation de la pratique et ouvre à la compréhension de son sens.

##### *Mise en question de la poïesis*

Par la mise en question de la *poïesis* le praticien décrit la pratique et établit si elle est logique ou non (Daval, 1981). Son activité, psycho-cognitive, prend comme objet d'observation et de réflexion les actions matérielles et mentales qui ont régulé sa pratique, leurs supports et leurs résultats. La PR est à dominance concrète, elle comporte deux moments. Au premier la démarche réflexive est descriptive, cherchant à mettre au jour le processus mental du praticien qui a enclenché et guidé sa pratique, tout en recueillant le maximum de traces qu'il a produites, les motivations et les émotions qu'il a mises en jeu, ses réflexions spontanées et les leçons qu'il a retenues. Pour ce faire, la démarche s'intéresse aux pratiques et à leurs effets, elle s'appuie sur plusieurs moyens tels l'observation directe,

le discours et l'écriture et la consultation de traces écrites ou enregistrées. Les traces recueillies portent sur "ce qui a été fait", "comment cela a été fait" et "comment cela a été vécu", soit la "théorie pratiquée" (Legault et Paré, 1995).

Or, il est difficile pour le praticien de rendre compte des processus et des interactions dynamiques et complexes des situations de pratique et de leur contexte, des aspects socio-affectifs qui accompagnent la pratique. Il lui est difficile de rapporter les décisions et les jugements souvent inconscients sur lesquels repose sa pratique, les informations et les conseils qu'il a recherchés ou ses pratiques de rechange. Les difficultés originent de plusieurs sources. Elles peuvent provenir de la distance que prend le praticien par rapport à lui-même et à sa pratique quand il la nomme ou écrit sur elle, du caractère réducteur du discours sur la pratique, qui est un construit, et, souvent, il ne peut saisir la totalité des effets, directs et indirects, de son action sur la situation de pratique et sur les acteurs qui lui sont liés de près ou de loin, surtout quand les effets se situent sur le moyen terme. Aussi le praticien recourt souvent dans ses comptes rendus à ses connaissances théoriques, il cherche des causes, il interprète. Il résulte de tout ceci un problème de validité des données produites.

Pour atténuer les difficultés et obtenir des données valides le praticien centre sa description de la pratique sur "les démarches, les étapes de réalisation et les actes élémentaires, i.e. les prises d'informations, les décisions et les exécutions qui les constituent" (Vermesch, 1990: 27) et il porte attention aux effets de l'action qu'il a menée. La logique de la pratique trace alors un fil conducteur de la mise en question et le praticien rapporte les problèmes apparus et se rappelle les objets, les personnes ou les événements particuliers, ce qui rapproche son discours de la pratique, dont il présente une vue d'ensemble (Honoré, 1992; Legault et Paré, 1995; Schön, 1991; Tuline, 1989). Dans le cas où le praticien recourt à l'écriture, il produit un texte continu dans lequel il "raconte" comment s'est déroulée la pratique sans inférer des relations. Faire appel à des techniques de médiation l'aide à rendre compte des impressions premières de son vécu (Hosborn, 1992; Legault et Paré, 1995; Van der Maren, 1996; Vermesch, 1990).

Le praticien active de la sorte sa pensée syncrétique. En plus de déclencher la réflexion, elle intègre par induction dans les représentations mentales le plus de données sur les états de l'objet et les actes mentaux et matériels qui l'ont transformé, ainsi que leurs traces ou leurs produits. L'image de la situation de pratique est globale. Le praticien traite l'information selon un mode gestaltiste, faisant appel à des processus subsymboliques qui permettent d'appréhender les réalités moins rationnelles et les interactions dynamiques et complexes de

la pratique, les processus d'action immédiats et leur contexte. Formulées dans un langage naturel, les données produites constituent un support pour l'activité réflexive à venir. Activée, la pensée syncrétique a permis de l'émergence des savoirs tacites, une connaissance située (Legault et Paré, 1995; Lestage, 1994; Tochon, 1996; Varela, 1989 b). Alors, le praticien en a fini avec le premier moment de la PR à dominante concrète.

Il peut porter attention dans un second moment aux actes mentaux qui ont régulé la pratique, aux outils cognitifs qu'il a mobilisés pour organiser ses représentations et à ses façons d'y accéder; il prend conscience. Il fait des va-et-vients sur un continuum d'une PR à dominante concrète à une PR abstraite. Au cours d'une verbalisation assistée à la suite d'une pratique, la démarche réflexive est analytique, le praticien explicite les données descriptives, les regroupe et les structure. Il reconstitue le raisonnement qui l'a mené à agir, objectivant les savoirs tacites et les procédures pratiques qu'il a mobilisées pour et dans l'action, ainsi que les connaissances, les valeurs et les motivations qui ont gouverné sa pratique (Honoré, 1992; Malglaive, 1993; Peterflavi, 1991; Vermesch, 1996). Il voit s'il a réussi ou non.

Si le praticien n'a pas été efficace, il repère ce qui a pu générer un écart entre le but qu'il s'est fixé et le résultat de la pratique, ce qui le mène à se poser des questions et, parfois, à diagnostiquer une difficulté d'apprentissage. S'il a été efficace, il s'approprie les procédures pratiques et produit des savoirs pratiques lui permettant de rendre sa pratique plus efficace au sens de plus "rentable", plus "productive". Il y a une connexion entre apprentissage, action future et développement d'un savoir issu de l'action (Daval, 1981; Badwin et Williams, 1988; Malglaive, 1993; Schön, 1994; Vermesch, 1985). Nous reviendrons sur les savoirs tacites et les savoirs pratiques quand nous traiterons des dimensions du SS cognitif et du SS andragogique.

Sous l'angle de la présente dimension et dans le cadre du modèle proposé, le CISH qui met en question sa pratique tient compte du contexte hospitalier. Par exemple, au premier moment de la PR à dominante concrète, le CISH qui décrit la pratique porte attention au contenu, au style de transaction et aux effets qu'il a prévus ou observés durant une conversation qu'il a menée avec une infirmière inquiétée par la réaction négative d'un patient. Au second moment l'analyse réflexive consisterait à examiner les données descriptives produites quelque temps plus tard.

Selon Vermesch (1995), il faut poursuivre la mise en question de la *poïesis* jusqu'au but visé. Si l'accompagnateur cherche à s'informer sur la pratique menée par le praticien ou sur

les outils cognitifs qu'il y a mobilisés, il attendra d'obtenir les informations recherchées. Si son but est d'aider le praticien à réfléchir, il s'assurera que ce dernier a pris conscience du processus qui a guidé sa pratique et qu'il ait pu traduire son discours pratique dans un langage plus formel.

La mise en question de la *poïesis* est donc une PR à dominante concrète, une démarche de recherche réflexive sur la pratique descriptive d'abord, analytique par la suite. Dans le cas où les produits obtenus ne sont pas soumis à la réflexion, il y a un risque de les voir "devenir des réflexes ou des habitudes, caractéristiques d'un niveau organique psychisé ou réfléchi, contenu de la conscience non réflexive" (Honoré, 1992: 35). Le processus de PR doit se poursuivre par la mise en question de la *praxis*.

#### *Mise en question de la praxis*

Par la mise en question de la *praxis* le praticien cherche le sens de la pratique, le sens des actes, des techniques et du savoir-faire qui y sont mis en oeuvre et la signification de leurs produits dans le milieu où elle est exercée; il prend de la distance par rapport à sa pratique et se situe par rapport à elle. La dominante de la PR est abstraite et la démarche réflexive fait appel à l'herméneutique plutôt qu'aux sciences empirio-analytiques; les questions portent sur le *Pourquoi*. Le praticien cherche une justification de la règle intériorisée qui a guidé sa conduite, ce qui entraîne une réorganisation de la pensée "généralement caractérisée par un rapport nouveau à la règle" (Honoré, 1992: 37). Il s'agit d'une méta-analyse qui permet une réflexion sur l'analyse réflexive elle-même, soit une métaréflexion qui développe chez le praticien des capacités de jugement et de synthèse (Daval, 1981; Honoré, 1992). Pareille métaréflexion oriente la réflexion et ouvre aux théories et aux systèmes de valeurs; le praticien veut élargir son savoir (Elliot, 1991; Eraut, 1995; Johnson et D'Argenio, 1991; Malglaive, 1993).

Prenant conscience des connexions "pratique-sens", il comprend mieux la dynamique d'ensemble de sa pratique, il dépasse l'inquiétude devant la "perte d'objectivité" et les conflits de valeur. De nouvelles représentations de la pratique dissociées des contraintes du milieu de travail apparaissent (Dodier, 1990; Honoré, 1992; James et Clarke, 1994; Saint-Arnaud, 1994; Schön, 1994).

Pour notre cas de figure, le CISH qui met en question la *praxis* en arrive à mieux situer son rôle à l'hôpital et à revoir ses manières de gérer l'équipe de soins au profit de modèles dans

lesquels il manifeste des capacités de PR. Il interroge les modèles biomédical et administratif et inscrit la PR dans une action émancipatoire (Botlanski et Thévenot, 1987; James et Clarke, 1994; Saylor, 1990).

Nous proposons que le praticien recherche le sens de toutes ses pratiques, en particulier les routines dont le sens est perdu de vue, le sens social en particulier et les pratiques dont il croit tenir le sens, car ce dernier n'est jamais définitif et le praticien ne peut être certain du sens que ses pratiques prennent pour ses collègues (Honoré, 1980, 1992; Legault et Paré, 1995; Peterflavi, 1991; Vermesch, 1995). Nous proposons également que le praticien mette en question les pratiques de FCPR et les conditions de leur mise en oeuvre et qu'il interroge ces pratiques quant au sens qu'elles prennent pour lui et les autres acteurs de la formation (Honoré, 1992; Van der Maren, 1996). Promue au titre de règle d'action, la mise en question de la *praxis* favorise le développement d'une attitude réflexive chez le praticien.

## **B. Accompagnement à la PR du CISH**

Par accompagnement nous entendons le rôle joué en FCPR de CISH par le formateur et les cadres de l'hôpital. Nous recourons à l'expression formateur et cadre pour désigner l'accompagnateur et nous étudions en particulier le rôle du formateur.

### *Accompagnement à la mise en question de la poïesis et de la praxis*

Pour aider à la mise en question de la *poïesis* dans le moment descriptif de la PR à dominante concrète, le formateur aide le praticien à se remémorer les actes posés, les moyens mis en oeuvre ainsi que les résultats et les incidents critiques surgis dans la pratique. Il cherche à activer la pensée syncrétique du praticien et créer des situations de libération de sa parole, il veille à ce que la mise en mots soit fondée sur l'évocation de la situation de pratique et orientée vers la description des procédures et, seulement de façon complémentaire et subordonnée, vers les connaissances théoriques qui y sont associées, la formulation du but, la description du contexte ou l'évaluation subjective (Malglaive, 1993; Vermesch, 1995).

Le formateur renonce à la recherche d'intelligibilité, d'explication directe sur la causalité des événements ou sur les jugements du CISH au travers de questions comme "pourquoi as-tu fait cela ?", elles appellent des réponses déjà conscientisées. Il privilégie les questions comme "comment est-ce que tu as fait cela ?", elles permettent la recherche d'informations détaillées sur les actions du praticien et ses connaissances implicites qui rendent sa démarche intelligible (Roediger, 1990; Saint-Arnaud, 1994; Vermesch, 1990, 1995). Le formateur a

donc besoin d'apprendre à maîtriser les procédés permettant de poser de telles questions s'il veut éviter le piège dans lequel sont tombés Schön (1994) et les tenants de la science-action. Si le formateur veut approcher le vécu du praticien, il recourt aux questions proposées par Vermesch (1995) ou à celles utilisées dans l'approche rogérienne.

Une fois le moment descriptif de la PR réalisé, le formateur situe son accompagnement dans une démarche analytique. Il recourt alors à des questions qui aident le praticien à expliciter les données descriptives induites de sa pratique, à se replacer mentalement dans la situation d'exécution de la tâche pour qu'il élabore des informations conscientes sur les raisons de sa pratique qui n'étaient pas disponibles auparavant, entre autres les "croyances" et les théories, *Theory in use*, qui l'ont sous-tendue (Kolb, 1984; Malglaive, 1993; Schön, 1994; St-Arnaud, 1993 b).

Or, il est difficile pour le CISH d'exprimer ses actions mentales et, souvent, sa prise de conscience ne porte que sur la découverte de l'obstacle apparent ou l'évidence d'un échec. Aller plus loin suppose que le formateur maîtrise des méthodes d'aide à l'explicitation pour canaliser les descriptions du praticien et le stimuler à verbaliser. Cela suppose aussi que le formateur connaisse les opérations à réaliser dans la pratique et les techniques que le praticien a mises en oeuvre, qu'il étudie la situation de pratique et s'empare de son contexte dans une formation à la PR avec le praticien, selon un principe d'isomorphisme (Desgagné, 1997; Freese, 1999; Honoré, 1992; Legault et Paré, 1995; Lucas, 1990; Sirota, 1995; Vermesch, 1990, 1995, 1996; Zeichner, 1987).

À ce stade de notre raisonnement le formateur a créé des situations déclenchantes de l'activité réflexive et a accompagné le praticien qui a pu identifier les savoirs tacites mis en jeu dans la pratique et accéder à une conscience pré-réfléchie de son action. Le formateur doit par la suite aider celui-ci à prendre conscience des outils cognitifs qu'il a mobilisés dans la pratique et définir les savoirs pratiques qui y sont liés.

Nous savons que la prise de conscience suppose le passage de l'acte à la représentation (Piaget, 1974). En expliquant les relations entre les actes de la pratique et les états de l'objet qui résultent de ces actes, le praticien passe des abstractions empiriques dans un langage naturel descriptif aux abstractions réfléchissantes, dans un langage formel qui "définalise" son discours, ce dernier devenant logico-discursif tout en demeurant proche de la pratique. Il prend conscience des outils cognitifs qu'il a mobilisés pour sa pratique et produit des représentations schématiques, figurales et symboliques.

Pour aider le praticien à réaliser le passage des abstractions empiriques aux abstractions réfléchissantes, le formateur établit un rapport relationnel avec lui, que ce soit au niveau verbal en utilisant le même langage, ou non verbal, en respectant le rythme d'expression (Charlot, 1990; Dodier, 1990; Honoré, 1992; Malglaive, 1993, 1994; Vermesch, 1990). Il manifeste une capacité d'écoute et est attentif aux indicateurs non verbaux, au contenu et à l'organisation du discours du praticien, à la recherche de discordances entre ses éléments et d'informations manquantes, dans le cas des actions complexes surtout (Vermesch, 1985, 1990).

Attentif aux difficultés qu'éprouve le praticien pour construire un discours réflexif et pour le faire passer, le formateur tient compte du fait que le langage est toujours situé (Dodier, 1990). Dans la foulée il obtient des informations sur les processus et les outils cognitifs du CISH. Il peut également soumettre à des traitements méthodologiques les données descriptives produites et les verbalisations explicatives du praticien. En confrontant les résultats d'études sur le fonctionnement cognitif du praticien avec les autres traces de l'action, le formateur vérifie la validité des données fournies par celui-ci (Caverni, 1988).

En plus d'aider le praticien à mettre en question la *poïesis*, le formateur l'aide à mettre en question la *praxis*, le plus souvent en intervenant auprès de lui avec les membres de l'équipe de l'unité de travail, *coaching team work* (Daval, 1981; Haas, 1992; Holloway, 1994; Honoré, 1983, 1992; Malglaive, 1993). Par exemple le formateur aide le praticien à rechercher le sens de sa pratique, à situer son rôle ou à mettre en question ses valeurs propres et ses attitudes réactives vis-à-vis des changements. Nous avons fourni d'autres exemples ci-avant.

Il appartient au formateur de traduire pour le praticien les connaissances du travail, "*working knowledge*", en comportements (Craddock, 1993). Aussi, quand il mène des recherches sur les situations de travail, il aide le praticien à établir des liens entre les savoirs professionnels et les savoirs théoriques, ce dernier prend conscience que son "souci-pratico-pratique" peut nuire à sa PR et à sa pratique (Cervero, 1992; Dechamps, 1994; Jarvis, 1992 b; Lesne, 1977, 1984). Il y a deux facteurs favorables à ceci pour le CISH, son expérience pratique et sa position d'intermédiaire en interaction constante avec des partenaires aux différents langages et cultures stimulent chez lui le besoin de savoirs théoriques (Charlon-Dubar, 1990; Saint-Arnaud, 1993 b). Nous développons ceci dans la section 4-1-3-A.

Quand le formateur analyse les différentes formes d'action du praticien et le savoir pratique qui y est manipulé et qu'il formalise le tout avec lui, il construit une grammaire du travail, des savoirs procéduraux sous forme d'indications ou de contre-indications pour le choix des moyens d'action, un savoir praxéologique (Daval, 1981; Malglaive, 1993; Tochon, 1996). Nous traitons de la formalisation de ce savoir dans la section 4-1-2-B et nous indiquons à l'occasion comment le formateur peut y puiser des conseils praxéologiques qu'il formule à l'intention du praticien.

Par ailleurs, nous savons que des éléments de l'environnement peuvent constituer des facteurs de résistance à la PR ou de mauvaise performance (Fisher, 1990; Baskett *et al.*, 1992). Il appartient au formateur de créer des occasions de manifestation de la PR et de veiller à ce que le praticien dispose de temps pour réfléchir (Baskett *et al.*, 1992; Eraut, 1995; Richardson, 1995; Saylor, 1990; Vermesch, 1995). Or, ceci représente un défi pour le formateur. Il y a un atout à ce que le CISH développe des attitudes d'auto-réflexion et d'auto-formation. Par exemple, il peut tenir à jour un journal des expériences cliniques et des incidents critiques ou un portfolio d'enregistrements du travail, de plans de soins, de fiches de gestion de conflits de personnel ou de communication avec les autres services hospitaliers. Pareilles traces stimulent sa mémoire des expériences managériales et cliniques et lui permettent de disposer d'un répertoire grâce auquel il rend significatif les situations de pratique.

Enfin, il appartient au formateur de conscientiser les responsables à la FCPR pour que la formation soit intégrée à l'organisation hospitalière et au rôle d'animation des cadres, au même titre que la qualité des soins et la sécurité; ceci facilite "le transfert des connaissances acquises et enrichit l'expérience, les connaissances et les compétences rassemblées au sein de l'institution" (Landier, 1991: 86). À l'occasion, le formateur accompagne les cadres dans la recherche de solutions à des problèmes survenus avec leurs "subordonnés" (Carré, 1992; Lenhardt, 1993; Vandernotte, 1993; Vauléon, 1990). Pour le milieu qui nous concerne, le formateur tient compte du fait que les praticiens CISH sont pour la plupart des femmes, ce qui requiert de lui des attitudes particulières (Donovan, 1990).

Ainsi, le rôle du formateur est essentiel, mais il n'est pas sans écueils. Souvent, le formateur cherche à amener le praticien vers des buts qu'il s'est fixés et qui ne rejoignent pas les finalités de la mise en question de la *poïesis* ou de la *praxis* et, dans son effort de compréhension du matériel qui lui est communiqué, il se réfère à la théorie plus ou moins

riche qu'il s'est constituée à partir de son expérience globale, encourant de la sorte le risque de mal interpréter le matériel qui lui est communiqué. Il peut éviter ceci et cela s'il maîtrise les démarches d'éveil de la conscience, s'implique dans la pratique d'analyse réflexive et prend des précautions quand il cherche à accéder au sens de la situation. Il le peut aussi s'il a une expérience de travail sur lui-même, que ce soit en analyse réflexive, en thérapie ou dans toute autre forme de travail de groupe (James et Clarke, 1994; Legault et Paré, 1995; Vermesh, 1985).

Par ailleurs, nous avons relevé en contexte que le formateur dispose de peu de moyens pour évaluer si la réflexion du praticien a eu lieu et à quel niveau elle se situe (Saylor, 1990). Il peut contourner cette limite en menant une action sur le processus de réflexion et une autre sur son produit. Pour agir sur le processus, il s'engage avec le praticien qui décrit sa pratique et la critique, ce qui permet un contenu réflexif de plus haut niveau que celui qu'autorise la pratique professionnelle. Pour ce qui est du produit, le formateur peut faire en sorte que la FCPR débouche sur quelque chose de tangible, par exemple faire en sorte que le praticien solutionne un problème ou s'outille en méthodes de travail (Eraut, 1995; Honoré, 1992; Legault et Paré, 1995; Malglaive, 1993). Enfin, le formateur doit se refuser à la logique parallèle de l'enseignement et de la recherche au profit d'une logique de mise en oeuvre intégrative dont le CISH sera le détenteur, l'interlocuteur réel de l'acquisition de savoirs, de leur production, et de leur transfert en situation de travail. Mais ceci nécessite de repenser le rôle des formateurs et des accompagnateurs plus généralement (Baskett *et al.*, 1992; Cervero, 1992; Dechamps, 1994; Jarvis, 1992 a; Lesné, 1978, 1984).

#### **4-1-2. Le sous-système cognitif**

La première dimension du SS cognitif est la maîtrise et le développement des outils et des structures cognitifs et la seconde est l'induction de savoirs pratiques et la formalisation de savoirs praxéologiques. Les emprunts théoriques sur lesquels nous nous appuyons précèdent la définition du contenu des dimensions car nous pensons que ce sont des éléments à considérer en situation de FCPR.

Nous référons aux cognitivistes surtout. De Hoc (1987) et de Malglaive (1987, 1993) nous empruntons la notion de savoir organisé en systèmes de représentations et de traitements pratiques ou symboliques car nous partageons leur point de vue qui soutient que les schèmes cognitifs sous-tendent le travail de la pensée et conduisent le sujet à disposer d'un champ représentationnel lui permettant d'orienter son activité. Les systèmes de représentations et de

traitements pratiques forment des schèmes d'action organisés dans une procédure pratique ou un plan, au moyen duquel le praticien "gouverne les actes matériels, qui sont contrôlés par les représentations pragmatiques ou schématiques des états de l'objet telles qu'elles se construisent et s'anticipent dans l'action" (Malglaive, 1993: 186)<sup>20</sup>. Les systèmes de représentations et de traitements symboliques sont organisés en procédures symboliques qui gouvernent les calculs nécessaires au méta-contrôle de l'action. Elles reflètent des capacités de mise en relation des transformations des objets matériels ou de ses modifications possibles, ainsi que des capacités de mise en relation des relations elles-mêmes. Les modifications sont d'abord des implications causales simplement constatées; ensuite, elles deviennent des implications signifiantes, puis des opérations structurées de la pensée, via les abstractions empiriques, réfléchissantes et réfléchies (Malglaive, 1993; Piaget et Garcia, 1983, 1987).

Pour un domaine donné, procédures pratiques et symboliques sont sous la dépendance des mêmes structures cognitives, qui forment l'ensemble des relations logiques articulant les systèmes de représentations et de traitements disponibles chez le sujet; ce sont les structures cognitives qui permettent à la personne d'établir des liens entre la théorie et la pratique. Stimulées par la pratique, les structures cognitives se thématisent pour fournir aux modèles d'action leurs règles de transformation selon un processus de déconstruction-reconstruction. Les opérations logiques dans un domaine et les relations logiques entre domaines se construisent graduellement jusqu'à l'émergence chez le sujet de nouvelles structures cognitives à l'organisation interne plus cohérente que celles qui ont été activées dans la pratique étudiée. Les nouvelles structures cognitives se rajoutent à celles en place ou fusionnent avec elles pour constituer une nouvelle structure de niveau supérieur, dans un mouvement ascendant entre des relations formelles, qui est nourri par la réflexion (Artaud, 1985; Hoc, 1987; Honoré, 1992; Malglaive, 1993; Piaget et Garcia, 1987).

Les outils cognitifs, qui sont des systèmes de représentations et de traitements pratiques et symboliques coordonnés par des implications signifiantes, jouent avec les outils de formalisation un rôle essentiel dans ces processus mentaux, entre autres dans la formation des représentations mentales. Celles-ci sont en retour à la base du développement des outils et des structures cognitifs, et "l'appareil cognitif de l'adulte dispose des outils du registre formel lui permettant de travailler dans l'ensemble des domaines" (Malglaive, 1993: 160).

---

<sup>20</sup> Il y a une prégnance du registre figural dans les comportements de l'adulte. Par "principe d'économie" il utilise dans la vie courante et dans la plupart des activités d'exécution en priorité des systèmes de

Dans le cadre de ce schéma directeur, le praticien confronté à une pratique produit des actes mentaux correspondant à des données observées puis interprétées du domaine de cette pratique, ceci dans la mesure où il dispose des outils cognitifs appropriés. Dans le cas contraire, quand aucun des systèmes de représentations et de traitements disponibles ne conduit à une solution face au problème rencontré, les outils cognitifs doivent être remaniés à partir des données prélevées de la pratique et des implications causales auxquelles elles donnent lieu. Des systèmes de représentations et de traitements articulés à d'autres fragments de structures cognitives sont mobilisés s'ils existent, appris ou élaborés s'ils n'existent pas, ceci dans une activité de construction de représentations schématiques ou figurales, en remontant l'une ou l'autre des deux hiérarchies de raffinement ou de mise en oeuvre. Le système de représentations et de traitements concerné s'enrichit, s'élargit et devient moins spécifique. Les outils cognitifs gagnent en puissance et se transforment en outils de formalisation, qui sont souvent le produit de la transformation des outils cognitifs mis en jeu dans les procédures matérielles qui ont guidé la pratique étudiée au départ (voir section 4-1-2-A). La structure cognitive correspondant à la pratique analysée s'enrichit alors des coordinations entre ses schèmes, le praticien devient capable de solutionner le problème rencontré (Hoc, 1987; Malglaive, 1993).

De la sorte, en s'investissant dans l'action et les problèmes qu'elle pose, les mécanismes fonctionnels gouvernant l'activité cognitive de formalisation se développent et les savoirs du praticien s'enrichissent. Au fur et à mesure qu'il interagit avec l'environnement et ses aléas et développe des aptitudes à la PR, ses structures cognitives, dont la stabilité est relative, poursuivent leur développement dans une genèse vers des structures cognitives de complexité et de diversité croissantes, des "structures dissipatives" (Arlin, 1975; Piaget et Garcia, 1987; Malglaive, 1993; Prigogine et Stengers, 1979). Il y a "modificabilité structurale" relative à la capacité de tout individu à se modifier quels que soient son âge et sa condition (Artaud, 1985; Feuerstein *et al.*, 1979). Le praticien développe des capacités génériques, intellectuelles, telles l'abstraction, l'anticipation et la stratégie de résolution de problèmes (Barchehatt, 1988; Malglaive, 1987, 1993; Vergnaud, 1996).

---

représentations et de traitements composés essentiellement de représentations imagées qui dépendent de structures formelles de faible niveau (Lautrey, 1991; Malglaive, 1993; Vermesch, 1996).

## A. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs

Compte tenu de ce qui précède, nous postulons que les démarches descendante et ascendante opérées dans le cadre du système procédural représentationnel à la faveur d'une confrontation à l'action peuvent être relayées par un travail mental si le praticien dispose des outils cognitifs appropriés. En explicitant le processus mis en oeuvre dans l'action et ses résultats, il prend conscience des outils cognitifs qu'il y a mis en jeu, juge de leur pertinence et s'aperçoit qu'il agit souvent selon des modèles formalisés de comportements et recourt à un langage formel et enserré dans les contraintes de la technique et de l'administration sur le savoir et le savoir-faire utiles. Il développe des compétences méthodologiques et des outils de formalisation qui le rendent capable de manipuler des langages formalisés pour représenter son action. Il prend conscience des structures cognitives qui ont gouverné la procédure pratique qu'il reconstruit dans de nouvelles représentations cognitives, en passant d'une communication "en action" à une communication symbolisée, soit une conceptualisation et une abstraction plus grandes. À ceci l'aide le formateur et il cherche de façon concomitante des situations susceptibles de faire émerger chez le praticien des conflits cognitifs.

Les méthodes de la programmation neurolinguistique facilitent au formateur le repérage des outils cognitifs mobilisés par le praticien, elles l'aident à reconnaître la modalité sensorielle privilégiée selon laquelle il organise ses représentations et la manière dont il y accède, ainsi que les difficultés cognitives générées par ces modalités et elles lui permettent de juger de leur pertinence pour la pratique (Cudicio, 1986, 1991; Pinard, 1987; Tochon, 1996). Également la théorie de l'intelligence de Piaget est utile au titre de grille d'analyse du discours; elle "permet le repérage empirique des difficultés cognitives des apprenants en termes d'opérations intellectuelles et non simplement en termes de connaissances" (Higele, 1987: 124), ouvrant la voie à des actions de remédiation appropriées sur le développement cognitif et les comportements du praticien (Vermesch, 1985, 1990, 1996). Si le praticien recourt à l'écriture pour expliciter son action, le travail réflexif sur ses propres démarches ou sur les représentations qu'il s'en fait avec la révision, la comparaison des traces et la recherche de régularités entre elles. Pareil travail réflexif a lieu individuellement ou en groupe, la formule de groupe présente l'avantage de la confrontation des idées qui peut amener le praticien "à cerner les limites de ses conceptions, à procéder à des choix et à des changements" (Peterflavi, 1991:187).

L'enseignement à raisonner selon les méthodes proposées par les cognitivistes nord-américains et européens depuis les années '70 permet de doter le CISH des outils de formalisation et des structures cognitives qui les engendrent. Parmi ces méthodes nous trouvons les techniques et les outils proposés par les tenants de "l'éducabilité cognitive", tels Douet (1987), Hommage et Perry (1987), Meunier (1987), Pasquier et Chiochetti (1987) Sorel (1987) ou Vergnaud (1989); Malglaive (1993) conseille celui qui recourt à ces techniques et ces outils de les orienter vers l'étude du contenu et vers l'apprentissage d'attitudes réflexives. Nous trouvons aussi les méthodes de résolution de problèmes centrées sur le développement du raisonnement, des structures cognitives et des démarches de pensée dans leur contexte (Glaser, 1986) ou l'enseignement concret et axé sur la pratique et son guidage et qui valorise autant la compréhension des disciplines que leur contenu, rendant par là significatives les nouvelles connaissances transmises au praticien et facilitant leur intégration à ses structures cognitives (Malglaive, 1993, 1994)

Toutes ces méthodes d'enseignement et d'apprentissage que nous avons décrites ou citées sont centrées sur la cognition. Il est important pour qui recourt à ces méthodes de porter attention à la relation pédagogique entre le formateur et le CISH, par exemple en recourant à la notion de "médiation cognitive", pour que "la construction des structures cognitives de l'adulte devienne une médiation de l'ensemble des opérations logico-mathématiques" (Malglaive, 1994: 131), le praticien s'approprie des procédures et ait "une meilleure connaissance de son propre fonctionnement cognitif" (Vermesch, 1985: 130). Il est plus à même de faire fonctionner ses outils cognitifs autour d'un problème à résoudre et de les maîtriser pour faire face à des imprévus et planifier des actions en projet, choisissant consciemment les objectifs et les moyens pour agir (Bourdieu, 1980; Malglaive, 1993, 1994; Peterflavi, 1991; Daval, 1981).

Pareille capacité cognitive menant à un choix conscient des objectifs et des moyens d'action prend toute son importance pour le CISH à l'hôpital. Étant donné sa position hiérarchique intermédiaire relativement autonome, il est amené à prendre des décisions personnelles mais surtout fonctionnelles qui sont spécialisées et nécessitent que soient posés à la fois l'objectif de l'action et les moyens qui permettent de la réaliser ainsi que le concours d'autrui, ce qui signifie qu'elles doivent être communiquées avant d'être exécutées. Or, nous avons vu plus haut que le CISH est peu conscient de ses choix ainsi que de leurs liens avec les informations qu'il a manipulées dans sa pratique. Il appartient au formateur de l'aider à développer ses capacités cognitives ainsi qu'à prendre conscience des choix et des liens, par exemple en

l'informant sur les effets de sa pratique dans l'unité de soins et dans l'environnement (Daval, 1981; Honoré, 1992).

## **B. Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques**

### *Induction des savoirs pratiques*

Nous avons observé plus haut (section 4-1-1-A) que l'abstraction empirique mobilise les outils cognitifs existants du praticien qui produit dans un langage naturel des représentations pragmatiques, des "représentations matérielles", des configurations et des propriétés d'objet, des "formes" qui ne sont pas transformées et dont la manipulation fait appel à des opérations mentales auxquelles ne correspond aucun signifiant. Dans des situations qui font appel à des outils cognitifs auxquels le savoir disponible et les structures cognitives correspondants ne se prêtent pas, l'abstraction empirique peut poser des difficultés qui s'ajoutent à celles que nous venons de citer. Pour manipuler les données dégagées de la pratique dans pareilles situations, la pensée exige que les données deviennent signifiantes et correspondent à une symbolisation adéquate, dans un langage plus formel.

Honoré (1992) nous dit que le premier moment d'intériorisation de la réflexion est suivi d'un second, d'extériorisation, qu'au trait d'union entre l'intérieur et l'extérieur dans l'activité réflexive siège le phénomène de la conscience qui est le lien des contenus psychiques faits à la fois de représentations et de formes symboliques. Ces chercheurs nous disent aussi qu'au point de jonction de la perception et de la signification, les représentations mentales des données descriptives dégagées de la pratique se différencient au fur et à mesure du processus de réflexion dans des catégories concrètes puis abstraites, et dans des modèles d'action formalisés. Sur la base de ceci et de nos emprunts théoriques sur le développement cognitif de l'adulte (section 4-1-2) nous pouvons considérer que le praticien se déplace de la PR à dominante concrète vers la PR à dominante abstraite, réglant consciemment la pratique selon deux étapes s'appuyant l'une sur l'autre, deux modalités de la formalisation: la formalisation schématique ou construction de représentations figurales et schématiques, qui est à la source de savoirs pratiques, et la formalisation symbolique de ces derniers, qui participe à l'élaboration de savoirs praxéologiques.

Dans la PR à dominante concrète, la verbalisation a conduit le praticien à regrouper les données décrites à partir de la pratique, les structurer partiellement et leur donner un sens, dans un langage ordinaire (Habermas, 1987). En expliquant et interprétant ces données, il dépasse les abstractions empiriques et entre dans le domaine de l'abstraction réfléchissante. Il

prend conscience des relations entre les actes, les états de l'objet et ses transformations, les processus d'action et leurs effets, et traduit le tout dans une représentation figurale ou schématique. L'activité, cognitive, lui fait prendre conscience des procédures pratiques qu'il a planifiées et qui sont fondées sur des significations attribuées aux actes et à l'objet sur lequel les actes s'exercent (Honoré, 1992; Malglaive, 1993; Piaget, 1974; Vermesch, 1990). Mais ceci n'est pas sans obstacles.

L'obstacle est d'abord de nature cognitive. La prise de conscience par le CISH des mécanismes de l'action ne survient pas facilement car les règles qu'il met en oeuvre dans ses actes apparaissent comme nécessaires au sens de l'efficacité pratique, et non de la logique, et cohérentes parce qu'elles sont prises dans des opérations de la pensée dont il n'a pas conscience. Il rattache le sens des éléments de la procédure pratique au processus de transformation de l'objet et lie le sens de l'activité pratique à ses résultats matériels et symboliques; "ce à quoi ça sert" prime sur "ce que ça fait" et plus encore sur "comment ça se fait" (Malglaive, 1993).

Un autre obstacle est à rapporter à la qualité de la verbalisation. Dans les discours, les objets pratiques explicites parlent souvent à la place des nécessités logiques implicites, la description du praticien donne peu de signification à l'ensemble des phénomènes élémentaires et les explications qu'il fournit sont purement causalistes et extrêmement compliquées. Pour donner raison à ses actes, il assigne une origine aux actions et plusieurs causes à un comportement, attribue des motifs aux autres acteurs et impute souvent les échecs à des facteurs extérieurs. Son discours traduit une représentation des choses dans un concret, un réel foisonné, et sa cohérence est pratique, non pas formelle (Borel et *al.*, 1991). Pareils obstacles sont accentués dans le cas des actions qui échouent, étant donné qu'elles témoignent de représentations inadéquates, et dans le cas des habitudes qui sont le plus souvent dominées par la routine et l'inconscient.

Cependant il existe des règles à suivre et des méthodes éprouvées qui permettent au praticien de contourner ces obstacles, dépasser ses préoccupations pratiques et désenclaver la pratique des habitudes qui la régissent. Par exemple, le praticien qui se centre sur les seuls mécanismes fonctionnels de la pratique et explicite dans un langage adéquat et selon une démarche structurée les relations entre les actes et les états de l'objet qui résultent de ces actes pour chaque pas de la procédure pratique, i.e. les modalités d'ajustement de la procédure au mouvement de l'objet, prend conscience de la procédure par la connaissance de ces relations (Charlot, 1990; Inhelder et Piaget, 1979; Malglaive, 1993; Vergnaud, 1989, 1996).

Pour l'y aider, le formateur recourt aux questions régulatrices de l'entretien ou à la technique de la colonne de droite et de gauche proposées par Argyris *et al.* (1987) et Schön (1994); les unes et l'autres permettent au praticien d'identifier les causes qu'il a imputées aux phénomènes surgis dans la pratique et de faire "émerger le discours sous-jacent à partir du discours manifeste" tenu sur la pratique. De même, la méthode des cas permet au praticien de mettre en perspective sa pratique et de prendre conscience de ses différentes dimensions (Legendre, 1998). Aussi, le praticien prend conscience des procédures pratiques s'il reprend seul ou en groupe le texte produit au premier moment de la PR à dominante concrète et dans lequel il a décrit sa pratique, même si la perspective d'analyse et d'interprétation demeure inhérente au texte (Legault et Paré, 1995). Enfin, le contexte de tutorat aide le praticien à s'engager avec son vis-à-vis dans une discussion critique de la description de la pratique, ce qui permet un contenu réflexif de plus haut niveau que celui d'un discours sur l'action (Eraut, 1995; Schön, 1994).

Maintenant, au moyen d'une PR à dominante concrète, mais aussi abstraite, qui a surtout fait appel à des connaissances perceptives et à des implications causales directement tirées de l'expérience, le praticien peut traduire la procédure pratique, telle que conscientisée, dans un schéma, une figure ou un texte structuré (Malglaive, 1993). Mais les schémas et figures utilisés représentent des contenus selon des classifications fournies par les langages naturels, plus souvent concrètes qu'abstraites. L'activité cognitive du praticien demeure limitée à la situation où il a agi et il a des difficultés à traduire le réel dans les classifications abstraites, elles impliquent un mode de pensée logique et verbal complexe qui subsume les objets sous une catégorie générale. Il doit affiner en les rectifiant les premiers produits élaborés au moyen d'ajustements successifs, i.e. de contrôles liés à la conduite ou à la simulation de l'action telle que l'organise le discours; ces ajustements structurent le langage et permettent le partage entre classifications concrètes et abstraites. La dominante de la PR devient abstraite.

Pour ce faire, le CISH doit disposer des mots, des symboles et des signes nécessaires à la production d'une cohérence discursive, formelle, qui obéisse à la cohérence de l'action. La rédaction de résumés réflexifs du texte descriptif et la consignation par le praticien de ses savoir-faire spécifiques, des schèmes d'action auxquels il recourt pour régler sa pratique, l'adapter et raffiner des solutions et des alternatives dans des guides lui permettent de passer des clasifications concrètes aux abstraites (Reuchlin, 1973; Vergnaud, 1996). L'acquisition d'un langage formel peut être obtenue également par le type d'enseignement concret et axé sur la pratique, auquel cas le formateur part d'actions réussies ou susceptibles d'être

d'emblée réussies par simple tâtonnement empirique pour que le praticien rencontre moins d'obstacles à reconstituer son raisonnement dans l'action (Malglaive, 1993). Nous avons dessiné d'autres avenues pour le formateur qui veut aider le praticien à réaliser le partage entre les classifications concrètes et abstraites (sous-section 4-1-2-B).

En objectivant les procédures pratiques dans de nouvelles représentations figurales ou schématiques mieux développées, le praticien découvre leur caractère inadéquat générant des erreurs ou, au contraire, leur caractère efficace qui rend intéressante leur stabilisation, les rendant disponibles pour de nouvelles actions dans le domaine relatif de la pratique étudiée (Legault et Paré, 1995; Peterflavi, 1991). L'acquisition des connaissances par la voie matérielle "s'accompagne et s'enrichit alors d'une forme première de confrontation au monde symbolique et social: l'échange d'informations et de significations, points de vue, idées et savoirs avec les partenaires de la co-action" (Malglaive, 1993: 103). Parce qu'il a pris conscience de la procédure pratique, des problèmes et des contradictions, le CISH se pose des questions et veut modifier ses pratiques et ses modes de relation avec les autres. L'expérience acquise est, au sens le plus fort du terme, "enrichissante" (Decomps et Malglaive, 1996; Legault et Paré, 1995; Mialaret, 1996; Vermesch, 1985).

Le praticien peut aussi enrichir le produit de cette analyse réflexive par des lectures ou le partage d'expériences avec des pairs dans des séminaires d'analyse réflexive sur le modèle proposé par Schön (1994), tel qu'aménagé par Legault et Paré (1995), il conceptualise la "théorie pratiquée" dans un langage plus formel, des savoirs pratiques situés et fort dépendant du contexte grâce auxquels il rend significatives les situations. Le praticien peut enrichir ces savoirs en analysant les structures de ses rôles professionnels; relativement constantes d'une situation de pratique à une autre, elles engendrent certaines façons de "lire" les choses et les personnes et fournissent un repère de construction de savoirs pratiques.

Construits sur une longue période de temps, ces savoirs pratiques sont constitués de schèmes globaux de perception, d'évaluation et d'action qui permettent au praticien de prendre en considération des caractéristiques de la situation de pratique dans son contexte, de n'adapter que minimalement à ces caractéristiques son action (Legendre, 1998; Perrenoud, 1996). Il s'agit d'une forme de raisonnement pratique qui consiste dans une série hiérarchisée de propositions du type "si...alors.." (Greenwood, 1993). Pour des praticiens inscrits dans des trajectoires qui les mènent à des postes de responsabilité, tels les CISH, c'est "dans les savoirs pratiques et, surtout, dans leur dimension relationnelle que réside l'enjeu de la professionnalisation" (Charlon-Dubar et Vermelle, 1990: 114).

Savoirs de la finalisation et de la contextualisation, les savoirs pratiques fonctionnent selon leurs propres normes de mise en cohérence et ils sont difficiles à décrire, à expliciter et à communiquer; ils ne sont pas suffisamment représentés dans les traités scientifiques. En conséquence, il est important que la FCPR crée des situations dans lesquelles le CISH est conduit à générer ces savoirs pratiques et à se les approprier.

Dans une logique de mise en oeuvre, au moyen d'une réflexion sur l'action et par l'action surtout, souvent sur les modes agi et figural et par le langage naturel, et d'autres langages plus formels, le praticien a mobilisé ses savoirs antérieurs et induit des savoirs tacites à partir de la pratique, il a restructuré ces savoirs différents dans des savoirs pratiques qui sont disponibles pour résoudre le problème rencontré ou pour de nouvelles actions dans le domaine, dans une PR à dominante concrète. L'explicitation de l'action par la verbalisation, l'écriture et la réflexion collective et les autres moyens que nous avons décrits ont rendu possible "l'induction de savoirs pratiques spécifiques à telle ou telle autre spécialité, qui sont des éléments essentiels pour garantir l'efficacité professionnelle" (Decomps et Malglaive, 1996: 61)<sup>21</sup>. L'activation de ces savoirs et leur manifestation sont déclenchées par les indices environnementaux qui sont largement présents dans les situations de pratique clinique, ce qui est intéressant pour le CISH (Chochina, 1994; Dechamps, 1994; Gerard, 1992; Greenwood, 1993).

Mais les savoirs pratiques sont spécifiques et ils portent sur des pratiques finalisées et soumises à des variations qui ne peuvent être réduites à des distinctions conceptuelles (Charlot, 1990; Vergnaud, 1996). Il y a souvent absence de transfert et de généralisation, qui ne sont possibles qu'une fois dégagée "la sphère d'influence" dans laquelle est située la pratique qui a été menée puis analysée (Courtois, 1992; Dixon, 1993; Malglaive, 1994). De plus et dans le cadre du modèle proposé, ces savoirs sont enserrés dans des contraintes juridiques et administratives à l'hôpital et ils ne peuvent aider le CISH à répondre à des phénomènes aux prolongements social ou politique ou à des phénomènes ne cadrant pas avec les rôles qui lui sont confiés. La complexité des situations managériales et de soins et les

---

<sup>21</sup> Les chercheurs recourent à plusieurs appellations pour qualifier ces savoirs pratiques peu formalisés: savoirs d'action, savoirs tacites, "théorie pratiquée", *habitus*, connaissances-en-acte, connaissances du métier, mentalité clinique. Dans une interprétation des principes de science-action, Hosborn (1992) donne un exemple d'émergence de savoirs pratiques en milieu éducatif et Jarvis (1992 b), Saylor (1990) et Stochausen (1994) en donnent d'autres en milieu hospitalier. Bien que le modèle de ré-apprentissage expérientiel de Kolb (1984, 1993) néglige l'apport de l'action directe dans la formation de ces savoirs pratiques, les réaménagements proposés par ceux qui l'ont interprété rendent cela possible.

nouvelles technologies tient souvent en échec les savoirs pratiques (Don Cochrane, 1992; Malglaive, 1993; Orofiamma, 1987). Aussi, l'action du CISH ne sera pas possible.

Pour agir dans pareilles situations, il doit acquérir les connaissances manquantes au moyen d'un enseignement ou par la transformation des savoirs pratiques en savoirs formalisés, en connaissances "scientifiques", transformation qui est possible puisque les savoirs pratiques sont adaptables; ce sont des "objets de réflexion partiels et contingents, en déconstruction / reconstruction" (Tochon, 1996: 266). Il faut passer à une logique de réflexion, circuit long qui doit se déployer lorsque le savoir pratique s'avère insuffisant. Le passage suppose la mobilisation d'outils de formalisation ou le recours aux structures cognitives, les deux le plus souvent, comme cela demande du temps et nécessite la manipulation de différents langages (Malglaive, 1993).

#### *Formalisation et savoirs praxéologiques*

Le praticien approfondit la première formalisation en réalisant un passage progressif du plan des opérations concrètes portant directement sur des objets au plan de la réflexion abstraite. Il procède à une double rupture par un passage à différents niveaux de représentation, rompant à la fois avec la logique pratique et avec le savoir théorique et les connaissances sociales habituellement associés à l'action. Il objectivise les relations entre les actes et les transformations de l'objet dans un nouveau modèle de l'objet (Artaud, 1989; Bourdieu, 1980).

La PR est à dominante abstraite et la logique de réflexion est analytique et synthétique, non plus pratique. Au moyen d'une lecture fragmentaire des situations, le praticien fait émerger des schèmes d'analyse pédagogique qui le conduisent à une compréhension "morcelée" de la réalité. Il cherche à remanier la structure cognitive concernée par la pratique étudiée tout en l'alimentant de nouvelles formalisations pour pouvoir agir. Il généralise, modélise et décontextualise (Honoré, 1992; Legendre, 1998; Malglaive, 1993).

Avec l'aide du formateur et le recours à d'autres issues de la logique le praticien explicite les règles de transformations de son modèle d'action, fournies suite à la thématization des procédures pratiques et symboliques qui y ont été mobilisées. Il maîtrise des capacités de raisonnement et se représente les outils de formalisation. Plus puissants que les outils cognitifs qui ont été mobilisés dans la pratique étudiée, les outils de formalisation rendent possible la construction de procédures symboliques qui permettent d'effectuer des opérations

plus complexes sur l'objet, soit des formalisations symboliques ou des constructions de représentations conceptuelles (Malglaiive, 1993; Piaget et Garcia, 1983).

Confrontés à l'action et à la réflexion, les procédures symboliques et les outils cognitifs nouveaux sont formalisés dans de nouvelles structures cognitives, qui sont plus développées (Hoc, 1987; Malglaiive, 1993). Elles se présentent sous forme de connaissances méthodologiques, procédurales, qui sont disponibles pour maîtriser de multiples actions, celles qui sont régies par une rationalité univoque, comme le sont en première approximation les phénomènes techniques, ou celles qui le sont par des rationalités multiples qui sont largement présentes dans les situations réputées complexes et intellectuelles (Vergnaud, 1996). Ces connaissances ressortent d'un corpus mi-pratique, mi-formalisé, fait tout à la fois de savoir comment faire, i.e. de procédures d'action plus ou moins normalisées et de structures cognitives (Daval, 1981; Decomps et Malglaiive, 1996).

Produits d'une "recherche empirique" qui procède par approximations successives, ces connaissances se combinent dans une formalisation nouvelle avec les savoirs pratiques induits de la pratique étudiée. Le produit forme les savoirs praxéologiques qui prennent sens dans une culture générale tournée vers l'action et permettent de maîtriser le pourquoi, le quoi et le comment de l'activité. Ils ne sont pas seulement superposés aux autres connaissances du praticien, ils en sont le moteur, "interrogeant les connaissances primitivement acquises pour les réapprendre autrement" (Decomps et Malglaiive, 1996: 62). Ils transforment les savoirs pratiques et d'autres "livresques" en "connaissances "opératoires", i.e. des conseils praxéologiques et des outils pour l'action.

Dans cette PR à dominante abstraite les modalités de la démarche réflexive sont objectives, proches du type scientifique, même si la plupart du temps le praticien recourt à des moyens de contrôle, d'observation, de comparaison et d'évaluation qui lui sont propres et selon des termes qui lui sont fonctionnels plutôt qu'à des instruments scientifiques appropriés. Il valide son analyse et son interprétation des données en s'appuyant sur la réalité professionnelle et, souvent, son souci d'objectiver les résultats est traduit dans une coopération avec ses collègues, comparant avec eux les méthodes et les résultats. Puisque le praticien s'efforce d'explicitier ses critères de jugement et utilise des moyens d'évaluation qui peuvent être présentés, analysés et discutés, le savoir praxéologique est plus transférable et généralisable que le savoir pratique (Mialaret, 1996; Tochon, 1996; Vermesch, 1990). C'est à travers le savoir praxéologique que pourra se greffer la recherche théorique (Decomps et Malglaiive, 1996).

Ce savoir constitue un répertoire où le formateur puise des conseils praxéologiques qu'il formule à l'intention du praticien, lui indiquant des opérations à faire ou des moyens à utiliser plus efficaces que d'autres, une procédure pratique parmi tant d'autres. Selon le cas, les conseils portent sur des techniques de cueillette et d'utilisation de l'information, sur la nature du récepteur ou encore sur l'impact et les effets possibles d'une action en projet. Ces conseils peuvent être généraux ou particuliers, pour tel domaine ou pour telle catégorie d'actions, ou encore singuliers, pour une action concrète bien définie.

Pour le cas qui nous préoccupe, il faut focaliser sur les conseils particuliers et singuliers<sup>22</sup> qui portent par exemple sur les variables contextuelles de la situation de pratique, de l'organisation de l'hôpital ou du service qui y est produit. La connaissance de ces variables aide le CISH à situer son action par rapport à la mission de l'hôpital compte tenu de sa position hiérarchique intermédiaire ainsi qu'à réagir aux sollicitations provenant de la situation et à ses imprévus, les relations sociales dans l'hôpital étant complexes. Dans une équipe de travail de l'hôpital, un groupe de diagnostic ou une réunion de service ou de conseil de l'hôpital, les relations sociales entre *Ego* et *Alter Ego* sont complexes et d'une nature différente de celles qui s'établissent entre des acteurs individuels. Les conseils disent aussi au CISH d'écouter les soignants quand il les supervise, ce qu'il ne fait pas toujours.

Induire pareil savoir praxéologique est d'autant plus important qu'il permet d'agir dans des domaines où la théorie est pauvre et inexistante, et tel est le cas du domaine d'action du CISH. Les changements technologiques dans l'hôpital rendent disponibles des outils permettant la construction de ce savoir, tout comme les mouvements pédagogiques qui permettent les rencontres ou la réflexion collective.

Observons enfin que le développement du savoir praxéologique et son partage modifie l'expérience et la culture des professions (Tochon, 1996; Touraine, 1992), ce que nous visons, le soin étant une activité aux dimensions sociales et les cultures professionnelles devant être modifiées en milieu hospitalier (Chapman, 1976; Étienne et Lancien, 1994; Saylor, 1990). Nous avons déjà noté que la recherche scientifique ne s'est pas intéressée aux savoirs qui se manifestent dans le registre des compétences sociales, qui sont utiles pour l'adaptation du praticien à son environnement (Dixon, 1993; Vergnaud, 1996; Vermesch,

---

<sup>22</sup> Parce qu'à ce jour la praxéologie s'est peu intéressée au champ d'action du CISH et qu'il y a peu de recueils scientifiques ou techniques sur sa pratique, le formateur ne peut disposer de beaucoup de préceptes généraux. Il

1995). Observons enfin que le formateur peut enrichir ce savoir quand il interprète sous l'angle du CISH les écrits théoriques et scientifiques pour en déduire un ensemble de "recettes techniques" (Daval, 1981; Malglaive, 1993; Tochon, 1996).

Ainsi, dans un va-et-vient pratique-théorie-pratique les savoirs pratiques sont décontextualisés par l'abstraction et formalisés avec de nouvelles connaissances en savoirs praxéologiques, qui sont à leur tour transformés puis validés par confrontation à l'action dans un nouveau contexte. Ils deviennent généralisables dans le domaine de la pratique étudiée et, selon le cas, à d'autres domaines.

Nous pouvons maintenant faire le lien entre les dimensions que nous avons jusque-là présentées. L'appel à la mémoire et l'activation de la pensée syncrétique ont servi de déclencheurs de la réflexion au moment descriptif de la mise en question de la pratique, qui est suivi d'un moment analytique. Le praticien induit les savoirs tacites de la pratique et met au jour ses savoirs antérieurs, formalisant des savoirs pratiques dans une PR à dominante concrète surtout et à logique pratique. Par la suite, la PR est surtout cognitive, à dominante abstraite et la logique, réflexive, engendre un développement du fonctionnement mental du praticien, de ses outils et de ses structures cognitives. Le CISH maîtrise des abstractions vers l'action, formalise des savoirs praxéologiques et veut saisir le sens de sa pratique. Dans un schéma, le continuum de PR se présente comme indiqué dans la figure 3.

Notre analyse est proche des idées d'Honoré (1992) et de Malglaive qui distinguent des différences de nature et de niveau de la PR et elle rejoint l'appel d'Artaud (1985) de mettre en question le mythe de l'adulte achevé. Notre analyse rejoint les idées de Lestage (1994: 188), pour qui "l'auto-organisation mentale naît dans l'inconscient, à partir de la différenciation syncrétique, puis se poursuit jusqu'à atteindre au niveau conscient sa forme achevée, différenciée".

Par contre, notre position nuance les idées de Piaget et des néopiagéticiens qui définissent des stades fixes et limitatifs du développement cognitif et refoulent la pensée syncrétique dans l'inconscient chez l'adulte, signifiant par là qu'elle est inactive. Aussi, nous ajoutons le volet développement cognitif aux tenants du ré-apprentissage expérientiel ou de la praxéologie et nous nous démarquons de la rupture qu'établit la science-action entre "théorie épousée" et "théorie pratiquée".

---

lui est cependant possible de construire avec le CISH un répertoire de conseils particuliers et surtout singuliers, ils font appel à de moindres généralisations.

*Fig. 3: Le continuum de PR et la formalisation de savoirs à partir de la pratique*

<b>Pratique</b>	<b>&lt;-----&gt;</b>	<b>PR à dominante concrète</b>	<b>&lt;-----&gt;</b>	<b>PR à dominante abstraite</b>
Pensée activée		pensée synchrétique / perception		pensée réflexive
verbalisation		description / explication langage naturel surtout		explicitation / interprétation langage formel
Démarche réflexive		subjectivation surtout représentation pragmatique analyse / prise de conscience		objectivation surtout représentation symbolique analyse/ synthèse/ compréhension
Signification		implications causales en cours d'action et à sa suite		implications signifiantes après l'action et en interaction avec l'action
<b>Pratique</b>	<b>&lt;-----&gt;</b>	<b>Savoirs pratiques</b>	<b>&lt;-----&gt;</b>	<b>Savoirs praxéologiques</b>
		<b>Formalisation niveau 1</b>		<b>Formalisation niveau 2</b>
Logique		logique pratique		logique de réflexion
Opérations mentales		outils cognitifs existants classifications concrètes procédures pratiques		outils de formalisation classifications abstraites procédures symboliques
Savoirs mis en jeu		savoirs antérieurs et savoirs tacites de la pratique		savoirs pratiques et nouvelles connaissances nouvelles structures cognitives

#### 4-1-3. Le sous-système andragogique

Ci-avant, nous avons traité de la formalisation des savoirs praxéologiques et, plus haut, avons observé que les structures cognitives assurent la relation entre la théorie et la pratique. Ici, nous lions les deux propositions de la phrase, poursuivant notre raisonnement du point de vue des relations entre la pratique, la théorie, la recherche et la formation. Nous montrons par la suite comment faciliter la PR au moyen de dispositifs andragogiques appropriés et contextualiser l'apprentissage en FCPR. Auparavant, nous justifions notre recours au concept andragogie popularisé par les américains, bien qu'il soit polysémique et peu clarifié à ce jour (Fielding *et al.*, 1994). Même, Blais (1995: 20) observe que "l'andragogie / éducation des adultes est un champ d'études et de recherche [dont les] frontières sont floues à tel point que l'on parle d'éclatement et de difficulté à déterminer ce qui appartient à ce champ d'études". Pineau (1985) parle de globalisme flou et peu opérant du champ qui regroupe l'andragogie et la *lifelong education* du côté américain et l'éducation permanente du côté européen.

Dans les écrits sur la formation continue, on propose le concept andragogie parfois en relation avec des *a priori* idéologique ou politique et d'autres fois en association avec tout le champ de la formation continue ou avec certaines de ses problématiques. Par exemple, les chercheurs humanistes recourent à l'andragogie pour mettre en relief l'autonomie de l'adulte ou attirer l'attention sur le contexte professionnel et la conception de dispositifs de formation intégrés au milieu de travail et facilitateurs de l'implication des formateurs et des cadres de l'entreprise dans la formation continue (Knowles, 1990). Ils recourent également à ce concept pour mettre en valeur "la réciprocité éducative" (Labelle, 1995) ou souligner "le rapport individuel qu'entretient l'adulte avec le savoir selon des logiques de réparation, de perfectionnement et de promotion" (Labelle, 1993: 81). Des chercheurs affiliés à d'autres courants de pensée avancent l'andragogie pour souligner des aspects spécifiques de la formation et de l'apprentissage se rapportant à l'adulte, tels les aspects sociologique, politique, psychologique ou didactique, par exemple Blais (1995). Cette chercheuse a trouvé <sup>comme</sup> thèmes majeurs des recherches francophones sur l'andragogie, les problématiques liées à l'apprenant adulte, au processus d'apprentissage, à l'éducateur, au lien entre la théorie, la recherche et la pratique et les études réflexives sur les pratiques éducatives.

Il faut dire que les recherches qui portent sur l'andragogie sont rares. Quelques-unes ont apporté des arguments en faveur de la spécificité de l'andragogie par rapport à la pédagogie, pour les opposer (Robbins, 1988), et d'autres ont montré des liens entre les deux, les plaçant

tantôt sur un continuum et tantôt dans des plans orthogonaux, en termes de niveau d'apprentissage (Delahaye *et al.*, 1994) ou de niveaux d'autonomie de l'apprenant adulte et de son encadrement (Pratt, 1988). Dans les faits, les prémisses communes à la pédagogie et à l'andragogie sont nombreuses (Fielding *et al.*, 1994).

En ce qui nous concerne, nous faisons appel à l'andragogie dans le but de marquer le caractère adulte du CISH et la spécificité du milieu qui concerne sa FCPR par rapport à l'éducation des élèves à l'école ou des étudiants à l'université. En particulier, nous recourons à l'andragogie pour centrer la FCPR sur les attentes du CISH et la situation de pratique et pour désigner des problématiques spécifiques et récurrentes dans le champ de la FCPR, par exemple sa contextualisation, son organisation et la relation entre la théorie et la pratique<sup>23</sup>.

### **A. Articulation dynamique pratique-théorie-formation-recherche**

Les chercheurs avancent en FCPR différentes thèses sur la relation entre la théorie, la pratique et les savoirs liés à la pratique, les savoirs tacites et les savoirs pratiques. Par exemple, les tenants de la science-action accordent dans la pratique la préséance aux savoirs liés à la pratique sur les savoirs théoriques. Tochon (1996) les fusionne et Legendre (1998) les intègre. Artaud (1989) trouve un rapport dialectique entre les savoirs théoriques et les savoirs d'expérience et Malglaive (1993) construit le rapport théorie-pratique à partir de la pratique et ramène le débat à une relation entre procédures symboliques et pratiques. Notre position se rapproche des deux derniers pour les raisons qui suivent.

On ne peut intégrer le savoir théorique, la pratique et les savoirs liés à la pratique car ces entités sont de natures différentes. Dans la théorie, l'information linéaire s'accorde à la démonstration et les concepts relatifs à l'action s'harmonisent à une démarche réflexive dans laquelle un seul concept peut être envisagé à la fois. Même si la théorie est un mouvement vers la connaissance du réel dans sa relation avec les pratiques, elle n'est objective que si elle s'affranchit de ces dernières. Résultat d'un effort d'objectivation et d'un processus de construction hautement socialisé, le savoir théorique est davantage formalisé et systémique que le savoir lié à la pratique, qui est le plus souvent institutionnalisé. Aussi, la cohérence du savoir théorique est interne, la pratique scientifique fonctionnant dans l'homogène surtout et

---

<sup>23</sup> Nous avons relevé en contexte qu'en formation continue de CISH et de soignants la tradition est à la polarisation, le cours théorique sans suivi pratique ni recherche, et que certains chercheurs professent que la PR raffermir les liens entre la théorie et la pratique alors que d'autres demeurent sceptiques devant des résultats d'expériences menées entre autres en milieu hospitalier (Clifford, 1993; Saylor, 1990).

le savoir acquis permettant de construire de nouveaux savoirs (Artaud, 1989; Astolfi, 1990; Malglaive, 1993, 1994).

Par contre la pratique professionnelle fonctionne dans l'hétérogène et traite de plusieurs choses à la fois, elle échappe par sa nature en grande part aux tentatives d'en obtenir des modélisations théoriques, statiques, qui veulent décrire après-coup ses dynamiques à des fins descriptives ou prescriptives (Charlot, 1990; Vergnaud, 1996).

Du point de vue cognitif la théorie s'inscrit dans la mémoire et la durée et elle sert à la prévision, tandis que la pratique se vit dans l'instant présent et active les cognitions dans le court terme. Du point de vue pédagogique, les savoirs liés à la pratique se transmettent surtout dans et par l'action, dans un temps de PR à dominante concrète. Par contre, l'acquisition et l'appropriation des savoirs théoriques reposent à la fois sur l'action, la formalisation et la recherche et l'enseignement, elles surviennent le plus souvent dans un temps de PR à dominante abstraite où la réflexion est en relation dialectique avec la pratique, à la fois séparée d'elle et en liaison avec elle. Nous observons que de nombreux chercheurs associent les savoirs théoriques à la logique de réflexion et à la recherche sur les produits de la réflexion sur l'action, et les savoirs pratiques à la logique d'action et à la recherche dans l'action (Eraut, 1995; Jarvis, 1992 a; Saylor, 1990).

Les savoirs théoriques, la pratique et les savoirs liés à la pratique diffèrent aussi par leurs finalités. La pratique scientifique a pour finalité la construction d'un monde cohérent de savoirs, théoriques. Le savoir lié à la pratique est mobilisé dans la pratique professionnelle et permet surtout la production de biens et de services, c'est-à-dire des effets qui ne sont pas des effets de savoir (Vergnaud, 1996).

Les deux autres questions qui se posent sont le rapport qu'entretient le praticien avec ces types de savoir et la préséance à accorder aux uns ou aux autres en FCPR. À propos de la première question Charlot (1990) mesure la valeur du savoir scientifique selon sa pertinence pour la pratique et son sens pour celui qui l'acquiert, Malglaive (1993) soutient que le rapport au savoir des praticiens ne saurait être au principe du savoir qu'il s'agit de leur transmettre et Saint-Arnaud (1993 b) trouve que le praticien débutant a un rapport de consommation avec le savoir théorique. Rattachant la formation à des logiques d'innovation, Charlon-Dubar et Vermelle (1990) inscrivent les savoirs théoriques en cas de logique d'anticipation des changements du travail, les savoirs techniques en cas de logique d'optimisation des nouveaux systèmes de travail et les savoirs pratiques en cas de logique

d'accompagnement de la mobilité à une nouvelle fonction. Pour sa part Tochon (1996) veut que l'acteur intègre le savoir dans un passage d'une perspective duelle, théorie-pratique, à une perspective intégrative de la connaissance.

La seconde question est non avenue. Nous pensons que recourir aux seuls savoirs liés à la pratique ne suffit pas à rendre efficace l'action du praticien, étant donné les limites de ces savoirs que nous avons identifiées. Adopter pareille idée revient à nier le rôle de la conceptualisation dans l'efficacité de l'action et confondre la capacité à maîtriser les actes professionnels avec la maîtrise des outils cognitifs qui guident souvent ces actes. C'est oublier que l'induction du savoir pratique passe par l'activation des savoirs antérieurs du praticien, soit par le savoir "théorique" qu'il a accumulé, et que le savoir théorique réorganise le savoir pratique "répond à certaines des questions qu'il a suscitées, met à jour le contenu de certaines intuitions qu'il véhicule en les explicitant" (Artaud, 1989: 129). C'est ne pas considérer que la formalisation des savoirs praxéologiques fait appel à la fois aux savoirs liés à la pratique et aux connaissances, théoriques (Malglaive, 1993, 1994).

De même, nous pensons que rejeter le savoir théorique équivaut à nier ses rôles heuristique et validateur dans la pratique ou dans l'apprentissage, courir le risque d'être dogmatique et oublier qu'une formation théorique dans un domaine permet d'acquérir les compétences plus rapidement (Artaud, 1989; Atlan, 1986; Daval, 1981; Jarvis, 1992 b; Malglaive, 1993; Saint-Arnaud, 1993 a). C'est ne pas porter attention aux compétences sociales, qui sont particulièrement concernés par le décalage entre la théorie et la pratique (Dixon, 1993; Vergnaud, 1996; Vermesch, 1995), et ne pas reconnaître le rôle joué par le savoir théorique dans le rapprochement des points de vue des praticiens (Saint-Arnaud, 1993 b), ce qui mène pour le cas qui nous préoccupe à une situation qui va à l'encontre de notre souci de favoriser le travail en équipe et de rapprocher les logiques professionnelles présentes à l'hôpital. C'est omettre que les savoirs qui sont transmis dans l'enseignement participent au développement de capacités cognitives du praticien et ne pas se mettre au courant des nouveautés. En d'autres termes, adopter pareille position revient à nier le caractère cumulatif de la connaissance et ramener la PR à des niveaux descriptifs et représentationnels de l'action (Daval, 1981; Dixon, 1993; Malglaive, 1993; Orofiamma, 1987; Peterflavi, 1991).

Distinguer l'enseignement de l'apprentissage, la théorie de la pratique et des savoirs liés à la pratique, la formation de l'exercice professionnel, c'est produire autrement la division taylorienne du travail conception-théorie et exécution-pratique, la forme bureaucratique de gestion (Charlot, 1990; Malglaive, 1993; Touraine, 1992). Or, cette forme et ces distinctions

sont anachroniques, le contexte de la modernité réduisant la tension entre le discours objectif et interpersonnel des sciences et des techniques et les discours normatifs et subjectifs des pratiques sociales (Samurçay et Pastré, 1995; Toupin, 1991, 1993).

Dans le domaine qui nous concerne, opter pour de pareilles distinctions signifie en plus ne pas tenir compte du manque de représentation dans les traités scientifiques de savoirs théoriques sur le rôle du CISH et sur sa FCPR, confiner ce dernier dans un rôle de contrôle et de socialisation aux modèles biomédical et administratif et maintenir les situations de travail dans des conditions non favorables à la PR, non apprenantes. En fait, négliger l'un ou l'autre de ces savoirs conduit à des prescriptions normatives et génère des dysfonctionnements dommageables pour la pratique professionnelle et pour la FCPR.

Plutôt que de nourrir la polémique autour des savoirs théoriques, de la pratique et des savoirs liés à la pratique, nous préférons montrer les rapports opératoires entre les trois, que les différences n'empêchent pas les relations entre eux (Malglaive, 1993; Toupin, 1993; Vergnaud, 1996) et que leur association participe à la construction de l'identité socioprofessionnelle du praticien (Charlon-Dubar et Vermelle, 1990), rend la pratique managériale efficace (Raelin, 1993), entre autres celle du CISH comme l'ont montré Clarke (1986), Miller (1985), Saylor (1990) et Jarvis (1992 b) en milieu de soins.

Dans cet ordre d'idées, nous trouvons que des chercheurs définissent un savoir intermédiaire entre la pratique et la théorie. C'est tantôt le savoir-discours de la pratique qui se veut une forme de médiation entre la pratique et la théorie, un travail de repérage de points où peuvent s'articuler leurs logiques hétérogènes en formation de praticiens, par exemple par "la mise en mots des savoirs pratiques et leur organisation en système théorique grâce à l'explicitation, au débat avec autrui et à la formalisation" (Charlot, 1990: 12). C'est d'autres fois la grammaire descriptive de l'expérience, fruit d'un "formalisme de la pratique dont la visée est réflexive et créatrice, qui offre des possibilités pour approcher la jonction théorie-pratique et l'articuler en un dialogue" (Tochon, 1996: 267). Ce sont aussi les savoirs d'action, conceptualisés (Vergnaud, 1996) ou les savoirs empiriques, produits d'une recherche de type scientifique sur l'expérience (Mialaret, 1996), ou encore les savoirs procéduraux qui sont définis dans un lien formalisé entre les savoirs pratiques et théoriques (Malglaive, 1993, 1994).

En ce qui nous concerne, nous trouvons important en FCPR de: 1) noter qu'il y a une différence de nature entre le savoir théorique, le savoir lié à la pratique et la pratique, 2)

reconnaître que ces deux savoirs différents se nourrissent l'un et l'autre, enrichissent la pratique et vice versa, 3) admettre que la mise en oeuvre de connaissances théoriques requiert la mobilisation d'autres types de savoirs davantage reliés aux pratiques, 4) ne pas occulter le processus de réflexion qui permet la formalisation des savoirs pratiques et des savoirs praxéologiques en interaction avec la pratique, ni 5) minimiser les conditions nécessaires au développement des structures cognitives du praticien.

Il s'agit de continuum action - réflexion, pratique - recherche - théorie, savoirs tacites - savoirs pratiques - savoirs praxéologiques - théorie. Les spécificités de chacun de ces différents pôles de logique, pratique - action, théorie - réflexion ou recherche nous amènent à considérer que leurs apports pour le CISH, distincts et complémentaires, sont possibles dans une FCPR qui s'appuie sur des dispositifs andragogiques appropriés. L'essentiel est que la pratique, la formation et la recherche favorisent le va - et - vient action - perception - description - réflexion - prise de conscience - savoir, pratique - formalisation - action - conceptualisation, au sens de fonctions dialectiques pratique-réflexion, pratique-théorie, contexte-praticien, savoirs-praticien, les deux questions fondamentales pour le praticien étant l'acquisition et l'appropriation de ces savoirs différents et la maîtrise de sa pratique.

Il est possible de favoriser pareilles interactions quand les pratiques de formation sont centrées sur l'apprenant, liées à ses situations professionnelles et menées dans des contextes variés selon une dynamique de FCPR ouverte à différents modes d'articulation théorie-pratique et savoirs liés à la pratique (Powell, 1989; Clarke, 1986). Par exemple le CISH qui se pose des questions et analyse sa pratique acquiert des connaissances contextualisées. L'échange entre la recherche et la pratique est immédiat et l'intégration des savoirs théoriques et des savoirs liés à la pratique est interne, le CISH étant l'artisan de l'articulation de ces logiques et de ces savoirs, dans un dépassement de son "souci pratico-pratique".

Il appartient aux formateurs et aux personnels d'encadrement de jouer les rôles de traducteurs et de médiateurs pour créer les conditions facilitant l'émergence de pareilles interactions (Saint-Arnaud, 1993 b; Toupin, 1993; Malglaive, 1993, 1994). Par exemple, quand la FCPR est menée selon une logique d'anticipation des changements du travail, le praticien cherche à s'appropriier les nouvelles techniques et les savoirs théoriques qui y sont liés (Charlon-Dubar, 1990). Aussi, l'alternance favorise les liens entre la recherche, la formation et la production, entre la théorie et la pratique (Bousquié, 1993; Chaix, 1993; Chené, 1993; Geay, 1993; Malglaive, 1993; Pineau, 1995).

À la lumière de ce qui précède nous recourons à un concept composé pour définir notre dimension, le concept *articulation dynamique pratique-théorie-recherche-formation*, qui est orchestré par le CISH principalement. Nous signifions de la sorte que chacun des éléments de la dimension a sa propre entité, mais aussi qu'il peut se retrouver dans un concept plus global en FCPR, les frontières entre les éléments autorisant un flux dynamique.

Avec cette articulation pratique-théorie-recherche-formation, la FCPR capitalise la pratique qui se laisse approprier et s'ouvre, dégageant ses savoirs tacites qui sont formalisés en savoirs pratiques qui sont à leur tour formalisés en savoirs praxéologiques sur lesquels vient se greffer la théorie. Le tout contribue à développer les structures cognitives du CISH, elles lui permettent de posséder des capacités génériques qui sont à la source de la manifestation de nouvelles compétences dans la pratique, qui prend de nouvelles significations pour lui; avec l'aide de collègues et de formateurs et de cadres, il rompt ses modèles d'action et les transforme et enrichit ses savoirs, des savoirs contextualisés par la même (Honoré, 1992; Malglaive, 1993).

#### *Partir de la pratique et promouvoir les recherches en FCPR*

Comme le suggère la formulation, nous privilégions dans la dimension le pôle pratique, que nous citons en premier, soit le caractère inductif de la PR, et nous avons expliqué pourquoi dans le SS cognitif. Notre modèle est construit à partir de la pratique parce que nous estimons que la FCPR obéit à la logique des activités sociales et professionnelles et que la construction et la validation de la connaissance ont lieu à partir d'arguments pratiques ou expérimentiels. Dans la mesure où elle pèse sur la FCPR, et la FCPR sur elle, la situation de pratique constitue le repère contextuel qui la valide (Charlot, 1990; Daval, 1981; Giguère, 1993; Lesne, 1984; Malglaive, 1993; Schwartz et Lambrichs, 1994; Toupin, 1993).

Définir une dominante pratique ne signifie pas que nous négligeons le pôle théorique ou de recherche en FCPR. Notre choix veut relever la spécificité de chacun des pôles, répondre à la question de la résonance des savoirs pour le praticien et tenir compte de sa manière adulte d'apprendre qui est étroitement liée à la possibilité d'associer les nouvelles connaissances aux événements familiers de son expérience et de les inscrire dans une logique de signification, notamment quant à l'anticipation de leur impact sur l'amélioration de ses pratiques. L'important pour le praticien est de "situer le lien et la nature des rapports pratique-théorie et le moment de leur exercice" (Malglaive, 1993: 38). Il découle de pareil choix que le savoir théorique doit être présenté au praticien de façon non normative, comme un guide de sa réflexion et de construction de procédures pratiques. Il découle également que

l'enseignement doit être envisagé quand le praticien éprouve le besoin de formaliser ses savoirs pratiques ou quand le contexte ou le formateur ont suscité chez lui ce besoin.

Pareils énoncés nous démarquent des chercheurs qui privilégient le mode pragmatique en formation continue ou de ceux qui optent pour une vision scientifico-technique. Aujourd'hui, valoriser la démarche qui part de la pratique et des questions qu'elle pose, c'est à la fois se situer dans le courant des modèles de FCPR qui tiennent compte du contexte et chercher à les spécifier, puisqu'ils manquent encore d'adéquation avec les pratiques en raison de leur visée généralisatrice (Legendre, 1998; Malglaive, 1993; Tochon, 1996).

Notre dimension compte un élément recherche. Pour le rejoindre, nous proposons de multiplier les types de recherche selon l'objectif de FCPR poursuivi. Par exemple, le praticien qui cherche à développer son processus métacognitif ou à articuler la pratique avec la théorie mène dans un temps séparé de l'action une recherche à caractère délibératif et critique sur les produits de la réflexion en cours d'action et de la réflexion sur l'action (Eraut, 1995; Tochon, 1996). S'il cherche à améliorer son habileté à réfléchir en cours d'action, il choisit plutôt parmi les quatre types de recherche que Schön (1993) classe dans la "recherche réflexive".

Si le praticien cherche à comprendre, il fait appel à <sup>la</sup> recherche réflexive qui repose sur la métaréflexion, elle suscite chez lui le désir d'un savoir nouveau et l'amène à reconstruire les concepts professionnels et les valeurs qui sous-tendent ses pratiques. Il approche les situations de travail et sa profession de façon moins simplifiée, plus complexe et plus ancrée dans l'organisation de l'entreprise, de l'hôpital pour le cas qui nous préoccupe, et il cherche des formes de sa pratique qui convergent avec celles des collègues, avec pour conséquence l'amélioration de la qualité des soins (Davies *et al.*, 1996; Jarvis, 1994; Lollier, 1990; Paux-Bulboz, 1983; Powell, 1989; Raelin, 1993). La participation du CISH à la régulation de l'hôpital devient plus efficace, il peut renforcer son action dans le système, l'hôpital et son environnement (Clarke, 1986; Hugues, 1985). Il y a développement du volet objectif de la pratique, développements personnel et professionnel (Honoré, 1992; Elliot, 1991; Legault et Paré, 1995; Malglaive, 1993). Enfin, la recherche intégrée menée par le CISH et par le formateur vient appuyer ces types de recherche.

Mais le praticien a un rapport difficile à la recherche et éprouve de la difficulté à construire un objet de recherche à partir de sa pratique professionnelle (Delorme, 1985; Fleury *et al.*, 1994), et le CISH a des difficultés à participer à la recherche infirmière, à apprendre avec les

autres et à partager son savoir (Bitaud *et al.*, 1990; Carlo, 1989; Dechamps, 1994). Nous avons retenu le volet formation à la recherche parmi les rôles du formateur et nous avons indiqué des pistes d'action dans la section 4-1-2-B. Le formateur accompagne le praticien pour qu'il transfère des résultats de la recherche scientifique dans la pratique, l'aide à la comprendre et à enrichir ses savoirs praxéologiques (Mialaret, 1996). Le formateur simplifie le processus de recherche de manière à le rendre plus accessible au praticien et veille à associer le CISH à des chercheurs qui mènent des recherches de type expérimental en situation de soins et à des projets de recherche, qui devraient être plus nombreux à l'hôpital. Aussi, la coopération de l'administration est importante si on veut résoudre les difficultés et mener une recherche étalée sur des années (Koebler *et al.*, 1997). Il est important que chercheurs, formateurs et praticiens vivent dans des mondes moins séparés (Desgagné, 1995; Honoré, 1992; Carlo, 1989). Nous savons que ce n'est pas facile.

## **B. Dispositifs andragogiques**

Nous entendons par dispositifs andragogiques des moyens et des mises en forme provisoires de pratiques de FCPR, formelles ou informelles, individuelles ou collectives, avec l'appel ou non à des formateurs et des cadres, à quoi s'ajoutent les objets sur lesquels portent ces pratiques, des contenus et des savoirs de toute nature que le praticien doit acquérir et s'approprier ainsi que des pratiques professionnelles multiples et situées qui nourrissent sa réflexion. Nous mesurons la pertinence de ces dispositifs d'après leur concrétisation du processus de FCPR et leur participation à la création de conditions favorables à des méthodes et des moments de manifestation de la PR (Argyris *et al.*, 1987; Bennet et O'Brien, 1994; Brochier, 1992; Calvert *et al.*, 1994; Ellerington *et al.*, 1992; Senge et Gauthier, 1992). Nous ramenons leur pertinence à la mesure dans laquelle ils facilitent l'atteinte des dimensions de notre modèle.

Par exemple, quand les dispositifs permettent des activités alternant subjectivation et objectivation en FCPR, le praticien prend conscience des liens entre les savoirs liés à la pratique et les savoirs théoriques et entre les logiques de la pratique et du discours, et il formalise et généralise des savoirs à partir de l'expérience (Daval, 1981; Dodier, 1990; Honoré, 1992; Legault et Paré, 1995; Malglaive, 1993, 1994; Vergnaud, 1996). Dans le cadre de notre modèle les dispositifs andragogiques et les activités de FCPR qui transforment dans le milieu hospitalier le processus de PR en une situation d'apprentissage et de

recherche, suscitent chez le CISH le besoin de comprendre les théories sous-jacentes à sa pratique (Carlo, 1989; Herbrard, 1994; Jarvis, 1992 b; Powell, 1989).

De façon particulière, nous visons pour la FCPR du CISH: 1) la construction du lien entre la formation et le travail à la fois dans l'organisation globale de l'hôpital et dans les actions de formation ainsi que de nouvelles formes de responsabilité du CISH et de l'équipe de soins, 2) la motivation du CISH et son engagement ainsi que l'engagement du formateur et du cadre pour la FCPR, 3) des méthodes d'apprentissage individuelles et collectives qui diminuent la pression de l'action et aménagent des moments réflexifs pour le CISH, 4) des méthodes et une organisation de la FCPR qui rapprochent les logiques de formation et de recherche, celle empirique qui se centre sur la modification de la pratique et celle scientifique qui cherche à l'expliquer et comprendre ses phénomènes, et qui permettent le développement d'un langage commun, 5) un environnement professionnel ne contraignant pas l'expression du CISH et un climat de confiance favorable à des opérations de représentation de la pratique, 6) une organisation qui permet l'articulation dynamique pratique-théorie-recherche—formation et capitalise l'expertise présente dans le milieu tout en optimisant ses effets formateurs; 7. les activités d'accompagnement des CISH par les formateurs et les cadres et 8) la spécification et l'articulation des fonctions respectives des différents acteurs de FCPR, les acteurs hospitaliers et les partenaires.

Notre modèle retient que la situation de pratique fixe le cadre de l'activité de FCPR du CISH et oriente l'ordonnancement des dispositifs andragogiques dans des structures qui évoluent avec elle. Par incidence, ces dispositifs ont des ancrages multiples et sont renouvelés en fonction des situations de pratique et de FCPR (Desgagné, 1995; Honoré, 1983, 1992; Lesne, 1984; Payeur, 1993). Ils sont en relation avec les attentes et les motivations du CISH et d'autres acteurs de l'hôpital, avec leurs contradictions et leurs enjeux (Barchehatt, 1988; Braun, 1989; Dixon, 1993; Lesourne, 1988; Malglaive, 1993, 1994). Les dispositifs doivent aussi permettre l'examen à temps des problèmes qui peuvent surgir, il s'agit là de leur caractère anticipatif (Bitaud *et al.*, 1990; Carré, 1992; Gallet, 1992; Malglaive, 1993).

Adopter pareille perspective situationnelle aboutit à définir des contenus de FCPR en fonction de la diversité des objectifs qui doivent être atteints, des pratiques observées ou à construire. Le corpus de connaissances une fois construit obéit à ses propres règles internes de structuration logique. S'y ajoutent des critères externes: niveau de formalisation des savoirs, dominante concrète ou abstraite de PR, activités de formation ou de recherche y correspondant et activités pratiques avec lesquelles se construisent les connaissances ou dans

lesquelles s'investiront les acquis. Sur la base de ces critères, de la nature et de la modalité des activités d'apprentissage, nous structurons le programme et l'organisons dans le temps. Par exemple, l'apprentissage du raisonnement ou de comportements techniques libérés du contexte peut se dérouler en grande partie dans des situations formelles, "protégées". Par contre, le développement de la réflexion critique et la construction de savoirs pratiques ou praxéologiques a surtout lieu dans des situations cliniques, qui ne sont pas libres de pression, de confusion et de risques (Greenwood, 1993). De même, nous privilégions les situations cliniques, expérientielles pour l'apprentissage d'attitudes, telle l'écoute (Crozier *et al.*, 1990). Dans tous les cas, les pratiques de FCPR doivent tendre à optimiser les effets formateurs du travail (Carré, 1992).

Dans le SS praxéologique nous avons proposé au formateur d'aider les cadres à acquérir des habiletés d'accompagnement pour pouvoir participer à la FCPR des CISH. Par exemple, nous envisageons de façon complémentaire que le formateur veille au déroulement de tout le processus de FCPR, entre autres au moyen de relations suivies avec le "cadre-tuteur" qui, en consultation avec le formateur, définit pour le CISH le travail à accomplir et partage avec lui son savoir-faire. Le formateur recourt aux conseils praxéologiques surtout pour guider le CISH dans ses recherches de connaissances théoriques, technologiques ou méthodologiques (Decomps et Malglaive, 1996; Desgagné, 1995; Jarvis, 1992 a; Lollier, 1990).

Enfin, quelques autres observations. Que la forme des activités d'apprentissage soit formelle ou informelle, individuelle ou en collectif de travail, le formateur cherche leur cohérence et leur complémentarité, fait en sorte qu'elles s'alimentent les unes et les autres. Il fait appel le plus souvent à des moyens d'encadrement informels, tels le parrainage, le tutorat et les collectifs de travail centrés sur les tâches spécifiques, et il agit pour investir les savoirs produits dans l'action globale (Carré, 1992; Lacoste, 1992; Malglaive, 1987; Marsick, 1988; Peyrard, 1992).

Nous avons traité des dispositifs andragogiques. Il reste à déterminer quelle structure serait chargée de les gérer. Nous la précisons dans le SS politique (sous-section 4-1-2-6-B).

### **C. Contextualisation de l'apprentissage**

Nous ouvrons la FCPR sur le contexte en l'organisant principalement au sein du travail, *situated learning*, aussi proche que possible de la situation de pratique pour répondre "juste à temps" aux problèmes et aux besoins qui naissent, croissent et se satisfont dans la

situation, qu'elle soit de pratique ou de formation (Dixon, 1993; Malglaive, 1993). Nous construisons le programme localement en tenant compte à la fois des objectifs à atteindre en FCPR des CISH, de ceux de la direction de l'hôpital et de tous ses acteurs, dont les médecins, ainsi que des objectifs des partenaires sociaux. Nous cherchons à favoriser le transfert des acquis (Toupin, 1993), assurer la pertinence du produit et éviter que la FCPR "reste plaquée et court le même risque d'échec que les formations théoriques traditionnelles" (Schwartz et Lambrichs, 1994: 229).

Nous envisageons des formations ciblées sur des comportements spécifiques et facilement réalisables et nous créons des situations cognitives, *situated cognition* (Brown *et al.*, 1989), elles favorisent la participation du praticien et l'amènent à négocier et interagir avec l'environnement, développant des "modèles mentaux", des compétences et des connaissances plus flexibles qui lui permettent d'agir dans des situations complexes (Senge et Gauthier, 1992; Tardif, 1996). Enfin, nous veillons à ce que les coûts de la FCPR soient bas pour que les changements soient possibles (Chochina, 1994; Dixon, 1993; Honoré, 1992; Laporte, 1991; Le Helley, 1990).

Nous nous sommes proposé de construire un modèle de FCPR ouvert sur le contexte. James et Clarke (1994) nous conseillent pour y arriver de spécifier la signification de la PR en contexte de soins et de nous appuyer sur le processus et le contenu de la PR. Nous avons tenté de traduire ces conseils dans les dimension précédentes. Pour situer la FCPR en contexte de soins, nous tenons compte également de la position hiérarchique intermédiaire du CISH, de l'imprévisibilité et des variations des tâches auprès de l'équipe de soins, ainsi que du stress et de la charge psychologique liée à la présence des patients dans l'hôpital (Goudeaux *et al.*, 1994).

#### **4 - 1 - 4. Le sous-système psychosocial**

Nous avons vu que la FCPR doit viser la maîtrise par le CISH de savoir-faire spécifiques, techniques ou relationnels, de compétences ainsi que de capacités génériques. Les uns et les autres sont à définir en référence à des pratiques, de façon étroite par rapport au poste de CISH, ou large en référence au collectif de travail de l'unité de soins. Toutes ces habiletés lui facilitent le passage du rôle de soignant à celui de manager soignant et participent à la construction de son identité socioprofessionnelle, qui est la première dimension du SS psychosocial. Puisque le CISH construit son identité avec les autres, la formation en collectif de travail et l'apprentissage en groupe est la deuxième dimension.

## A. Construction de l'identité socioprofessionnelle

La FCPR favorise le développement des compétences et des capacités génériques requises par les rôles du CISH et participe à la construction de son identité socioprofessionnelle quand elle relie le JE au QUOI, au COMMENT et au POURQUOI et quand elle considère que l'action du CISH relève de la motivation et non pas seulement de la connaissance.

### *Compétences, capacités génériques et construction de l'identité socioprofessionnelle*

Par compétences, nous entendons les aptitudes du CISH à prendre en charge les situations managériales tout en prenant de la distance par rapport à elles, puisqu'elles sont porteuses de conflits de personnels et d'exigences contradictoires. Plus précisément, il est question ici de l'excellence à composer avec une certaine classe de situations ou un ensemble de classes de situations, de l'étendue des savoirs pratiques, des savoir-faire et des comportements que le CISH manifeste dans un domaine donné. Nous avons montré dans le SS cognitif comment il peut acquérir pareilles compétences par l'action et au moyen de la PR à dominante concrète surtout. Il le peut aussi au moyen de mini-programmes de formation, des stages *outdoors*, par exemple des programmes d'entraînement à la vie en équipe, aux relations interpersonnelles ou à la gestion des conflits, du stress ou du temps. La formation aux techniques de médiation renforce également les qualités personnelles (Landier, 1991).

En plus de compétences "techniques", le CISH doit maîtriser des compétences "sociales et relationnelles". Nous avons montré dans le SS cognitif que le CISH qui développe ses structures cognitives s'approprie des capacités génériques qui permettent la créativité dans la recherche de solutions aux problèmes et la manifestation d'habiletés d'animation d'une équipe, d'expression et d'écoute, dans des attitudes d'empathie. Générales et polyvalentes, ces capacités orientent les compétences et permettent leur transférabilité. Elles permettent au CISH de s'engager dans des modèles de médiation et d'autorégulation cognitive en tant que manager, d'agir avec flexibilité et maîtriser l'aléa<sup>24</sup> et les mini-variations de pratiques complexes et incertaines, telles une urgence, où le lien cause-effet est difficilement perçu

---

<sup>24</sup> Pour le cas qui nous préoccupe, le volet aléatoire prend deux dimensions pour le CISH, confronté qu'il est à des "objets" humains surtout, non physiques: 1. une dimension soignante dans la mesure où le soin à dispenser est unique, pour une personne unique dont les réactions au soin sont parfois imprévisibles, 2. une dimension managériale et d'animation de l'équipe de soins, du type relationnel surtout, très sensible à l'aléatoire et pour laquelle il y a peu de savoirs praxéologiques disponibles. La situation se complique davantage si nous considérons le nombre de soignants que le CISH doit accompagner et celui de patients dans l'unité de soins.

pour rendre possible la prévision, et les actions non techniques, qui sont ordonnées à des finalités hétérogènes et pour lesquelles il y a plus d'un possible.

Le praticien qui possède ces capacités peut composer avec le caractère pluriel des situations, dans leurs dimensions technique, relationnelle, sociale, économique, institutionnelle et politique. Il choisit pour orienter son action une procédure pratique réaliste, rapide, adaptée à la situation, donc plus contextuelle, et il dispose de procédures de rechange qu'il puise dans ses savoirs praxéologiques (Charlot, 1990; Gérard, 1992; Kanungo et Misra, 1992; Landier, 1991; Malglaive, 1993; Vergnaud, 1996). Critiques, ces capacités génériques font la différence entre un CISH et un autre, entre une équipe de soins et une autre.

Marquées du sceau de la valeur, ces capacités s'expriment en termes de développement personnel et professionnel (O'Hanlon, 1992; Winter, 1987). Leur développement inscrit des attitudes réflexives chez le praticien, elles passent par le changement de ses "croyances" (Elliot, 1991; James et Clarke, 1994; O'Hanlon, 1992; Saylor, 1990; Tochon, 1996; Winter, 1987). Maîtrisant de pareilles capacités, le CISH arrive à comprendre les règles de fonctionnement de l'organisation hospitalière, s'y situe et se la représente dans une gestion collective. Il se sent plus responsable et est plus à même de jouer ses rôles d'organisation, de régulation et de formation-communication, puisqu'il est manager (Bitaud *et al.*, 1990; Crozier *et al.*, 1990). Ses pratiques seront pertinentes par rapport aux objectifs de l'unité de soins et de l'hôpital. Nous attirons ici l'attention sur le fait que le développement de capacités génériques est rarement pris en compte dans les formations.

Notre approche distingue les compétences des capacités génériques, associe principalement les premières à la PR à dominante concrète et les secondes à la PR à dominante abstraite et soutient que les capacités génériques orientent les compétences. La distinction que nous faisons présente un intérêt opératoire, elle spécifie la dominante de la PR à développer en fonction du type d'habiletés que doit développer le CISH. Notre façon de voir est plus précise que la définition cognitive de la compétence de Tardif (1996) et plus efficace dans la mesure où elle indique des pistes pour orienter la FCPR.

Notons enfin que le développement de capacités génériques est facilité quand le praticien est motivé, responsabilisé et quand il bénéficie de plus d'autonomie dans l'exercice de ses rôles et qu'il participe au management de l'institution (Chochina, 1994; Crozier *et al.*, 1990; Dixon, 1993; Landier, 1991; Laporte, 1994; Orofiamma, 1987).

*Motivation, reconnaissance et construction de l'identité socioprofessionnelle*

Nous concevons la motivation au travail comme une relation double au monde, dynamique et cognitive. À la source des besoins de savoir et de savoir-faire du praticien, la motivation est étroitement liée à ses projets, à sa liberté de les choisir. Nous proposons de recueillir la motivation du praticien en l'écouter et en favorisant son expression, qui est stimulée quand il interagit avec l'environnement interne institutionnel. Nous proposons de maintenir son intérêt pour la FCPR définissant avec lui des finalités qui rejoignent à la fois ses attentes, qui sont liées à sa vie professionnelle et sociale ainsi qu'à son intention de participer à des changements, et les missions de l'institution (Charlot, 1990; Crozier *et al.*, 1990; Landier, 1991; Malglaive, 1993; Nuttin, 1985, 1987; Scott-Morgan, 1994).

Aussi, la reconnaissance représente une condition favorable au développement de la motivation et, par là, à la construction de l'identité socioprofessionnelle. La reconnaissance s'éprouve par l'action du praticien sur son image de soi et par la validation sociale d'une qualification singulière, d'actes et de produits reconnus utiles par un groupe social particulier, entre autres par la hiérarchie ou par les pairs, dans le cas des métiers non professionnalisés surtout, tel celui du CISH. C'est que le mécanisme de la reconnaissance est "global" (De la Bouillierie, 1983; Honoré, 1983; Scott-Morgan, 1994).

Nous traduisons pareille approche globale de la reconnaissance dans le cas du CISH en faisant appel dans la mise en question de la *praxis* à sa métaréflexion, son point de vue subjectif et son intention de modifier le travail. Il prend conscience des postulats qui rendent significatives les émotions et sentiments qu'il a éprouvés en cours d'interaction avec les autres, comprend mieux son rôle et celui de ses collègues, se culpabilise moins, s'accepte mieux, améliore son image de soi et révisé ses attitudes et ses valeurs. Tout ceci augmente sa confiance en soi et est utile pour son équilibre psychologique (Johns, 1996; Honoré, 1992; Mialaret, 1996; Saylor, 1990). Le contexte de la modernité qui favorise à la fois la synthèse et le dialogue sujet-raison rend possible l'appel à l'idée de sujet en FCPR, i.e. la volonté d'une personne d'agir et d'être reconnue comme actrice (Touraine, 1984, 1992).

Pour rendre les conditions favorables à la reconnaissance, nous recourons à des dispositifs andragogiques qui favorisent la présence à soi et créent un espace psychologique où le CISH peut exprimer ses émotions et mener des échanges "libres" sans craindre d'être jugé. Nous favorisons aussi les échanges entre pairs et organisons des entretiens du praticien avec un tuteur ou un formateur, les uns et les autres sont des situations réflexives (Bennet et O'Brien, 1994; Carré, 1992; Desgagné, 1995; Dixon, 1993). Nous faisons appel aux méthodes que

nous avons décrites dans le SS cognitif ainsi qu'au récit de vie, il permet d'approcher les aspects socio-affectifs de la pratique (Tochon, 1996).

En plus de chercher à améliorer l'image que le CISH se fait de lui-même, l'approche globale de la reconnaissance cherche à obtenir la reconnaissance par une action sur la perception des pairs et des membres de l'équipe de soins, entre autres en modifiant l'image de représentant de la direction à laquelle ces derniers l'associent généralement, au profit de celle d'un "allié", et en valorisant les attitudes, les savoir-faire et les comportements managériaux dans lesquels le CISH fait preuve d'écoute, de coopération et de *coaching* surtout (Koebler *et al.*, 1977). Aussi, l'approche globale cherche à obtenir la reconnaissance par la hiérarchie de l'hôpital, qu'elle soit administrative ou médicale, car ses discours et sa parole légitimés institutionnellement pèsent en termes de changement de perception. Cette fois, ce sont surtout les compétences techniques et cliniques du CISH qui amènent la reconnaissance (Meighan, 1990).

Nous lions enfin la reconnaissance et les modalités de promotion à un modèle de compréhension de la réalité, à la responsabilité et à la validation sociale. Or, les méthodes traditionnelles de gestion de personnel sont caractérisées par le secret bureaucratique et par les pratiques informelles du CISH qui veut "plaire au patron" et la promotion de ce dernier repose sur l'ancienneté et la "fidélité" non réfléchie à la hiérarchie médicale ou administrative. Les caractères de ces méthodes sont déstructurants et non fonctionnels; ils empêchent la reconnaissance (Calvert *et al.*, 1992; Kramlinger, 1992; Martini, 1994; Scott-Morgan, 1994).

C'est ici qu'intervient le rôle politique du formateur. Il sensibilise en vue de la collaboration du CISH avec les cadres et la direction pour construire de nouvelles modalités de management qui réduisent le nombre de niveaux hiérarchiques et favorisent la participation du CISH aux instances de décision et à la définition de la formation (Dopson *et al.*, 1992; Martini, 1994). Il recommande la définition d'éléments de motivation, de promotion et de reconnaissance du CISH qui soient plus objectifs, plus sociaux et plus transparents, et qui tiennent compte de la FCPR (Honoré, 1992). Enfin, il conseille d'organiser les lieux de manière à favoriser l'appropriation de l'espace-unité de soins par les CISH et les autres membres de l'unité, ceci diminue les mécanismes défensifs et favorise chez les uns et les autres une modification de la perception de leur rôle et "un développement de l'identité personnelle et de l'identité sociale" (Fisher, 1990: 169). En généralisant ceci à l'espace-hôpital, qui est un territoire social, nous créons des conditions favorables à la PR.

Quand elle considère pareils éléments de reconnaissance la FCPR entraîne une évolution des situations de pratique, ne serait-ce que par la modification des phénomènes qui y surgissent et du vécu qui y est attaché, comme l'ont montré Mialaret (1996) en formation en général, et Davies *et al.* (1996), Dechamps (1994), Hesbeen (1993), Johns (1996) et Saylor (1990) en formation de CISH ou de soignants. Pareille FCPR provoque un remaniement des forces en présence dans l'hôpital, faisant apparaître une nouvelle "gestalt", qui fait évoluer l'image de la fonction "cadre intermédiaire" à la fois chez le CISH et auprès des soignants, des médecins et des cadres (De La Bouillierie, 1983; Honoré, 1992). Il en résulte une motivation du CISH pour l'action et sa prise de conscience de son identité socioprofessionnelle, qui se construit sur des pratiques et une technicité dans un jeu complexe entre reconnaissance et appartenance à un collectif de travail possédant un ensemble de repères, une mémoire partagée.

Aussi, la FCPR en intercatégoriel amène le CISH à construire son identité socioprofessionnelle avec les autres, à partir des points de vue sociaux envisagés de façon interactive et évolutive<sup>25</sup>; une amélioration de la production de services [de soins] s'ensuit (Dubar, 1990, 1996; Stochaussen, 1994).

#### *Fonction, rôle et construction de l'identité socioprofessionnelle*

L'étude du contexte a montré que le CISH est peu autonome et qu'il reçoit des consignes spécialisées, précises et observables le plus souvent, elles empêchent l'initiative et la créativité, la libération de la pratique. Plutôt, les nouvelles modalités de management de l'hôpital doivent prévoir un espace pour les décisions personnelles du CISH et un autre pour celles de l'équipe de soins comme entité. À ceci le formateur doit sensibiliser l'administration. Il doit lui dire que le CISH se construit sa nouvelle identité dans son rapport avec des savoirs pratiques qui intègrent la reconnaissance de la hiérarchie et les communications avec les collègues (Charlon-Dubar, 1990).

Par ailleurs, le CISH qui ne limite pas sa réflexion au rôle qu'il définit lui-même ou qui est fixé par l'hôpital établit au moyen de l'étude des différences dans les structures des rôles un

---

<sup>25</sup> Les actions de FCPR en intercatégoriel présentent l'avantage de développer l'identité socioprofessionnelle des cadres intermédiaires de l'établissement hospitalier, qu'ils soient médico-techniques, administratifs ou techniques, pas seulement celles des CISH; ils pourront mieux communiquer et interagir. Cependant, la préparation à des réalités d'exercice de responsabilités propres et irréductibles les unes aux autres reconnaît les spécificités des fonctions cadres soignants intermédiaires. Par exemple, on peut envisager en même temps que des formations intercatégorielles des modules spécifiques pour les CISH, avec un accent particulier pour ceux

rapport entre les dimensions personnelle, professionnelle et sociale de la pratique. Il découvre le caractère multiple des manifestations de compétences et de leurs sources et met en rapport ses conceptions de son rôle, les savoirs objectifs, les attentes de la direction et les savoirs issus de sa collaboration avec les pairs CISH et les membres de l'équipe de soins. En déplaçant l'analyse réflexive des rôles vers l'identité socioprofessionnelle, il interroge sa façon de voir et fait des choix éthiques, ce qui l'amène à resituer son rôle, être plus réaliste et accepter le risque de se tromper. Il est plus à même de composer avec les consignes spécialisées et les décisions fonctionnelles qui lui sont transmises (Daval, 1981; De La Bouillierie, 1983; Dechamps, 1994; Honoré, 1992). Par nos énoncés nous concilions l'idée de fonction et les idées de rôle et d'identité socioprofessionnelle.

Nous ne pouvons traiter de la construction de l'identité socioprofessionnelle du CISH en passant sous silence le volet politique de son rôle, qui se manifeste en particulier dans la participation à titre d'intermédiaire dans la régulation de l'hôpital. C'est surtout la recherche qui habilite le CISH à jouer ce rôle car elle l'amène à engager des négociations de pouvoir et de contrôle avec ses collègues et développer une conscience critique des enjeux professionnels, sociaux et politiques sous-jacents à son activité (Charlot, 1990; Dixon, 1993; Legault et Paré, 1995; O'Hanlon, 1992).

Alors, le CISH qui construit son identité socioprofessionnelle pourra faire preuve des attitudes, des comportements et des capacités requis de lui et qui relèvent de plusieurs dialectiques: management personnel et de l'équipe, autonomie et esprit d'équipe, responsabilité individuelle et collective, participation, engagement et motivation personnelle et dynamique au travail, à la FCPR et au changement. Dans les pratiques, il mobilise ses compétences et les capacités des membres de l'équipe de l'unité de soins (Barbier, 1993; Charlot, 1990; Chochina, 1994; Dixon, 1993; Landier, 1991; Malglaive, 1993). Nous répondons de la sorte aux exigences du nouveau contexte d'exercice professionnel du CISH dans un hôpital pénétré par l'immatériel et qui lui demande un niveau de qualification intermédiaire élevé (Royan, 1994).

## **B. Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe**

Nous savons que le collectif de travail rend la pratique plus efficace, maintenant que l'on convient que les tâches individuelles sont fortement interreliées à celles des autres, et que

---

qui ont besoin d'élaborer leur spécificité, par exemple ceux de profil infirmier ou de rééducation (Chochina, 1994; Dechamps, 1994).

l'unité de travail est constituée par l'équipe plutôt que par l'individu (Touraine, 1992). Nous voulons rapprocher la FCPR de la situation de pratique. Or, de plus en plus cette dernière a lieu en collectif de travail. Aussi, la formation en collectif de travail est plus productive que l'apprentissage individuel et l'enseignement formel, particulièrement quand les thèmes de formation portent sur le travail en équipe, les questions éthiques ou relationnelles (Dixon, 1993). De même, nous savons que les concepts pragmatiques apparaissent dans les discours des praticiens sous forme de savoir-faire et de savoirs pratiques, qui participent à l'élaboration du savoir de la profession. Pour les nouveaux praticiens, la signification de ces concepts se construit progressivement en relation avec la variété et la diversité des situations rencontrées, et grâce aux communications de travail entre collègues et avec les formateurs (Desgagné, 1995; Samurçay et Pastré, 1995). Pour ces raisons, qui s'ajoutent à celles que nous avons évoquées en contexte (chapitre I), et pour favoriser la construction de l'identité socioprofessionnelle du praticien, notre modèle retient la dimension FCPR en collectif de travail.

Avant de définir la dimension, nous observons que le collectif de travail regroupe de façon informelle des praticiens, deux ou plus, qui cherchent une solution à un problème de communication, de soin, d'éthique ou des problèmes récurrents, tels les dysfonctionnements du système hospitalier, ou encore un problème surgi au moment de la planification des activités de l'équipe, en particulier celles soumises à changement (Lacoste, 1992). Les écrits en anglais désignent le collectif de travail par les expressions *intact group*, i.e. groupe original, ou *team setting*, i.e. équipe d'appartenance, ou encore *team work*.

Dans pareils collectifs les praticiens s'emparent ou créent des dispositifs de représentation de l'action dissociés des contraintes administratives, judiciaires ou épidémiologiques et ils dépassent les habitudes défensives souvent observées dans les organisations bureaucratiques, tel l'hôpital. Par le dialogue et la réflexion collective, ils testent leurs opinions et approfondissent leurs raisonnements, ce qui mène à une compréhension commune des situations de soins et des concepts à manipuler en milieu de travail, des procès d'intercompréhension, comme les appelle Habermas (1987). Aussi, les praticiens évitent un face à face exclusif avec leurs expériences, partagent des connaissances manipulées dans la pratique et échangent des données techniques ou des informations sur les ressources; il se dégage des savoirs pratiques et une théorie qui n'est pas "livresque" (Decomps et Malglaive, 1996; Charlot, 1990; Grosjean, 1996; Orofiamma, 1987; Senge et Gauthier, 1992).

Notre dimension suggère que la conversation réflexive dans le collectif de travail mette l'accent sur le développement de la capacité du praticien à exprimer sa pensée et sur la recherche de solutions appropriées au problème rencontré plutôt que sur la dynamique du groupe ou la seule désignation du problème comme dans le cas des groupes de travail, *task force*, des groupes de résolution de problèmes ou d'analyse de situations de travail. Notre dimension préfère à la communication écrite la parole qui est le plus manipulée dans le milieu de soins et représente la forme la plus universelle de communication humaine. Pour développer la dimension collective des apprentissages et des situations de travail notre dimension laisse le processus de conversation réflexive provoquer la convergence des idées, plutôt que le consensus de groupe (Carré, 1992; Lacoste, 1992; Malglaive, 1987; Peyrard, 1992). Observons qu'il peut se présenter des situations où le problème ne peut être traité que sur une période de plusieurs mois, s'étalant du diagnostic à l'implantation; le collectif devient plus formel dans ce cas et peut devenir un outil de développement managérial.

Pour cultiver chez le CISH l'esprit d'équipe, notre dimension privilégie le collectif de travail pluriprofessionnel, entre membres de l'unité de soins, entre CISH et entre CISH et les autres acteurs de l'hôpital pour que tous acquièrent un langage et des expériences communs et développent des relations de confiance et une cohésion, et le CISH est plus à même de prendre en charge des fonctions partagées et traduire les consignes qu'il reçoit. Il y a un facteur favorable à ceci, le fait que les CISH partagent le même espace de travail que les membres de l'équipe de soins, les médecins et les administratifs (Fisher, 1990).

Nous proposons également de favoriser la constitution de paires, puisque le parrainage constitue une situation réflexive (Desgagné, 1995). Avec des pairs, le praticien partage les perceptions et les appréhensions nées de ses observations sur la pratique et des représentations qu'il s'en fait, elles sont souvent pour lui une source d'inquiétude devant une interprétation inachevée et une source de manque de confiance en ses capacités. Percevant des dimensions communes entre sa pratique et celles de ses pairs, il relativise les résultats de sa pratique, l'échec ou le stress qui y sont associés en particulier. À plus long terme, les pairs peuvent créer un lien fonctionnel et se soutenir mutuellement face à des difficultés. Le collectif de travail peut devenir dans ce cas un groupe de soutien (Carré, 1992; Dodier, 1990; Legault et Paré, 1995; Martini, 1994; Saint-Arnaud, 1993 b; Schön, 1994).

Dans l'esprit de notre modèle, nous veillons à ce que la FCPR en collectif de travail ne perturbe pas le fonctionnement de l'unité ou du service de soins. Par exemple, nous multiplions à l'hôpital des réunions de CISH, hebdomadaires ou journalières, des "staffs" à

l'instar des médecins. Aussi, nous transformons les réunions de transmission de consignes en moments réflexifs de façon qu'elles favorisent la PR et l'échange sur les cas, en plus de permettre la continuité des soins.

Favoriser des collectifs de travail en FCPR n'empêche pas l'organisation de groupes formels de formation, ils procurent aux praticiens une occasion d'interagir avec des collègues provenant d'autres départements de l'entreprise et aux CISH avec des collègues de l'hôpital ou d'autres établissements de soins. Dans un groupe de travail ou de formation les psychosociologues et les sociologues ont trouvé l'énergie de groupe et Prigogine (1983) que ce que fait chacun est réverbéré et amplifié par l'action du *socius*.

Pareils groupes développent des capacités à travailler en collectif de travail et favorisent le développement du concept de soi et la responsabilité au travail, influant par là même sur la construction de l'identité professionnelle. Dans l'émergence des savoirs pratiques et praxéologiques, les praticiens prennent conscience que la connaissance se construit sur place; ils mesurent l'importance de l'écriture et du dialogue en groupe comme activités d'apprentissage et comme moyens de réflexion. Mountford et Rogers (1996) ont observé ceci auprès de soignants, Legault et Paré (1995) auprès d'enseignants et Peterflavi (1991) auprès d'élèves.

Dans ce cas aussi, nous centrons les échanges dans le groupe sur l'objet, le problème à résoudre, plutôt que sur la dynamique du groupe ou sur l'analyse transactionnelle. Nous veillons au retour guidé par le formateur au sein du groupe pour assurer la généralisation et le partage des résultats par tous et favorisons la recherche en groupe, elle permet la construction de savoirs et mène à une évolution de la personne et de la vie d'un groupe de travail (Boistel, 1985).

Pour résumer, dans les sections précédentes nous avons distingué dans la PR la dominante concrète de celle abstraite et fait correspondre à chaque dominante un niveau de formalisation des savoirs; du moins au plus formalisé ces savoirs sont les savoirs tacites, les savoirs pratiques puis les savoirs praxéologiques. Nous avons défini une hiérarchie du fonctionnement cognitif et distingué des types de représentation mentale, des procédures pratiques des procédures symboliques, et des natures de PR. Nous définissons ici une hiérarchie artificielle d'habiletés: savoir-faire et comportements spécifiques, compétences, puis capacités génériques, qui seraient au plus haut niveau et témoigneraient de la qualification dans l'exécution d'une action. Nous visualisons les dynamiques et les relations

Fig 4: Habiletés, savoirs et fonctionnement cognitif en pratique réflexive

Habiletés	Savoir	Fonctionnement cognitif	Pratique réflexive
Savoir faire /			
Comportement	tacite		pratique réflexive
spécifique		représentation pragmatique	descriptive
			{ PR
			{ à
			{ dominante
			{ concrète
			=====
			=====
Compétence	pratique	représentation symbolique,	
		procédure pratique	
			{ PR
			{ à
Capacités génériques			{ pratique réfléchie,
(qualifications,			{ globalisante et synthétique
attitudes réflexives)			{ dominante
			{ abstraite
			{
			{

entre les habiletés, les savoirs, le fonctionnement cognitif et la dominante de la PR mis en jeu en FCPR (voir figure 4).

#### 4 - 1 - 5. Le sous-système sociologique

Le SS sociologique comprend les dimensions ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture d'une part, et accompagnement du changement de l'autre.

##### A. Ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture

Le praticien qui met en question la *praxis* s'intéresse aux fondements implicites de la pratique et développe des dispositions cognitives, notamment une capacité de décentrement par rapport à ses propres intérêts et points de vue et une sensibilité à d'autres réalités. Il perçoit les choses et les personnes autrement que de simples objets de calcul, développe une capacité à émettre des jugements, redéfinit ses priorités et se soucie de l'éthique de son comportement relationnel et social, il fait preuve d'écoute, d'ouverture d'esprit, de responsabilité et de liberté ainsi que de solidarité (Atlan, 1986; Crozier *et al.*, 1990; Eveston-Bates, 1992; Honoré, 1992; James et Clarke, 1994; Saylor, 1990). Pour obtenir ceci et ne pas enfermer la FCPR dans un champ d'instrumentation et de fonctionnalité, dans une acculturation à visée reproductive (Courtois, 1992; Habermas, 1987; Lesne, 1984), nous veillons en ce moment de PR à dominante abstraite à ne pas focaliser la FCPR sur la logique de l'affirmation et de l'exploration, soit sur les objectifs propres du praticien, comme le font Saint-Arnaud (1993 b) et Schön (1994).

Pour le cas du CISH, il interagit avec des collègues et des patients dans un hôpital où les soignants sont tenus au respect des règles du secret professionnel et médical, et dans une société régie, elle aussi, par des règles et des normes. Nous l'invitons alors à considérer ces règles au moment où il rapporte les réactions aux soins des patients, il est en confiance, évacue le risque de mener une recherche réflexive bien intentionnée mais non éthique et se crée des situations favorables à la verbalisation de la pratique (O'Hanlon, 1992).

Dans un autre ordre d'idées, Cuche (1996) et Crozier *et al.* (1990) définissent la culture comme un ensemble de savoirs, de pratiques et de comportements et un rapport au monde en tant qu'univers de sens, social entre autres; Nous rejoignons leurs idées en choisissant de valoriser la culture en FCPR, ceci permet au praticien de dépasser le contexte immédiat du problème posé à lui dans la pratique, d'élargir ce problème à l'ensemble de ses antécédents et

situations, quand elles ne sont pas associées à des problèmes concrets (Senge et Gauthier, 1992).

Le formateur doit rassurer les managers, de direction ou intermédiaires, lever leur inquiétude face au besoin d'apprendre et de changer de modèle de gestion et les encourager à associer les praticiens à la gestion de l'entreprise et le CISH à la régulation de l'hôpital. Il encourage la formation de comités de réflexion, tel un conseil interne de cadres où on identifie les contraintes à l'action et les priorités suite à des investigations, on valorise les façons de faire dont l'efficacité est prouvée, on critique et on améliore les modalités de prise de décisions dans un élargissement des points de vue sur l'organisation. La formation aux nouvelles méthodes de management nourrit également les cadres pour qu'ils transforment l'organisation et facilitent le passage de structures bureaucratiques vers d'autres plus souples et plus réactives (Bennet et O'Brien, 1994; Brochier, 1992; Calvert *et al.*, 1994; Ellerington *et al.*, 1992).

Le formateur doit aussi conscientiser les acteurs de l'entreprise ou de l'hôpital aux contradictions qui traversent la situation de travail ou de soins et à celles qui s'accumulent dans les discours sur le management de l'entreprise ou de l'hôpital. Il attire en particulier leur attention sur l'importance de la cohérence entre les discours tenus et les pratiques réelles (Landier, 1991). Il dit à l'administration de "*doing what you say you will do*" (Meighan, 1990: 67). Par ailleurs, nous concevons la FCPR de CISH selon une approche globale. Il nous faut alors tenir compte des résistances au changement, ne pas les provoquer ni les nourrir. Mettre l'accent sur le développement d'attitudes réflexives chez le CISH plutôt que s'attaquer de front aux résistances environnementales présente l'avantage de ne pas provoquer la résistance de la direction et des cadres de l'hôpital et de laisser au temps de faire les choses. Nous devons veiller à la fois à la dynamique du modèle, son caractère progressif et son ouverture sur l'environnement interne hospitalier. Réussir une action première dans quelques unités de soins représente un facteur de garantie de la collaboration du personnel et de la réussite d'une action plus large dans l'avenir (Fontaine, 1990; Honoré, 1983, 1987).

En procédant de la sorte, nous attribuons à la FCPR un rôle d'accompagnement du changement de l'entreprise et de l'hôpital en restructuration et un rôle de soutien aux cadres intermédiaires, aux CISH et aux autres praticiens (Arndt et Duchemin, 1992; Chochina, 1994; Dopson *et al.*, 1992; Scott-Morgan, 1994). Nous pouvons même espérer des changements durables.

#### **4 - 1 - 6. Le sous-système politique**

Le sous-système politique a pour rôle d'organiser des débats au sujet de la conception du projet de FCPR, des finalités qui l'accompagnent et des valeurs qui le sous-tendent. Il oriente les politiques de formation, définit les conditions favorables à leur réalisation et le plan de formation, comme il veille au respect des qualités du modèle. Il comprend deux dimensions: l'articulation du projet de FCPR au projet d'hôpital d'une part, et le pilotage de la mise en oeuvre et du suivi de la FCPR de l'autre.

##### **A. Articulation du projet de FCPR au projet d'hôpital**

Le projet invite à penser la pratique de FCPR et ses conditions, donnant lieu à des situations qui interpellent les praticiens. Ils se posent des questions à la recherche du sens de leurs pratiques et des pratiques de formation et ils se demandent dans quelle mesure ces pratiques sont légitimes, liant la légitimité des pratiques à la portée sociale de ces dernières, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre et dans la section 4-1-1-A. Le projet donne également lieu à des situations qui interpellent les praticiens sur le sens du management de l'institution. Ce sens est ramené à la mesure dans laquelle ce management cherche à la fois la réalisation des missions de l'hôpital et la satisfaction de ses acteurs et favorise l'articulation de la FCPR à la fourniture de services de soins. Ce sens est à ramener aussi à la mesure dans laquelle le management se situe dans une optique de changement.

Alors, une fois que les praticiens comprennent le pourquoi et le pour qui de leurs pratiques et des pratiques de formation et qu'ils situent les pratiques de management par rapport aux missions de l'hôpital et par rapport à leurs propres attentes, les praticiens s'engagent pour la FCPR, pour la qualité du service qu'ils produisent et pour le changement (Bakett *et al.*, 1992; Crozier, 1990; Honoré, 1992, 1994; Malglaive, 1993; Seriyex, 1993). Il résulte de ceci une meilleure articulation entre les processus de formation et de production de services (Arbuz, 1993; Carré, 1992; Malglaive, 1987, 1993; Honoré, 1992, 1994; Vauléon, 1989).

Nous cherchons le sens du projet dans le lieu même qu'il parcourt, auprès de tous ceux qui, de quelque façon sont concernés par le projet, les praticiens, les responsables et ceux pour qui l'hôpital existe (Honoré, 1994). Puisque nous voulons que notre modèle obéisse à la logique des activités sociales et professionnelles, nous le concevons dans un projet de FCPR de CISH qui privilégie la logique de l'articulation à celle de la séparation. Nous lions le projet de FCPR aux projets de gestions budgétaire et de personnel de l'hôpital et nous mesurons

l'efficacité des actions de FCPR en terme de leurs résultats par rapport au projet d'hôpital<sup>26</sup>. C'est qu'en plus de puiser dans l'hôpital ses ressources, le projet de FCPR en retire sa légitimité.

---

<sup>26</sup> Avec de pareils énoncés, nous prenons notre distance de ceux qui voient dans le projet d'hôpital un nouveau modèle d'action conçu par la direction et les cadres pour "mobiliser les ressources humaines" et "fidéliser" les praticiens, projet qui est souvent défini en réponse à un problème conjoncturel et accompagné de fausses promesses de changements managériaux. Il y a là un risque de rhétorique ou d'endoctrinement qui amènent son rejet, le projet devenant un miroir qui renvoie aux praticiens l'image figée d'un projet extérieur qui les renferme, dont le sens réel est purement technique et économique, non pas culturel ou social (Honoré, 1992; Crozier, 1990).

Plutôt qu'un plan préalable, nous proposons le projet de FCPR en tant qu'une démarche dynamique et ouverte de formation suscitant un champ de projets à l'hôpital où peuvent s'élaborer des projets de FCPR de CISH individuels ou d'équipe, à l'échelle du service, du département ou de la direction de l'hôpital, en même temps que des projets d'ensemble où seront toujours en question la liberté, la responsabilité et la solidarité dans une co-appartenance (Honoré, 1983). Résultat de négociations, le projet de FCPR prend en considération des intérêts parfois divergents et des finalités parfois conflictuelles. Il cherche à concilier le besoin de la rationalité "productive" dominante et le besoin de se réaliser des praticiens et cherche la cohérence des actions (Chochina, 1994). Notre modèle étant ouvert et interdisciplinaire, nous nous prémunissons contre le dogmatisme.

Le projet participe à la dimension anticipatoire du modèle et veille à son caractère opératoire pour qu'il ne demeure pas conceptuel, mais procédural, et se renouvelle selon les situations de FCPR et l'évolution de l'environnement. Dans un processus auto-produit et analysé, chacune des étapes du projet conduit à l'étape suivante, selon une démarche qui allie en permanence la recherche et la pratique. De la sorte, le modèle ne se fige ni se sclérose, puisqu'il est systémique (Honoré, 1992, 1994; Malglaive, 1993; Savoie-Zajc, 1989, 1993 b). La démarche que nous proposons étant ouverte, les rapports sociaux dans l'hôpital peuvent se manifester pour contester le projet ou le modifier. Les modifications, qui peuvent être imprévues ou dues au hasard, lui ajoutent de la signification, elles créent le sens (Atlan, 1983).

Nous veillons à la convergence des projets pour que les actions soient cohérentes entre elles et avec la mission de l'hôpital et que la démarche devienne significative pour les CISH et les autres praticiens. En percevant des relations entre la FCPR et le projet d'hôpital le CISH saisit le sens de la FCPR, de son travail et celui des autres, il comprend les enjeux des changements en cours (Dechamps et Lamarche, 1993; Honoré, 1992). Notre projet se veut le fruit d'une production collective, qui motive pour l'action les CISH et les équipes de soins, puisqu'ils lui trouvent un sens et qu'ils peuvent à la fois s'y réaliser et obtenir la reconnaissance.

Parce qu'il prône un management participatif et une mise en valeur des acteurs et des groupes sociaux notre projet de FCPR rompt avec une tradition en formation continue, où "la règle pour résoudre les problèmes est le recours aux experts spécialisés" (Honoré, 1992: 185). Comme nous le centrons sur une meilleure préparation aux décisions et que nous priorisons la participation du CISH, nous limitons la portée de la reproduction sociale de la formation,

pour l'ouvrir au développement personnel et professionnel (Baskett *et al.*, 1992; Courtois, 1992; Laporte, 1994; Nuttin, 1985, 1987). Comme nous ouvrons la FCPR à la fois sur le contexte hospitalier et le contexte de FCPR, nous diminuons la portée des cloisons qui ont multiplié et séparé jusqu'à l'excès les logiques "scientifiques" et professionnelles et les pratiques dans l'hôpital (Honoré, 1994).

Articulé au projet d'hôpital, le projet de FCPR doit être réalisable, traduisible dans des orientations et des actions de formation qui visent à la fois à mieux comprendre une situation de pratique et à y agir. Les unes et les autres considèrent telle ou telle catégorie d'attentes ou de besoins, ordonnée à tel ou tel type de problèmes apparus dans telle ou telle autre situation. Ceci est possible quand "la formulation des objectifs des actions de formation est définie dans le tenir conseil à partir d'un travail de recherche de sens effectué par les divers partenaires" (Honoré, 1992: 226).

Ces objectifs seront souvent multiples et combinés. Par exemple nous faisons travailler le CISH sur la complexité des technologies intellectuelles et la maîtrise de tâches cognitives complexes, telles une fonction de soins partagée ou une gestion de conflits de personnels. Nous transformons la recherche par le CISH de la solution d'un problème spécifique, telle une gestion d'un problème de communication, en une expérience de développement cognitif pour lui et les membres de l'équipe de soins (Dixon, 1993). À un collectif de CISH ou une équipe de soins, nous demandons de rechercher le sens de leur mission ou de redéfinir l'organisation de leur travail pour de nouvelles responsabilités de l'équipe. À la direction, nous demandons de préciser quelle est sa politique générale ou quel sens elle donne à son projet d'hôpital ou encore comment elle peut réviser les approches de validation sociale et professionnelle des CISH et des soignants (Honoré, 1992; Malglaive, 1993). De façon concomitante nous sensibilisons pour la régulation entre l'investissement en formation et la productivité et entre la gestion budgétaire, le développement des "ressources humaines" et la validation sociale (Barchehatt, 1988; Landier, 1991; Lesourne, 1988).

En procédant de la sorte, nous renforçons la dimension globale et l'ouverture sur le contexte de la FCPR de CISH et l'inscrivons dans une dynamique de formation continue hospitalière (Lacoste, 1992; Malglaive, 1987; Peyrard, 1992). La dynamique sociale ainsi créée est susceptible d'améliorer les conditions de travail, d'entraîner un changement organisationnel (Balzer *et al.*, 1990; Boutin et Le Pape, 1989; Gallet, 1992) et culturel (Dubar, 1979). Notre projet de FCPR constitue alors un moyen de réforme de l'hôpital bureaucratique (Honoré, 1992; Schön, 1994).

## **B. Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi**

La dimension pilotage de la mise en oeuvre et du suivi permet de concrétiser le projet de FCPR. Elle définit dans le dialogue les plans de FCPR et décide des activités de formation, de suivi et d'évaluation ainsi que des modalités et des dispositifs andragogiques qui les accompagnent. Elle s'assure que les phases de planification et d'intervention ne soient pas distinctes (Savoie-Zajc, 1989), ce qui signifie que, dans la mesure du possible, elle fait en sorte que les acteurs qui planifient la FCPR soient les intervenants, puisque nous cherchons à dépasser les oppositions conception-exécution et théorie-pratique des façons de faire bureaucratiques (voir sous-sections 1-2-2 et 4-1-3-A). Elle veille à ce que les modalités, les moments et les dispositifs andragogiques s'activent et se différencient d'eux-mêmes et s'alimentent les uns les autres dans le processus de FCPR. Aussi, la dimension rend disponible les ressources éducatives et développe les réseaux de communication et de recherche (Daval, 1981; Courtois, 1992; Pineau, 1985, 1995) et les centres de documentation, que ce soit en termes de disponibilité du fonds documentaire ou d'heures d'ouverture ou encore d'organisation; elle incite pour en faire des places de lecture et d'échange, ainsi que de recherche.

Mémoire du modèle, cette dimension rassemble toutes les informations nécessaires pour conduire l'action de FCPR, pour la communication inter et intra-SS du modèle et avec l'environnement interne hospitalier et externe. Elle tient les informations rassemblées à la disposition de l'ensemble des structures, des formateurs et des cadres et des praticiens pour favoriser leur engagement pour la FCPR et lever les indifférences et les oppositions à la participation (Baskett *et al.*, 1992; Honoré, 1992; Jettey et Orsat, 1988; Johnson et D'Argenio, 1991; Laporte, 1991; Peyré, 1990).

Pour ce qui est des modalités de FCPR, elles cherchent à orienter les activités de formation selon les dimensions du modèle et veillent à rendre disponible une zone d'autonomie au CISH pour qu'il se confronte à des choix et des prises de décision en matière d'apprentissage dans une conciliation des exigences de la formation et de ses attentes et projets (Goudeaux *et al.*, 1994). Nous pouvons envisager par exemple des actions de FCPR localisées et variables en fonction du contenu de la FCPR, des besoins conjoncturels du CISH, des membres des collectifs de travail, des groupes de CISH ou des équipes des unités et des départements de soins, des équipes qui sont pluridisciplinaires (Haas, 1992).

Pour ce qui est des dispositifs andragogiques, ils veillent au respect des idées développées dans la section 4-1-3-B et cherchent en particulier à favoriser la participation active du CISH à toutes les étapes de sa FCPR et l'engagement de tous les partenaires (Barcheatt, 1988; Crozier *et al.*, 1990; Dixon, 1993; Honoré, 1992; Lesourne, 1988; Malglaive, 1993, 1994; Peyré, 1990).

Nous traitons d'actions de formation et de soins, des activités sociales. Leur produit est à la fois consommable en cours d'action et mesurable dans ses effets. Or, ces derniers sont difficilement palpables dans l'immédiat. Nous optons en conséquence pour des activités de suivi et d'évaluation qui cherchent à la fois la définition de mécanismes de régulation du processus de FCPR et les résultats à moyen terme, non seulement à court terme. À la fois qualitatives et quantitatives, pareilles activités ne doivent pas être partielles ni limitées dans le temps ni se suffire à des aspects de la FCPR tout en négligeant d'autres, elles s'intéressent à la qualité de la mise en oeuvre de la FCPR, à son produit aussi (Honoré, 1992; Ntetu, 1993).

Nous menons ces activités sous différents angles et leur donnons un caractère de recherche réflexive. Elles portent autant sur les actions de FCPR et les conditions dans lesquelles elles sont menées que sur leur impact, les changements obtenus dans l'unité de soins et à l'hôpital ainsi que les rapports de ce dernier avec l'environnement. Elles mesurent la capacité [du projet] de donner cohérence aux actions (Chochina, 1994) et vérifient la mesure dans laquelle les activités de formation sont multidimensionnelles et interdisciplinaires (Burton, 1989) et si l'équilibre entre la réflexion et l'action a été traduit dans la FCPR, que ce soit dans les actions menées à l'hôpital ou en partenariat avec d'autres institutions, l'université entre autre (Knight *et al.*, 1992).

Les critères des activités de suivi et d'évaluation sont définies à partir des dimensions et des qualités du modèle de FCPR de CISH, non pas les seuls chiffres, administratifs, financiers ou le calcul des actes de soins. Aussi, les critères cherchent s'il y a énonciation de significations nouvelles des pratiques et formulation des questions qui en découlent (Honoré, 1992; Le Helley, 1990). Nous proposons de valider l'information obtenue collectivement, auprès d'une variété de sources et en termes de contexte local, non pas auprès des seuls experts (Barbier, 1993; Carré, 1992; Dixon, 1993; Orofiamma, 1987; Senge et Gauthier, 1992). En associant les CISH, les formateurs et les autres acteurs concernés par la FCPR nous donnons aux activités de suivi et d'évaluation un caractère participatif (Cervero, 1992; Jarvis, 1992 a; Travers, 1997).

Nous exploitons les données obtenues de la validation données avec les responsables et les formateurs et les cadres d'hôpitaux pour réguler le projet de FCPR et l'adapter au contexte, les utilisons pour créer des moments et des espaces qui favorisent l'expression des attentes et des besoins du CISH et libèrent sa motivation pour la FCPR. Nous clarifions et communiquons les succès et les échecs comme nous assurons un suivi aux conclusions et aux recommandations (Orofiamma, 1987) et cherchons à connaître les réactions des acteurs à la communication des résultats; elles peuvent avoir des effets sur les actions de FCPR à venir (Van Der Maren, 1996).

Notre approche privilégie aussi une multitude d'activités de suivi et d'évaluation ciblées sur le CISH, qui portent sur des niveaux différents de FCPR ou de soins, ceux de l'unité, du service, du département et de l'hôpital, pendant le déroulement du processus de mise en oeuvre de la FCPR.

Auprès du CISH nous vérifions par exemple s'il a acquis des compétences à l'auto-formation, *self-learning competency*, développé des attitudes réflexives en situation managériale de soins et joué son rôle stratégique de régulation et de communication à l'hôpital. Nous cherchons aussi à savoir si la FCPR a contribué au développement de son autonomie du CISH et de l'équipe de soins, et cultiver l'expression et la communication dans les groupes.

Au niveau de l'hôpital, nous nous intéressons aux changements créés et suscités par l'action formative de FCPR des CISH eux-mêmes, à l'amélioration de l'environnement formatif interne, aux évolutions dans les pratiques des unités de soins et les conditions de travail et, de façon plus globale, dans l'institution hospitalière, non seulement les changements prévus et planifiés. En particulier, on relève la manifestation des jeux de pouvoir et l'incohérence des discours avec la réalité de la qualité des soins et du management de l'hôpital (Honoré, 1983, 1992; Koebler, 1997; Mucchielli, 1993; Schön, 1994).

À un niveau plus global, nous cherchons s'il y a définition de politiques de FCPR pour le moyen et le long terme de la FCPR ou seulement des planifications sur le court terme, nous cherchons à évaluer le risque de conduire à une adaptation étroite de l'acte éducatif aux seuls problèmes de la pratique quotidienne et de négliger le développement de capacités génériques du praticien (Malglaive, 1993). Enfin, nous mettons en question les pratiques de FCPR quant au sens qu'elles prennent pour les CISH, les formateurs, les cadres et la direction de

l'hôpital. Par les questions que posent à la FCPR les pratiques de CISH que celle-ci interroge, la FCPR justifie sa nécessité et entretient son sens formateur (Honoré, 1992). Nous cherchons à être cohérent.

### *Structures chargées de la FCPR*

Les structures de formation organisent la FCPR et la soutiennent (Jarvis, 1992 b). Ce peuvent être une direction de la formation, une université d'entreprise (Landier, 1991; Decomps et Malglaive, 1996) ou une école professionnelle universitaire (Saint-Arnaud, 1993 b). Notre point de vue soutient que les structures de formation soient réparties entre les départements de l'hôpital et directement rattachées à la seule direction générale de l'hôpital, non pas à des directions des "ressources humaines" ou de formation fonctionnant comme une sorte d'atelier de réparation extérieur à l'hôpital. En intégrant les structures de FCPR à l'organisation, donc au rôle d'animation des cadres, nous favorisons la transformation de l'organisation du travail et nous pouvons penser à un environnement facilitateur de l'apprentissage et à des conditions favorables à la PR, dans l'esprit de "*learning organisation*" (Decomps et Malglaive, 1996; Dixon, 1993; Honoré, 1992; Landier, 1991).

Notre formule présente également l'avantage de rapprocher la FCPR de la situation de travail et d'éviter que la direction de la formation ou l'université d'hôpital, dont la raison d'être est de contribuer au changement, deviennent des secteurs qui cherchent à se développer et à se légitimer, dans une perspective d'autojustification. Aussi, notre formule évite le risque de voir les structures de FCPR reproduire purement et simplement leurs traits culturels et à contribuer ainsi au *statu quo*, sous l'effet de pressions internes, ou répondre à la tentation de repli sur soi ou encore se réduire à une vitrine (Landier, 1991).

## **Conclusion**

Un problème de formation continue est dit structuré dès qu'une forme lui a été donnée. Notre proposition de modèle de FCPR du CISH est autant un problème de définition et de pilotage des actions à mener que des problèmes psychosocial, cognitif, praxéologique, andragogique et sociologique. Le modèle est systémique et ouvert, et il repose sur le concept de la pratique réflexive. Six SS le composent et ses dimensions, au nombre de treize, traduisent des problématiques actuelles de FCPR. Ces dimensions sont exclusives, ce qui ne veut pas dire qu'elles n'entretiennent pas de relations entre elles. Nous avons montré des liens entre les dimensions appartenant à un même SS et entre les dimensions appartenant à des SS différents. Par exemple, nous avons établi des liens entre les dimensions articulation

pratique-théorie- recherche-formation (SS andragogique) est liée à dimension dispositifs andragogiques (SS andragogique) et montré que ces deux dimensions interagissent avec la dimension accompagnement à la FCPR (SS praxéologique). Nous avons lié la dimension mise en question de la pratique (SS praxéologique) à la dimension construction de l'identité socioprofessionnelle (SS psychosocial) et défini des interactions entre elles et les dimensions éthique et culture (SS sociologique) et maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs (SS cognitif). Le tout est ancré dans un projet d'hôpital lié à un projet collectif de santé (voir fig. 2).

Notre problème de recherche, devenu notre proposition de modèle de FCPR des CISH, est ainsi traduit dans six SS et treize dimensions qui sont appelés à connaître des fluctuations en rapport avec la réaction des acteurs que nous consultons. Nous vérifions ceci dans le prochain chapitre.

## Chapitre cinquième

### Le modèle révisé de FCPR

#### 5 - 1. Testing d'une proposition du modèle de FCPR du CISH

Nous avons construit le modèle de FCPR en deux temps, nous visons sa pertinence pour le CISH et son ouverture sur la situation de pratique et le contexte. Au premier temps, T 1, nous avons fixé des principes qui guident la construction et établi le cadre théorique de notre recherche. Ensuite, nous avons défini dans six sous-systèmes (SS) le contenu des treize dimensions de la proposition, et avons discuté de ses qualités présumées nécessaires. C'est relativement à nos *a priori* sur le rôle du cadre intermédiaire soignant (CISH) hospitalier et sur le contexte ainsi qu'au contenu de la proposition et ses qualités que nous recueillons dans le second temps, T 2, les avis des CISH et des formateurs ou des cadres.

Nous présentons selon la méthode décrite dans le second chapitre les résultats du traitement des données recueillies auprès des répondants dans trois sections. Aux appréciations et aux critiques qu'ils ont formulées vis-à-vis du modèle nous ajoutons les propositions d'amélioration qu'ils ont émis et nos réflexions surgies en cours de traitement de données. Nous ne mentionnons des particularités institutionnelles que lorsqu'elles sont significatives par rapport à notre objet.

La première section porte sur le point de vue des répondants des sites de Montréal. De leurs réactions sur le rôle du CISH et sur le contexte nous ne retenons que l'information la plus pertinente à notre propos. Pour situer l'information en contexte, nous décrivons brièvement en début de section le déroulement de la consultation à Montréal. Suivent les appréciations des répondants du modèle proprement dit, soit leurs réactions d'ensemble, leur appréciation des SS et des dimensions, leur point de vue sur les qualités et leur évaluation de la faisabilité du modèle. La deuxième section présente les changements qui ont été apportés à la proposition de modèle, ses SS et ses dimensions, et aux qualités que nous lui avons associées. Le produit est le modèle révisé de FCPR pour les CISH; nous finalisons le temps T2. Dans la troisième section, nous nous demandons comment contextualiser le modèle en milieu hospitalier universitaire tunisien, nous appuyant sur les données des répondants des sites de Tunisie.

*La consultation des répondants des sites de Montréal*

Nous avons tenu les conversations réflexives en petit groupe au printemps 1998, les 19 mai et 17 juin à l'hôpital HL et les 28 et 30 avril à l'hôpital HM. Les conditions organisationnelles préparatoires aux rencontres dont nous nous sommes entouré ont favorisé leur bon déroulement, mais nous avons été à court de moyens pour réagir auprès des participants du groupe de CISH de l'hôpital HL qui n'étaient pas détachés du stress au travail, il fut réfléchi dans les échanges.

Le choix de la conversation réflexive en tant qu'outil de consultation s'est avéré judicieux. Nous avons observé que les participants se sont exprimés à l'aise, ouvertement et dans la confiance. Par exemple, un CISH a souligné en fin de réunion l'importance qu'il accorde à la confidentialité de ses propos. Quand les participants à une réunion de formateurs et de cadres ont élargi le débat sur la politique de la direction de l'hôpital, une responsable présente a demandé de recentrer la discussion autour de la formation continue.

En animant la conversation, nous avons porté une attention particulière à l'introduction, souhaitant la bienvenue et expliquant le déroulement de la réunion et les raisons de la présence du juge. Nous avons présenté un bref aperçu du contexte dans lequel se situe notre projet de recherche et les raisons qui motivent la validation, et nous avons souligné aux participants l'importance que nous accordons à leurs avis et appréciations. La conversation s'est déroulée tel que prévu, autour du rôle du CISH, du contexte d'exercice professionnel et de FCPR et de la proposition du modèle et ses qualités. Chacun de ces thèmes a fait l'objet d'un exposé suivi des questions générales et ouvertes prévues dans le guide, que nous avons explicitées (voir annexe II). Nous nous sommes efforcé de contextualiser le discours selon le profil des participants, pour les interpeller. Par exemple, nous nous sommes attardé à la dimension construction de l'identité socioprofessionnelle auprès des CISH et à la dimension accompagnement à la PR auprès des formateurs et des cadres. De toute façon, les participants ont orienté la conversation dans ces directions.

Focaliser le temps premier de la conversation sur le contexte et sur le rôle du CISH a permis d'obtenir une implication des participants dès le début ; ceux-ci ont souvent formulé leur opinion en référence à des expériences et des situations vécues et ils ont pris le temps nécessaire pour nuancer leurs réponses dans un discours explicatif et ancré. Nous avons favorisé l'expression de leur point de vue; à l'occasion, nous avons demandé à tel participant de développer son idée au-delà d'une réponse affirmative ou négative, descriptive ou

FCPR (Honoré, 1992; Peyré, 1988). Ceci implique que les structures de FCPR soient légères et décentralisées, que les moyens et les dispositifs andragogiques soient flexibles et évoluent selon les situations de pratique du CISH (Desgagné, 1995; Honoré, 1987, 1992; Malglaive, 1993). Plus spécifiquement, la dynamique interne du modèle cherche les interactions entre les dimensions de la proposition de modèle et entre ses SS, les outils et les moyen, entre autres ceux qui permettent la rétroaction et la régulation du processus de FCPR ainsi que son étude, à la fois dans sa dimension dynamique et dans ses effets complexes.

Les répondants des deux profils trouvent que le modèle permet des va-et-vient, il "privilégie la FCPR au plus près du terrain" (HLs) et, puisqu' "on part de la pratique, c'est dynamique, c'est tous les jours, c'est quotidien, c'est ce qu'on fait quotidiennement, tout le temps, les chefs et puis l'équipe" (HMs). Elle permet la progression du groupe ainsi que le transfert des acquis, puisque "avec l'équipe se crée une notion de *feedback*, de retour formation pour voir un peu là, les acquis" (HMs), "pour qu'on puisse après *checker* s'il y a un point de cette formation là qui n'est pas clair, et peut-être donner des éléments pour faire progresser le groupe" (HMs).

Les répondants trouvent que la proposition permet de définir des actions de formation qui soient adaptées aux CISH et aux équipes de soins (annexe V b). Tel que conçu, "c'est un modèle qui s'applique vite, qui s'ajuste vite" (HLs), il cible sur des problèmes de travail du moment, par exemple, "eux, ils ont besoin de l'approche aux mourants, tu sais, l'unité d'en haut. Peut-être que tout le monde, il aurait cette formation là" (HMs).

Ils apprécient dans le modèle les modalités complémentaires de FCPR, individuelles et en équipe, formelles et informelles, dans l'hôpital et à l'extérieur. Mais ils trouvent que l'accent mis sur la formation de groupes réflexifs en collectif de travail de l'unité de soins se heurte à l'hétérogénéité des groupes et à la variabilité des profils de CISH, suite à la concentration des activités et à la diminution des effectifs de CISH. Ils proposent aussi d'articuler la dynamique du modèle à sa centration, pour être plus proche des besoins du CISH, et d'arrimer l'organisation de la FCPR et les dispositifs andragogiques au fonctionnement des unités et des départements de soins, "l'ouvrir à la fois sur le département et sur l'unité de soins" (HMs).

Enfin, les répondants, les formateurs et les cadres surtout, apprécient le volet dynamique interne dans la proposition de modèle, comme le montrent les deux témoignages suivants: "puis on peut faire des liens avec votre dernier sous-système, le politique là,

l'accompagnement politique, ça doit être ensemble aussi" (HLc) et "puis je voulais aussi rajouter le lien avec formation pratique, théorie et recherche, je trouve ça très intéressant" (HLc) (section 5-1-2-2 et annexe V b).

### *Economie du modèle*

Les répondants adoptent donc les quatre qualités que nous avons associées au modèle, les précisent et les améliorent. Leur discours suggère d'ajouter une cinquième qualité: l'économie du modèle, pour laquelle ils distinguent deux volets. Le premier est à rapporter au coût réel de la FCPR et à lier avec la pertinence du modèle. Le second est opérationnel, il est à lier avec l'ouverture du modèle.

Les répondants sont partagés vis-à-vis du coût requis par la FCPR, telle que proposée. L'avis dominant chez les CISH trouve que recourir au "groupe de formation peut faire en sorte que ça va aller plus vite [...] que si je suis toute seule". Cette question de temps est importante, vu qu'il faut "du temps pour réfléchir sur la pratique" (HLs) et étant donné la charge importante de travail du CISH et "la pénurie de personnel avec le contexte actuel" (HMs). L'avis dominant chez les formateurs et les cadres est à l'effet que les modalités de formation proposées permettent de "rentabiliser les actions de formation car elles ont lieu là où l'action, elle, se passe" (HLc), ce qui est important puisque, "quand vous arrivez dans le pratique là, il se doit être intégré à des résultats" (HMc); il est important que les résultats des actions de FCPR paraissent, qu'ils soient tangibles, concrets, dans peu de temps. C'est qu' "il y a la question monétaire; la formation là, ça prend un budget" (HMs). Or, le modèle ne dit pas comment rendre disponible le budget pour la FCPR. Même, un discours minoritaire chez les formateurs et les cadres trouve que, "au niveau de ces approches là [telle celle prônée par la proposition], on pourrait en termes très concrets, très terre à terre passer tout le mince budget de formation continue pour les cadres, juste les tenir à jour dans ces modes là" (HLc). Ainsi, les répondants jugent que la FCPR doit considérer l'efficacité, rapportée à des modalités de formation qui soient rentables, en terme de temps et d'adéquation entre le coût de la FCPR, qui doit être abordable, et l'impact de cette dernière sur la qualité des soins; "les gains devraient être suffisants pour que, finalement ça ne coûte pas cher" (HMc) (annexe V b). Ils trouvent que la proposition apporte des réponses à ces questions, mais elles ne sont pas absolues. Ceci étant, il faut passer au volet opérationnel de la qualité économique.

Ce volet veille à ce que "votre projet-là, il soit vendable au niveau des hautes instances, en disant voici une nouvelle conception de la formation, qui est justement des formations ciblées, par équipe[...]. Ça, c'est original comme idée qui est pratiquement très vendable" (HMs). Il

faut valoriser auprès de la direction "les avantages pratico-pratiques" (HMs) du modèle, le "vendre" en s'appuyant sur des arguments de coût et d'impacts sur la qualité des soins. Les répondants construisent même le discours à adresser aux responsables, par exemple: "si on veut être productif, on va y gagner" (HMs), "on peut leur proposer une reventilation des budgets alloués au développement des ressources humaines" (HMs) et "il y a des moyens dans les départements qui peuvent être utilisés" (HMs). Il s'agit d'être stratégique, "de profiter du nouveau contexte créé avec la nouvelle loi du 1 % pour la formation continue" (HMs).

#### **5-1-2-4. Faisabilité de la proposition**

Pour établir la faisabilité, nous avons mis en rapport le modèle et le réel, tel que perçu par les participants; nous leur avons demandé si une action de FCPR est envisageable. En nous intéressant directement à la faisabilité, nous déplaçons l'objet de la conversation réflexive sur les SS, les dimensions et les qualités associées au modèle.

Nous avons observé dans la section 5-1-2-1 sur les réactions globales vis-à-vis du modèle que les répondants recouraient parfois à un vocabulaire proche du nôtre, qui rejoindrait des discours tenus par la direction et certaines de ses politiques de formation continue ainsi que des actions de formation; ceci est un indice de faisabilité de la proposition. Nous avons relevé aussi un avis majoritaire qui trouve plusieurs contraintes environnementales hospitalières au développement de la PR chez le CISH, ce qui n'est pas en faveur de la faisabilité. Pareil discours ambivalent vis-à-vis de la faisabilité a dominé les échanges. Nous trouvons des nuances de position selon le profil du répondant et selon l'hôpital d'où il provient. Les formateurs et les cadres voient moins de contraintes vis-à-vis de la faisabilité que les CISH et émettent plus de propositions qui la rendent possible. Les CISH de l'hôpital HL évoquent plus de difficultés à mener une action de FCPR que leurs vis-à-vis de l'hôpital HM.

Les répondants qui ont un avis retenu vis-à-vis de la faisabilité s'arrêtent à des contraintes contextuelles et à l'opportunité du moment de mener une action de FCPR. Ils trouvent que le modèle est peu ouvert sur le contexte car "la structure est défaite" (HLc), et, "dans le moment, la réalité c'est les grosses bureaucraties [...] ça ne correspond pas aux valeurs ou aux principes qui sont préconisés dans votre modèle" (HMc). Ils voient que, "pour l'instant, il [le modèle] est peut-être moins transférable ici" (HMc); (voir annexe VI c).

Les répondants qui trouvent que la faisabilité est possible avancent aussi des arguments contextuels, "si, dans sa conception, on retrouve des éléments du contexte hospitalier, ici à l'hôpital" (HMc), de pertinence de la proposition, "oui, je le [le modèle] vois très bien dans le contexte de l'hôpital pour les cadres soignants" (HMc), des dispositions favorables puisque "tant l'administration que le personnel, ils veulent aller vers des approches nouvelles, telle celle présentée dans le modèle" (HMs) et l'opportunité du moment car "maintenant, c'est décentralisé, il n'y a plus rien qui nous empêche d'organiser les choses localement" (HLc).

Majoritairement, les formateurs et les cadres trouvent que "le modèle peut constituer un objet pour penser avec" (HMc) et proposent la "mise en place un groupe de réflexion des gens responsables de la formation interhospitalière, [...] pour essayer d'intégrer le modèle dans les pratiques hospitalières" (HMc). Ce sont surtout les formateurs et les cadres de l'hôpital HM qui trouvent que "c'est un modèle qui s'inscrit, en tout cas, je vois quelque chose qui pourrait s'ancrer à partir de ce modèle-là; on va y travailler ensemble" (HMc). Ils se disent tous prêts à coopérer et veulent participer à d'autres réunions pour mettre en oeuvre une action de FCPR. Les nombreuses questions qu'ils ont posées portent surtout sur la mise en oeuvre, comme s'ils s'appropriaient le modèle (voir annexe VI c).

La motivation des CISH de l'hôpital HM constitue un élément qui milite en faveur de la faisabilité, ils sont "très motivés, fin prêts" (HMs). Selon eux, "le modèle est faisable avec des conditions" (HMs). Parmi elles, la coopération des autorités de l'hôpital et de la direction des "ressources humaines" revient à plusieurs reprises. Nous trouvons aussi à titre de condition "pouvoir libérer les gens pour qu'ils puissent y adhérer et qu'on leur donne la possibilité à l'intérieur de leur cadre de travail, ça sera très stimulant" (HMs); (voir annexes V c et VI c). L'autre condition qui est à prévaloir au moment de l'établissement des priorités est l'existence de la structure hospitalière (voir section 5-1-2-2-E). Ils conseillent aussi de spécifier le modèle selon l'hôpital car "dépendamment de la grosseur du centre, ça peut avoir un effet sur la formation continue" (HMc). Ils conseillent enfin "de procéder par étapes, par exemple prendre 15 infirmières pour tout l'hôpital pendant une période de temps, dire cette année on prend tel et tel soin puis on donne une formation [...] On va y mettre toute l'équipe puis on pourra aller plus loin" (HMs).

Dans le présent, il faut surtout préparer le terrain, conscientiser au modèle, aux valeurs et principes qui le sous-tendent, "convaincre les gens à la formation et au temps" (HMs), et profiter de la restructuration pour introduire des changements. Il faut aussi capitaliser les facteurs favorables internes, tels la diffusion du discours sur les nouveaux rôles du CISH,

l'encadrement et la formation. Ils conseillent aussi d'arrimer la FCPR aux actions de formation en cours, notamment dans l'hôpital HM. Mais il "faut s'attendre à une certaine incompréhension au tout début, c'est normal" (HLc).

CISH et formateurs et cadres relient donc la faisabilité à l'ouverture du modèle sur le contexte hospitalier surtout, et à la situation de pratique du CISH, les conditions dans lesquelles elle se déroule. Les formateurs et les cadres ont un avis partagé sur la faisabilité et voient moins de contraintes structurelles que les CISH, plus critiques. Il est à nos yeux normal que les cadres aient émis plus de propositions d'amélioration de la faisabilité du modèle et d'autres plus spécifiques, sur l'accompagnement à la PR ou sur le contenu de la FCPR. Ils sont les utilisateurs du modèle, les acteurs opérationnels de la formation. C'est pourquoi nous les avons intégrés dans l'échantillon.

Ainsi, des convergences de point de vue de CISH et de cadres nous laissent penser que la faisabilité serait plus envisageable à court terme à HM moyennant une étude préalable; elle le serait à moyen terme à HL. Mettre en oeuvre le modèle de FCPR nécessite des conditions, certaines en relation avec l'environnement de travail, la surcharge de travail et le manque de temps disponible surtout, mais aussi d'autres qui relèvent de choix hospitaliers managériaux, administratifs ou financiers ou de l'organisation même de la FCPR.

## **5-2. Représentation schématique du modèle révisé de FCPR du CISH**

Ainsi, les praticiens trouvent important que le modèle aide le CISH à réfléchir sur sa pratique et prenne conscience de la complexité du contexte dans lequel il évolue. Ils reconnaissent que la FCPR est utile pour accompagner les changements et lui attribuent de nombreuses vertus. Pour eux, elle représente une bouée de sauvetage, quand elle est associée à une révision des politiques de l'hôpital et une amélioration des conditions de travail. Ils ont émis de nombreuses propositions, que ce soit pour atténuer les contraintes environnementales ou pour rendre plus pertinent le modèle de FCPR. Ils ont formulé des appréhensions, que ce soit à propos du volet émotif de la PR, du prérequis de formation du CISH, de ses habitudes de travail et des traditions de formation qui sont défavorables à la PR ou en raison de la situation engendrée par la restructuration de l'hôpital

Les praticiens apprécient les SS et les dimensions, et les dynamiques entre les uns et les autres. Globalement, les recoupements et les récurrences dans les discours des répondants des deux profils sont nombreux, ce qui ne signifie pas une absence de nuances d'appréciation

selon le temps de la conversation et selon le profil. Les formateurs et les cadres paraissent préoccupés de la mise en œuvre d'une action de FCPR alors que les CISH se soucient d'améliorer leurs conditions de travail pour garantir la réussite de la FCPR. Les premiers sont plus portés à discourir sur les questions conceptuelles que les seconds. Il y a peu de nuances entre l'avis dominant les conversations réflexives et le contenu des réponses au questionnaire.

Les uns et les autres nous ont dit qu'ils remettaient rarement en question leur pratique, pour des raisons objectives surtout, mais leur participation active à la conversation relativise leur affirmation, puisqu'ils ont profondément réfléchi et analysé, avec nous, souvent en référence à leur pratique, qu'elle soit professionnelle ou de formation continue. Ils ont adressé à notre modèle de nombreuses critiques et formulé plusieurs propositions qui l'enrichissent. Il faut noter que la redondance observée entre leur discours et notre modèle est un indice de bonne réception de ce dernier (Ouellette, 1989).

Nous avons trouvé des intérêts spécifiques pour les SS selon le profil. Les CISH ont porté un intérêt particulier à la dimension construction de l'identité socioprofessionnelle et à la recherche de sens, puisqu'elles intéressent leur vécu professionnel et que les organisations changent sans que les gens soient préparés. Pour des raisons proches, les formateurs ou les cadres ont beaucoup discuté de la dimension accompagnement à la PR, elle répond à un besoin pressant chez eux.

Nous observons que des dimensions ont été l'objet de l'attention des répondants, et d'autres, moins. Par exemple, les dimensions du SS andragogique et du SS politique ont été longuement discutées par les participants des deux profils alors que celles du SS cognitif l'ont été moins, par les CISH surtout, sans doute parce que les concepts qui y sont utilisés sont abstraits, en raison du discours présenté ou parce que les gens n'y prêtent pas attention quand ce n'est pas dans leurs références, dans leur pratiques. L'intérêt manifesté pour le volet articulation de la théorie à la pratique de la dimension du SS andragogique traduit une vive préoccupation des répondants. Par contre le volet recherche, de la même dimension, a été seulement effleuré, puisque les participants n'ont ni l'expérience ni la formation pour la mener, mais aussi parce qu'ils ne s'en préoccupent pas.

Nous pouvons interpréter leur discours comme l'expression d'un accueil positif du modèle et d'une volonté de l'améliorer dans un sens qui intègre plus d'éléments contextuels et le simplifie. Ils veulent accompagner le modèle d'outils de mise en œuvre pour lui donner un caractère opérationnel. Les répondants ont aussi identifié des cas négatifs auxquels nous

avons réagi dans la majorité des cas. Dans une tentative d'intégration de leurs appréciations et de leurs conseils, nous avons recadré des dimensions, fusionné certaines et en avons éliminé deux et un SS. La seule fois où nous n'avons pas réagi est la demande d'opérationnalisation du modèle, elle ne figure pas dans nos objectifs de recherche; nous nous suffisons de la recommander en conclusion de ce travail. Poser la question sur la faisabilité d'une action de FCPR s'est avéré un choix judicieux, il nous a permis de nourrir les dimensions, confirmer les quatre qualités tout en leur en ajoutant une cinquième, ainsi que recueillir plusieurs idées qui améliorent en particulier l'ouverture du modèle sur le contexte et sa dynamique.

La consultation nous a ainsi permis de recadrer le modèle dans un sens qui le réduit et le simplifie à cinq SS et neuf dimensions. Les principaux changements intéressent le SS socio-existential, qui maintient la dimension formation en collectif de travail et apprentissage en groupe et fusionne dans une dimension nouvelle les dimensions nouvelles valeurs, éthique et culture et construction de l'identité socioprofessionnelle, que nous lions à la recherche de sens. Dans le modèle révisé le SS politique intègre dans sa dimension articulation de la FCPR au projet d'hôpital la dimension accompagnement du changement, qui figurait dans le SS sociologique. Aussi, les dimensions contextualisation de l'apprentissage et dispositifs andragogiques deviennent transversales à tous les SS, nous ne les isolons plus; originellement, elles figuraient dans le SS andragogique. Le tout est résumé dans le tableau XIX.

Nous ne hiérarchisons pas les dimensions selon l'importance, le lieu ou le moment de mise en oeuvre d'une action de FCPR. Trois motifs sous-tendent ce choix. Notre modèle se veut global, nous n'avons pas mené une expérience de terrain, nous limitant de l'étude de la documentation et des discours de praticiens. Seule une représentation nous suggère de tenir compte de la spécificité de la situation, qui peut varier selon le profil du praticien, selon le département ou selon l'hôpital. Enfin, les praticiens ne nous ont pas recommandé de niveler les dimensions mais uniquement de prioriser la qualité ouverture sur le contexte sur les autres qualités. Pour notre part, nous ne faisons que construire un modèle. Nous recommandons néanmoins de réfléchir sur les priorités et sur la hiérarchisation des SS et des dimensions au moment où pareilles questions gagnent en importance. Le plus indiqué est le moment de la planification d'une action de FCPR.

Nous avons pu obtenir ce que nous cherchions, les réactions des CISH et des formateurs et des cadres à notre proposition de modèle de FCPR, le sens des orientations à donner à notre modèle une fois testé, les raisons, les motifs et les considérations contextuelles qui les appuient ces orientations. De la sorte nous atteignons notre objectif de recherche, construire

un modèle pertinent pour le CISH et ouvert sur le contexte. Maintenant testé auprès de praticiens, le modèle révisé, ses cinq SS et ses neuf dimensions ainsi que les cinq qualités qui lui sont associées peuvent servir pour la définition à la fois d'axes généraux qui orientent des débats sur la planification d'une action de FCPR spécifiée au contexte de Montréal, et de critères de son application, sa mise en oeuvre, son suivi et son évaluation. Mais ces axes demeurent provisoires tant qu'une action de validation du modèle proprement dite n'aura pas été menée.

Tableau XIX : Comparaison de la proposition du modèle avec le modèle révisé

Proposition du modèle de FCPR / T1		Modèle révisé à Montréal / T2	
Sous-système	Dimension	Sous-système	Dimension
<b>Praxéologique</b>	A. Mise en question de la pratique B. Accompagnement à la pratique réflexive	<b>Praxéologique</b>	A. Mise en question de la pratique B. Accompagnement à la pratique réflexive
<b>Cognitif</b>	A. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs B. Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques	<b>Cognitif</b>	A. Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs B. Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques
<b>Andragogique</b>	A. Articulation dynamique pratique-théorie-recherche-formation* B. Dispositifs andragogiques* C. Contextualisation de l'apprentissage*	<b>Andragogique</b>	A. Articulation dynamique pratique-théorie-formation-recherche
<b>Psychosocial*</b>	A. Construction de l'identité socioprofessionnelle* B. Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe	<b>Socio-existential</b>	A. Construction de l'identité socioprofessionnelle et recherche de sens  B. Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe
<b>Sociologique*</b>	A. Ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture* B. Accompagnement du changement*		
<b>Politique</b>	A. Articulation de la FCPR au projet de l'hôpital B. Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi	<b>Politique</b>	A. Articulation de la FCPR au projet de l'hôpital B. Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

*Légende: Nous identifions par l'astérisque (\*) l'élément de la proposition de modèle qui a fait l'objet d'une modification dans le modèle validé.*

### 5-3. Indications pour contextualiser en milieu tunisien le modèle de FCPR

Notre intérêt pour la formation continue du CISH tunisien a suscité chez nous le besoin d'étudier les écrits, besoin maintenant satisfait en partie avec la construction du modèle théorique de FCPR du CISH. Il est temps de confronter le modèle au contexte hospitalier universitaire tunisien, dont nous avons présenté des éléments au moment de la description des sites et de la présentation de l'échantillon de Tunisie (voir sous-section 2-3-2-B). Nous relevons ici d'autres éléments de ce contexte à partir des données recueillies au moyen du questionnaire, ils nous permettent de formuler des indications qui contextualisent notre modèle au milieu hospitalier universitaire tunisien. À l'occasion, nous comparons des éléments contextuels tunisiens avec d'autres de Montréal.

Nous rappelons auparavant que nous avons utilisé en Tunisie le même questionnaire qu'à Montréal, sans avoir procédé à une traduction linguistique ni culturelle, et que nous recourons à des statistiques descriptives, non pas analytiques ou explicatives. Aussi la taille de l'échantillon est limitée, numériquement et géographiquement. Pour ces raisons et pour celles que nous avons mentionnées dans la section 2-3-2-B les résultats sont partiels et ne sont en aucun cas généralisables; ils tracent uniquement des pistes de réflexion sur le sujet.

À la lecture des données du tableau XX nous observons des différences de genre importantes entre CISH et entre CISH et formateurs et cadres dans l'échantillon tunisien. Nous avons observé dans le quatrième chapitre que l'atteinte de la dimension accompagnement à la FCPR est facilitée quand l'accompagnateur et le CISH appartiennent à un même genre (voir section 4-1-1), et que les échanges sont plus faciles entre participants du même genre dans un collectif de travail ou dans des paires (voir section 4-1-4). Nous avons là une première indication qui contextualise le modèle en milieu tunisien, elle porte sur un facteur démographique. Il faut en tenir compte au moment de la constitution de collectifs de travail ou de groupes de formation.

Tableau XX: Répartition de l'échantillon tunisien selon le genre et le profil

Profil	Genre	F		M		Total profil	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%
CISH		10		30		40/66	60,7%
Formateurs et cadres		5		21		26/66	30,3%
Total genre			15/66 22,7%		51/66 77,3 %	66/66	100 %

Toujours à propos de la dimension accompagnement à la PR, nous trouvons que la quasi-totalité de l'échantillon tunisien se prononce pour l'association du personnel d'encadrement à la formation continue des CISH. Elle souhaite la formation préalable de ce personnel (voir tableaux XXI et XXII), dans un pourcentage plus important que les praticiens de Montréal (97,5 % pour 88,9 %). Ceci est une autre piste pour contextualiser notre modèle au milieu tunisien: mettre l'accent sur la formation à la PR du formateur et du cadre.

Tableau XXI: Avis sur l'association du personnel d'encadrement à la formation

Site	Profil	Avis sur l'association du personnel cadre	CISH		Formateurs et cadres		Total / site	
			Nb	%	Nb	%	Nb	%
Montréal		Pour	8	88,9 %	11	100 %	19	95 %
		Contre	1	11,1 %	0		1	5 %
		Total répondants	9	100 %	11	100 %	20	100 %
Tunisie		Pour	39	97,5 %	26	100 %	65	98,5 %
		Contre	1	2,5 %	0		1	1,5 %
		Total répondants	40		26		66	
		Total / profil	49	57 %	37	43 %	86	100 %

Tableau XXI: Avis sur la formation du personnel d'encadrement

Site	Profil	Avis sur la formation du personnel d'encadrement	CISH		Formateurs et cadres		Total / site	
			Nb	%	Nb	%	Nb	%
Montréal		Pour	6	100 %	7	77,8 %	13	86,7 %
		Contre	0		2	22,2 %	2	13,3 %
		Total répondants	6	100 %	9		15	100 %
Tunisie		Pour	39	100 %	25	96,2 %	64	98,5 %
		Contre	0		1	3,4 %	1	1,5 %
		Total répondants	39	100 %	26	100 %	66	100 %
		Total / profil	49	57 %	37	43 %	86	100 %

La quasi-totalité de l'échantillon tunisien (95%) est diplômée avant l'année 1985, le tiers est titulaire de l'équivalent d'un baccalauréat au Québec et les deux tiers sont diplômés des écoles de santé publique, de niveau équivalent au diplôme collégial (tableau XXIII). Dans le tableau XXIV sur le pré-requis en formation continue de l'échantillon tunisien nous trouvons aux extrêmes que ses deux tiers (40 / 65) ont bénéficié de formation continue en animation de formation continue et que moins de son sixième (10 / 65) a bénéficié de formation à la pratique réflexive, des pourcentages qui diffèrent de ceux obtenus auprès de l'échantillon de Montréal.

Or, le pré-requis et les connaissances antérieures interviennent dans notre modèle, que ce soit dans la qualité de la centration sur le CISH du modèle ou dans les dimensions du SS cognitif et la construction de l'identité socioprofessionnelle. Pareils résultats dessinent d'autres indications qui contextualisent le modèle en milieu tunisien: tenir compte du pré-requis et veiller à la qualité de la centration sur le CISH.

Tableau XXIII: Dernier diplôme obtenu et sa date selon profil et d'après le site

Profil	CISH		CISH		Formateurs et cadres Montréal		Formateurs et cadres Tunisie		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<u>Dernier diplôme</u>										
Diplôme infirmier (collégial)			27	67,5 %			1	4,55 %	28	34,2%
Technicien supérieur (baccalauréat)	3	33,3%	13	32,5 %	1	9,1%	1	4,55 %	18	21,9%
Maîtrise en soins	1	11,1%			3	27,3%	3	13,64 %	7	8,5%
Professeur paramédical (maîtrise en andragogie)					3	27,3%	7	31,82 %	10	12,2%
Maîtrise autre *	5	55,6%			4	36,4%	5	22,73 %	14	17,1%
Médecin, généraliste ou spécialiste							5	27,73 %	5	6,1%
Total répondants	9		40		11		22		82	
<u>Date</u>										
(1996-1998)	4	44,4%	1	2,5 %	7	28,0%	1	9,1%	13	15,3%
(1991-1995)	2	22,2%			3	12,0%	8	72,7%	13	15,3%
(1986-1990)	1	10,1%	1	2,5 %	2	8,0%	2	18,2%	6	7,1%
(1985 et avant)	2	20,2%	38	95,0 %	13	25,0%			53	62,3%
Total répondants	9		40		25		11		85	

Légende: (\*): Pour la Tunisie, maîtrise en santé publique ou en administration. Pour Montréal, maîtrise en administration publique, en santé, en gestion de projet ou maîtrise en administration des affaires.

Tableau XIV: Pré-requis en formation continue les trois dernières années selon le profil

Contenu de la formation continue	CISH		Formateurs et cadres		Total	
	Nb	%	NB	%	Nb	%
Pratique réflexive	6/39	15,4%	4/26	15,8%	10/65	15,4%
Management	8/37	21,6%	9/25	36,0%	17/62	27,4%
Technique	11/37	29,7%	8/25	32,0%	19/52	36,4%
Informatique	5/38	13,2%	9/26	34,6%	14/64	21,9%
Communication	15/38	39,5%	9/26	34,6%	24/64	37,5%
Relations humaines	18/39	46,2%	6/26	23,1%	24/65	36,9%
Animation de formation continue	29/39	74,5%	11/26	42,3%	40/65	61,5%

Ces résultats sont à recouper avec les réponses fournies à la question dix qui porte sur les thèmes prioritaires en formation continue. Nous trouvons dans les annexes VI c et VI d que l'échantillon tunisien priorise des thèmes qui sont communs avec ceux priorisés par l'échantillon de Montréal et d'autres qui sont spécifiques, telles la précision de son rôle et de ses prérogatives, la définition de plans de formation à moyen terme ou la création d'un fonds pour la formation. Le formateur et le cadre tunisien met en relief la motivation du personnel et la formation en management, en animation de l'équipe de soins, sur les nouvelles techniques. Les thèmes spécifiques nous dessinent d'autres pistes pour adapter le modèle au contexte tunisien, ils nous orientent vers une façon différente d'aborder les dimensions du SS politique et la dimension construction de l'identité professionnelle, en mettant l'accent sur la motivation du CISH tunisien. Ils nous orientent aussi vers des contenus de formation qui soient adaptés pour le CISH tunisien.

On retrouve cet intérêt pour la construction de l'identité socioprofessionnelle du CISH et dans les réponses à la question deux qui porte sur la perception de l'importance du rôle du CISH. L'échantillon tunisien a moins fortement conscience de l'importance du rôle du CISH que celui de Montréal, quel que soit le profil (tableau XXV).

Tableau XXV: Perception de l'importance du rôle du CISH selon le profil

Profil	CISH		Formateurs et cadres		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Degré d'importance						
Très important	30	75,0%	18 69,2%		48	72,7%
Important	7	17,5%	6	23,1%	13	19,7%
peu important	2	5,0%	2	7,7%	4	6,1%
Négligeable	1	2,5%	0		1	1,5%
Total profil	40	100%	26	100%	66	100%

À la question trois qui porte sur les trois difficultés principales que rencontre le CISH au moment de l'exercice de ses fonctions, l'échantillon tunisien fournit des réponses qui diffèrent de celles de l'échantillon de Montréal (annexe VI a et VI b). Les CISH de Tunisie se centrent sur le manque de personnel, de matériel et de locaux pour répondre aux besoins d'un nombre excessif de patients dans un hôpital à la capacité d'accueil réduite. Les formateurs et les cadres tunisiens se centrent sur le manque d'encouragement et de motivation du CISH tunisien et la dévalorisation de la formation continue dans l'hôpital tunisien. Ils abordent les difficultés relatives au rôle du CISH sous l'angle administratif et légal: manque de précision de son rôle et de textes réglementaires qui le régissent, faible

développement de normes d'exercice professionnel du CISH et du professionnel paramédical plus généralement. Nous savons que les textes législatifs accordent une certaine autonomie au CISH tunisien mais que, dans les faits, il y a un problème de définition du poste du CISH<sup>34</sup>. Aussi, la profession de CISH n'est pas alimentée par un code d'éthique et de déontologie comme le sont en Tunisie les professions médicales, juxtamédicales et la plupart des professions paramédicales. Nous tenons là une autre piste pour contextualiser notre modèle au site tunisien: l'hôpital tunisien est moins sujet au changement que son homologue de Montréal. Les réponses de l'échantillon tunisien nous suggèrent à nouveau de porter une attention particulière à la dimension construction de l'identité socioprofessionnelle et aux dimensions du SS politique au moment d'établir les priorités, entre autres il faut veiller à valider socialement la profession du CISH et sa formation continue, et encadrer légalement l'une et l'autre.

La quasi-totalité des répondants qui sont CISH ou formateurs et cadres optent pour valider la formation continue par un diplôme ou des crédits universitaires et par une promotion de carrière. Un effectif moins important se prononce pour une validation qui repose sur la bonification par de l'argent (voir tableau XXVI). Ce dernier résultat est à interpréter avec prudence puisque la promotion de carrière et la certification universitaire sont accompagnées par une augmentation du salaire d'après la loi 1983 qui régit la fonction publique tunisienne.

Tableau XXVI: Validation de la formation continue d'après le profil

Profil Modalité de validation	CISH	Formateurs et cadres	Total Nb	%
Par un diplôme ou des crédits universitaires	34	18	52/56	92,9%
Par une bonification en argent	18	6	24/29	82,8%
Par une promotion de carrière	27	22 /	49/53	92,5%

<sup>34</sup> Nous comprenons mieux le discours des praticiens tunisiens quand nous confrontons le texte officiel avec le discours de la chercheuse Lazure (1994). Le décret no 93-1725 charge le CISH tunisien de fonctions de commandement, de contrôle de la qualité des soins et de l'application des prescriptions et de leur respect, de la gestion et de la contribution à la mise en oeuvre des programmes de formation continue. Dans les faits, Lazure (*id.*: 74-75) trouve que le CISH tunisien "qui est surveillant général est habituellement un infirmier de fonction qui occupe des tâches purement administratives, celui qui est surveillant de service voit au bon fonctionnement d'une unité de soins en terme de ressources matérielles principalement, et en terme de respect des règlements de la part des visiteurs et du personnel. Son pouvoir de décision, qui est délégué par le chef de service, diffère d'un service à un autre. Le [CISH] qui est surveillant d'une unité de soins ne détenant aucune autorité, coordonne la répartition du travail à l'unité de soins et relève les prescriptions médicales lors de la visite quotidienne de toute l'équipe médicale et paramédicale".

Par ailleurs les répondants tunisiens des deux profils préfèrent la formation intercatégorielle et une organisation alternée de la formation continue, en institution de formation et à l'hôpital, une seule minorité optant pour la formation continue en institution de formation exclusivement. La quasi-totalité préfère lier la formation continue au projet de l'hôpital. Il n'y a pas de différence importante entre les deux profils (voir tableau XXVII). Nous avons recruté l'échantillon de formateurs et de cadres principalement en dehors de l'hôpital, puisqu'il n'y a pas de formateurs dans l'hôpital universitaire tunisien. Au vu de ceci et au vu de cela, nous avons deux autres pistes de réflexion, porter attention à la FCPR au sein de l'hôpital et améliorer l'environnement formatif interne hospitalier si on veut répondre au voeu des praticiens et ouvrir le modèle sur le contexte tunisien.

Tableau XXVII : Organisation de la formation continue

Organisation Profil	Lieu			FCPR liée au projet de l'hôpital		Formule	
	Hôpital	institution formation	en alternance	oui	non	CISH seuls	Intercatégoriel
CISH	3/35 8,6%	7/35 20,0%	25/35 75,8%	28/30 93,3%	2/30 6,7%	4/28 14,3%	24/28 85,7%
Formateurs et cadres	2/26 7,7%	7/26 26,9%	17/26 65,4%	19/20 95,0%	1/20 5,0%		21/21 100,0%
Total	7/6 11,5%	14/61 22,9%	43/61 70,5%	47/50 94,0%	3/50 6,0%	4/28 14,3%	45/49 91,8%

À la question sur l'importance qu'ils accordent pour la formation continue des CISH les répondants de profil de CISH la trouvent très nécessaire (les trois quarts) ou nécessaire (le quart). Les résultats sont sensiblement les mêmes dans les réponses des formateurs et des cadres (voir tableau XXVIII).

Tableau XXVIII: Perception de la formation continue du CISH selon le profil

Degré de nécessité	Profil CISH		Formateurs et cadres		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Très nécessaire	32	82,1%	21	80,8%	53/65	81,5%
Nécessaire	6	15,4%	4	15,4%	10/65	15,5%
Peu indiquée			1	3,9%	1/65	1,5%
Inutile	1	2,5%			1/65	1,5%
Total répondants	39		26		65	100,0%

Nous avons observé dans la section 2-3-2-B. que les enjeux économiques et de pouvoir dans le secteur de la santé et dans l'hôpital universitaire tunisien ont mis fin à la formation du

CISH et empêché la formation à la maîtrise en sciences et en techniques de la santé depuis les années '80. Quant au décret-loi de février 1985 qui définit le cadre général de la formation continue des agents de la fonction publique, il n'a pas été suivi par un décret ministériel qui encadre légalement la formation continue des CISH, comme ce fut le cas pour le décret qui encadre la formation continue des infirmiers et des aides soignants tunisiens. La parution d'un décret qui organise la formation continue du CISH pourrait favoriser un environnement favorable à la FCPR et combler la carence apparue après l'arrêt de la formation du CISH survenu en 1982.

Nous cherchons l'ouverture de notre modèle sur le contexte de l'hôpital universitaire et sur le contexte de la formation continue de Tunisie. Ces deux contextes dont partie du secteur public. Or, la Tunisie du secteur public demeure consommatrice de modèles et de produits technologiques étrangers et les modèles qui orientent les actions de formation continue sont le plus souvent suggérés par des experts-formateurs étrangers, nous avons relevé ceci en contexte. Nous ne pouvons ignorer ce phénomène et, plus généralement, la coopération de la Tunisie avec des pays du Nord dans le champ de la santé, de l'éducation ou de la recherche. Le caractère futile et dangereux des projets de coopération partiels qui prétendent offrir à partir du Nord des solutions toutes faites dans un contexte particulier du Sud démunis à un problème particulier en l'isolant du reste des fonctions globales de la société est largement documenté. Plutôt, il faut revenir au sens étymologique de la coopération, laquelle ne peut être à sens unique et doit être pensée comme un dialogue qui repose sur une sympathie profonde avec le réel qu'on cherche à connaître, la FCPR du CISH dans notre cas. Mais ceci passe par une volonté politique des autorités de la santé tunisienne, ce qui n'est pas facile à obtenir; il faut conscientiser à l'importance de ceci si nous voulons contextualiser le modèle au milieu tunisien.

## Conclusion

La présente recherche avait comme objectif de construire un modèle de formation continue à la pratique réflexive (FCPR) qui soit pertinent pour le cadre intermédiaire soignant hospitalier (CISH) et ouvert sur le contexte. Pour cela, nous avons choisi de recourir aux approches développées récemment dans le champ spécifique de la formation continue à la pratique réflexive. Le matériau que nous avons étudié comprend 449 références qui sont publiées pour la plupart dans la décennie '90 dans les pays du Nord. L'approche interdisciplinaire que nous avons retenue nous a fait prendre conscience de l'aspect multidimensionnel de notre objet de recherche et de sa complexité. Nous avons expliqué une réalité dans un modèle que nous avons modifié en passant par un test auprès de praticiens hospitaliers. Le modèle original est systémique et ouvert, il comprend six sous-systèmes et treize dimensions. Théorique, il est inclusif de par sa nature hybride et traversée par plusieurs courants de FCPR. Il l'est aussi de par le public auquel il s'adresse, le CISH d'abord, et d'autres praticiens ensuite; il peut même servir pour la formation de formateurs, moyennant des adaptations. Avec la construction du modèle, puis sa révision, nous avons rejoint l'objectif de la recherche et produit un savoir formalisé.

Sans revenir d'une façon systématique sur les résultats contenus dans chacun des cinq chapitres, il nous paraît néanmoins pertinent de faire ressortir quelques points importants. Le temps T 1, qui a été utilisé pour produire la proposition de modèle, a été fructueux puisque l'étude des écrits nous a permis de progresser dans la connaissance de l'objet de la recherche, la FCPR du CISH. Cette étape a joué une fonction heuristique, nous avons pu participer aux débats entourant la FCPR. Par exemple nous avons défini pour la pratique réflexive les dominantes concrète et abstraite, montré son rôle dans des niveaux différents de formalisation des savoirs, proposé des modalités d'articulation de la pratique avec les différents savoirs, et nous avons esquissé des rapports du CISH, un adulte, avec les savoirs. Nous avons vu comment la FCPR peut aider le CISH à construire son identité socioprofessionnelle et à passer du rôle de soignant à celui de manager de l'équipe de soins. Aux notions de socialisation primaire et de socialisation secondaire sur la construction de l'identité sociale et professionnelle, développées par Peter et Luckman puis reprises par Dubar (1996), nous avons ajouté la recherche de sens et établi un lien avec l'approche cognitive de l'identité professionnelle, telle que proposée par Malglaive (1993). En plus d'améliorer notre compréhension, notre travail de modélisation permet un gain synthétique par rapport aux connaissances antérieures sur la FCPR. Mais ce ne sont que de premiers jalons de réflexion.

Notre modèle est intégrateur et multidimensionnel, il peut toucher à plusieurs finalités de la FCPR du CISH. Par exemple, il cherche à rendre la pratique du CISH efficace tout en se préoccupant de la relation de ce dernier avec son développement personnel et de la convergence de ses pratiques avec celles de ses collègues, dans un mouvement de réalisation des missions de l'hôpital universitaire. Bien que le modèle soit théorique, son sous-système politique soulève des questions intéressantes que doit se poser celui qui veut mener une action de FCPR en milieu hospitalier universitaire. Les qualités que nous avons associées au modèle génèrent un espace pour l'imprévu et ouvrent au changement. En particulier les qualités ouverture et dynamique rendent le modèle plus à même de s'adapter aux situations de pratique du CISH et d'évoluer avec elles.

La confrontation du modèle avec les gens du milieu, le temps T 2 du testing, a été pour nous l'occasion d'un aller et retour entre la théorie et la pratique. Cet aller et retour a permis de contextualiser notre travail dans un modèle révisé, plus pertinent pour les CISH de Montréal et coiffé de réalisme, ainsi que de limiter la part de subjectif de la construction du modèle. La confrontation a permis de nourrir le modèle d'idées de praticiens, entre autres l'idée qui soutient que de mauvaises conditions de travail peuvent faire échouer la FCPR. Cette confrontation suggère que les praticiens optent pour un modèle de FCPR qui soit plus simple que la proposition qui leur a été soumise, ils ont ramené le nombre des sous-systèmes du modèle de six à cinq et ses dimensions de treize à neuf; les praticiens ont aussi enrichi de leur discours les quatre qualités et ont ajouté une cinquième, l'économie du modèle. Maintenant appréciées par des praticiens, les cinq qualités peuvent servir de critères premiers d'application du modèle pour la FCPR de CISH dans le milieu hospitalier universitaire de Montréal. Surtout, la confrontation avec le terrain a montré que le modèle est souple, il a été possible de l'adapter au contexte hospitalier universitaire de Montréal, ce qui suggère qu'il serait adaptable à d'autres contextes aussi.

Notre recherche de modélisation fut en fait un prétexte pour nous, une occasion d'apprendre, de penser et d'abstraire des choses. En plus de produire un modèle, le travail de recherche a mené à autre chose. Il nous a permis d'apprivoiser la théorie sur la formation continue, ce qui pourrait nous aider pour le futur à saisir sous un nouvel angle ce que nous faisons auparavant, la réalité de la formation en Tunisie. Nous pourrions composer avec les exigences de notre pratique de formateur et ressentir moins de malaise dans l'action. Nous éprouvons le sentiment d'appartenir à une communauté de chercheurs de FCPR, en plus de notre

appartenance à la communauté de chercheurs de l'Université de Montréal. Nous nous situons maintenant dans une mouvance de FCPR qui est globale, systémique, ouverte au changement.

À ce stade de la recherche, nous pouvons envisager notre modèle comme un produit formalisé du point de vue de la production de la connaissance. De par son caractère quelque peu normatif, notre modèle ne peut que représenter partiellement la réalité complexe de la FCPR du CISH, nous devons le penser comme un guide qui peut, en association avec d'autres modèles, orienter la FCPR du CISH, expliquer ses phénomènes ou analyser ses processus. Dans une perspective scientifique, notre modèle est sans doute appelé à connaître des modifications; sa cohérence est provisoire dans la mesure où le contexte théorique dans lequel il a été construit et le milieu auquel il s'adresse peuvent changer avec le temps. En ce sens, le savoir formalisé produit au cours de la recherche n'est pas généralisable.

Certes, la confrontation a fourni beaucoup d'arguments justificatifs de la qualité de nombreux volets de la démarche que nous avons retenue, mais elle a aussi mis en évidence des limites qui relativisent le résultat. Nous avons noté dans le premier chapitre sur le contexte l'opacité du concept de pratique réflexive et qu'il pénétrait seulement les milieux de santé ou les milieux de formation "francophones". Ce concept peut être nébuleux pour les praticiens de l'hôpital "francophone" que nous avons consultés. Nous avons en effet observé que certains concepts que nous utilisons dans notre modèle, tels le *coaching* ou le changement sont familiers pour ces praticiens alors que d'autres, tels les outils cognitifs ou le savoir praxéologique, le sont moins.

Aussi, se limiter à l'écrit ou au discours pour relever des attitudes ou des représentations, telles la motivation des CISH pour la FCPR ou leur attitudes par rapport aux changements présente des limites. Nous ne pouvons savoir jusqu'à quel point les discours nous ont permis d'explorer la pratique et dans quelle mesure ils reflètent exclusivement la culture francophone au Québec et celle du secteur public; le discours a surtout joué un rôle d'interface pour la recherche. Dans le même ordre d'idées, nous n'avons pas validé les outils de consultation, soit le groupe de discussion et le questionnaire, auprès d'un échantillon restreint au profil ressemblant à celui des participants à la consultation, nous contentant d'une simulation auprès de collègues étudiants. Aussi, notre recherche a été menée dans un contexte de travail doctoral, ceci peut avoir teinté les réponses des participants qui se voulaient coopératifs avec un collègue en formation.

Malgré notre souci de multiplier les triangulations pour cerner l'objet de recherche, une part importante de subjectivité colore l'analyse des données textuelles et nous avons perdu en contextualisation du discours au cours de l'analyse des données empiriques. Aussi, nous n'avons pas recouru à l'observation directe de praticiens et du milieu hospitalier ni mené une action de FCPR à partir du modèle, une recherche-action. Par ailleurs, l'action de consultation n'a touché qu'un échantillon numériquement limité. De plus, le modèle n'a pas été validé auprès de chercheurs de la communauté scientifique.

Par conséquent, il n'est pas question à ce jour de le considérer comme un savoir théorique. Garder une certaine distance du modèle s'impose à celui qui veut l'utiliser. Le problème de l'utilisation d'un savoir formalisé en formation continue se pose; "en aucun cas, il ne s'agit de substituer le modèle à une prise de décision" (Prygogine, 1983: 231). Il est nécessaire de mener des recherches de différentes natures et spécifiques aux dimensions du modèle, au milieu hospitalier ou au profil. Contrecarrer et vérifier les résultats que nous avons obtenus par des études qualitatives et quantitatives plus larges doit précéder toute tentative de généralisation du savoir produit.

Les résultats de la recherche posent d'autres questions, certaines questions ont surgi au cours de notre cheminement et nous les avons seulement effleurées, et d'autres sont nouvelles. Il y a la question des équilibres entre les sous-systèmes et entre les dimensions, la question des cas négatifs soulevés à propos de notre modèle de FCPR par les praticiens et auxquels nous n'avons pas apporté de réponse, telle la question budgétaire ou la contrainte temps, pour que le CISH puisse se poser des questions et chercher les réponses. Il faut aussi réfléchir sur l'opportunité d'hierarchiser les dimensions et de prioriser les qualités, préalablement à la mise en oeuvre d'une action de FCPR dans un milieu donné.

Quant à l'ouverture du modèle sur le contexte hospitalier universitaire tunisien, nous avons dû nous limiter à décrire brièvement les sites de l'enquête menée en Tunisie et amorcer quelques réflexions qui confrontent notre modèle avec ce milieu. Nous avons produit le modèle à Montréal, il est valable localement, nous n'avons pas mené une étude comparative entre les contextes montréalais et tunisiens.

Certes, nous avons rapporté que certains chercheurs trouvent que la Tunisie a fait de grands pas vers la modernité et que les réformes de l'hôpital universitaire tunisien sont inspirées des réformes de l'hôpital français. Nous avons aussi rapporté que d'autres chercheurs trouvent des entraves sérieuses à l'adoption des résultats d'une recherche menée dans un

contexte nordique à un pays du Sud, en l'occurrence la Tunisie. Ces questions ne trouvent aucune réponse dans notre travail. Bien plus, le questionnaire auquel nous avons recouru pour mener l'enquête en Tunisie n'a pas été traduit culturellement ni linguistiquement. Les résultats ne suffisent pas pour orienter une action de FCPR en milieu tunisien.

D'autres variables contextuelles sont à considérer par celui qui veut confronter notre modèle de FCPR du CISH avec le contexte de Tunisie. Ce qu'on appelle la modernité en Tunisie doit-il être compris comme au Nord, entre autres avec une centralité des savoirs et de la recherche, de l'éducation, de la santé, des nouvelles technologies ou de l'entreprise. Quelle est la dialectique de la société tunisienne avec la modernité, nous demandons-nous; y a-t-il modernité et société en changement en Tunisie, ou plutôt des effets de mode importés ? Aussi, y a-t-il des problématiques de décentrement du comment au pourquoi ou de l'approche analytique dans l'abord des phénomènes sociaux à l'approche globale dans la société tunisienne, que certains chercheurs associent à la société traditionnelle.

Or, de nombreux chercheurs s'accordent sur l'idée qui soutient que les sociétés traditionnelles approchent globalement les phénomènes et ont seulement vu passer la division taylorisante du travail et les approches spécialisées des savoirs, sans qu'elles se les soient appropriées. Il faut souligner que la modernité ne se vit pas dans les sociétés du Sud comme dans celles du Nord, et on connaît moins ce qui se passe dans les sociétés du Sud. Les Tunisiens ont d'autres relations aux savoirs, à la formation continue et à la recherche que dans les habitants des pays du Nord (Bouguerra, 1993, Fitouri, 1990). Il semble qu'on parle moins en Tunisie de centralité des savoirs, de formation continue ou de réforme de l'entreprise ou de la société. L'augmentation du budget consacré à la recherche en Tunisie pour l'année 2000 crée des conditions meilleures qu'auparavant pour mieux connaître ces questions.

Nous avons seulement repéré quelques indices sur ces sujets dans notre développement. Ils suffisent pour que nous suggérons à qui veut engager un dialogue à partir de notre modèle avec le milieu hospitalier universitaire tunisien de considérer les points soulevés ici. Le modèle propose un cadre pour la réflexion et l'action, ce qui est essentiel au départ.



## Références

- Aktouf O. (1987). *Communication sur l'expérience personnelle en tant que participant (formé puis formateur) au projet de transfert d'un programme M. B. A. [maîtrise en administration des affaires] du Canada vers l'Algérie*, Montréal, École des hautes études commerciales: 24 p.
- Altheide D.L., Johnson J.M. (1994). Criteria for Assessing Interpretative Validity in Qualitative Research, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dirs., *Handbook of Qualitative Research*: 485-499.
- Amin S. (1990). Contribution au débat: le système capitaliste mondial et les systèmes antérieurs, dans F. Mansour, *L'Impasse du monde Arabe*, Y. Benot, trad., Paris, Édition L'Harmattan: 177-182 .
- Arbuz G. (1993). Pour une démarche de projet à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, 326, mai: 366-373.
- Ardoino J., Mialaret G. (1995). L'Intelligence de la complexité - Pour une recherche en éducation soucieuse des pratiques, *Cahiers de la Recherche en Education*, (2) 1: 203-219.
- Argyris C., Putnam R., McLain Smith D. (1987). *Action Science: concepts, methods, and skills for research and intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers: 480 p.
- Argyris C., Schön D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle: comment en accroître l'efficacité*, J. Heynemand et D. Gagnon, tradrs, Outremont [Québec], Les Éditions Logiques: 355 p.
- Arlin P.K. (1975). Cognitive Development in Adulthood: A Fifth Stage ?, *Development Psychology*, (11) 5: 602-606.
- Arndt E.M., Duchemin K.F. (1992). Soutien émotionnel et formation lors d'une restructuration: plus qu'un palliatif, *Healthcare Management / Gestion des soins de santé*, (6) 3: 11-17.
- Artaud G. (1985). *L'Adulte en quête de son identité*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa: 128 p.
- Artaud G. (1989). *L'Intervention éducative: au delà de l'autoritarisme et du laisser-faire*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa: 190 p.
- Astolfi J.-P. (1990). Les Concepts de la didactique des sciences, des outils pour lire et construire les situations d'apprentissage, *Recherche et formation*, 8, octobre: 19-31.
- Atkins S., Murphy K. (1993). Reflection: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1188-1192.
- Atlan H. (1983). L'Émergence du nouveau et du sens, dans Colloque de Cerisy, P. Dumouchel et J.P. Dupuy, dir., *l'Auto-organisation de la physique au politique*, Paris, Seuil: 115-130.
- Atlan H. (1986). Créativité biologique et auto-crédation du sens, *Crédation et créativité*, Albeuve, Suisse, Éditions Castella, chapitre VI: 113-155.

- Aubert J-E. (1989). L'Investissement éducatif: une expression du statut accordé à la connaissance dans la société, *Éducation Permanente*: 131-140.
- Aubert J.P. (1989). L'Hôpital français en mutation, *Autrement*, 109: 65-70.
- Aubigny J. (1986). Objectifs et management:: le système des unités capitalisables, *Éducation Permanente*, 85: 111-124.
- Aumont B, Mesnier P. M. (1992). *L'Acte d'apprendre*, Paris, PUF : 301 p.
- Badie B. (1992). *L'Etat importé: l'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard: 334 p.
- Baldenweck M. (1991). L'Informatique: soutien et moteur de l'innovation, *Gestions Hospitalières*, 311, décembre: 904-908.
- Balzer b., Bischoff C., Birkner A., Doerflinger C. (1990). Conditions de travail et motivations des personnels soignants, *Gestions Hospitalières*, 297, juin / juillet: 491-495.
- Barbier J.M. (1993). La Recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail, dans F. Serre, *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP: 30-57
- Barbier R. (1987). Le Sujet existentiel et l'expérialité mytho-poétique en situation de formation, dans B. Courtois et J. Pineau, dir., *La Formation expérialité des adultes*, Paris, La Documentation française: 243-253.
- Barchehatt E. (1988). Éducation et informatique multimédias: que peuvent donc les nouvelles technologies pour l'éducation ?, *Éducation Permanente*, 93 / 94, juin: 9-18.
- Barnum B. (1989). *Essential of Nursing Management: Concepts and Context of Practice.*, Rockwell, Md: Aspen Systems. Inc.:
- Baskett H. K., Marsick V. J., Cervero R. M. (1992). Putting Theory to Practice and Practice to Theory, *New Directions For Adult and Continuing Education*, 55, fall: 109-118
- Bennet J.K., O'Brien M.J. (1994). The Building blocks of the learning organisation, *Training*, juin: 41-49.
- Berubin M., De La Bouillierie M., Rollier M., Grateau M., Walbeck M. (1989). Une Expérience participative, *Gestions Hospitalières*, 292, janvier: 39-42.
- Bitaud J.R., Fadier M., Plou P., Pechenart J.M., CLaude J.F. (1990). La Réforme pédagogique de l'école de cadres de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, *Gestions Hospitalières*, 301, décembre: 903-908.
- Blais M. (1995). La Recherche en andragogie au Québec: quelques tendances dans le milieu francophone, *CJSAE/RCÉÉA*, (9) 1, mai-juin: 17-30.
- Bohla H.S. (1989). *Tendances et perspectives mondiales de l'éducation des adultes*, Genève, UNESCO: 197 p.
- Boistel D. (1985). De la Pratique au discours: à la recherche de sens, dans J.P. Boutinet, dir., *Du Discours à l'action: les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris: Éditions L'Harmattan: 381 -385.
- Bonnet J. (1994). Atouts et limites de la démarche de projet dans les processus d'apprentissage, *Éducation Permanente*, 119: 155-163.

- Borel M.-J., Grize J.-B. et Miéville D. (1991). *Essai de logique naturelle*, Berne, Peter Lang: 241 p.
- Boucher L-Ph. (1989). La Modélisation comme mode d'élaboration des connaissances, dans *Les modèles en éducation*, AIP ELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne] Montréal, Éditions Noir sur Blanc: 65-71.
- Boud D., Keogh R., Walker D. (1985). *Reflection: Turning Experience into Learning*, London, Nichols Publishing Company: 170 p.
- Bouguerra M. L. (1993). *La Recherche contre le Tiers Monde*, Paris, PUF: 287 p.
- Bourdieu P. (1980). *Le Sens pratique*, Paris, Les Éditions de minuit: 475 p.
- Bousqué D. (1993). L'Alternance: le choix des possibles, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 6, 2ième trimestre: 12-14.
- Boutin N., Le Pape L. (1989). La Formation: support indispensable d'un processus de changement organisationnel, *Administration Hospitalière et Sociale*, (10) mai-juin: 10-18.
- Boutinet J.P. (1985). Entre Théorie et pratique, le travail de l'art, dans J. P. Boutinet, dir., *Du Discours à l'action: les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris: Éditions L'Harmattan: 11 -26.
- Bowles M.L. (1992). The Gods and goddesses: personifying social life in the age of organization, *Organization Studies*, (1.14) 3: 395-418.
- Boyd E., Fales A.W. (1983). Reflective learning: Key to learn from experience, *Journal of Humanist Psychology*, (23) 2, automne: 99-117.
- Boyle C., James S.K. (1990). Nursing leaders as mentors: How are we doing ?, *Nurse Administration Quarterly* (15) 1: 44-48.
- Bozzini L., Renaud, M., Gaucher, D., Wolf, J.L. (1986) *Médecine et société, les années 80*, Montréal: Éditions Saint-Martin, 549 p.
- Brannen J. (1992). Combining qualitative and quantitative approaches: an overview, dans J. Brannen, edr., *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*, Aldershot, Avebury: 3-37.
- Brochier D. (1992). Entre Formation et production: le rôle clé des acteurs d'interface, *Éducation permanente*, 112, octobre: 61-67.
- Brown K.C. (1988). *Nurse executive skills and strategies*, *Aohn Journal*, (36), décembre: 521-522.
- Brown J. S., Collins A., Duguid P. (1989). Situated Cognition and the Culture of Learning, *Educational Researcher*, (18) 1, january-february: 32-41.
- Bruhn J.G., Chesney A. P. (1994). Diagnosing the health of organizations, *The Health Care Supervisor*, décembre: 21-33.
- Brunet -Perrault N. (1992). *Processus d'évaluation spontanée d'adultes ivoiriens engagés dans des activités éducatives non formelles*. Thèse en sciences de l'éducation, option andragogie, Montréal, Université de Montréal: 304 p.
- Buber M. (1969). *JE et TU*, G. Bianquis, trad., Paris Éditions Aubier: 172 p.

- Bucknall T., Thomas S. (1997). Nurses's reflections on problems associated with decision-making in critical care settings, *Journal of Advanced Nursing*, 25: 229-237.
- Bullock R., Little M. and Milham S. (1992). The Relationships between quantitative and qualitative approaches in social policy research, dans J. Brannen, edr., *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*, Aldershot, Avebury: 81-99.
- Burton F. (1989). Construction d'un modèle théorique pour l'analyse de l'attitude des enseignants par rapport à l'évaluation des apprentissages, dans *Les Modèles en éducation*, Actes du colloque de l'AIPELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], Montréal, Éditions Noir sur Blanc: 373- 383.
- Calvert G., Mobley S., Marshall L. (1994). Gasping the learning organization, *Training and Development*, juin: 38-43.
- Cann A., Siegfert W.D. (1987). Sex stereotypes and the Leadership Role, *Sex Roles*, (17) 7/8: 401-408.
- Carlo C. (1989). Des "Choses pratiques" aux théories de l'apprentissage: éloge d'un stress mesuré, *Rip Infirmière Enseignante*, 10: 22-23.
- Carré P. (1992). *L'Autoformation dans la formation professionnelle*, Paris, La Documentation Française: 203 p.
- Carter H. (1994). Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition, *Journal of Advanced Nursing*, 19: 367-372.
- Cavanagh S.J. (1990). The conflict management style of staff nurses and nurse managers, *Journal of Advanced Nursing*, (16) 10, octobre: 1254-1260.
- Caverni J.-P. (1988). La Verbalisation comme source d'observables pour l'étude du fonctionnement cognitif, dans J.-P. Caverni, C. Bastien, P. Mendelsohn, Tiberghien, dir., *Psychologie cognitive: modèles et méthodes*, Grenoble, Presse Universitaires de Grenoble: 255-272.
- Centre national de formation pédagogique des cadres de la santé (1991). *Procès-verbal des travaux de la commission mixte Ministère de la santé publique-Fédération nationale de la santé publique*, Tunis, Centre national de formation pédagogique des cadres de la santé: 20 p.
- Cervero R.M. (1992). Professional Practice, Learning and Continuing Education: an integrated perspective, *International Journal of Lifelong Education*, (II) 2, avril-juin: 91-101.
- Chaboud H., Courrier C. (1985). Les Surveillants-chefs dans l'hôpital de demain: synthèse d'un travail de réflexion d'un groupe de surveillants-chefs de services médicaux et médico-techniques de la région Rhône-Alpes, *Gestions Hospitalières*, 246, mai: 392-393.
- Chaix M.-L. (1992). Alternance et rapport théorie/pratique: un itinéraire de réflexion, *Recherche et Formation*, 11, avril: 77-91.
- Challis M. (1996). Andragogy and the accreditation of prior learning: points on a continuum or uneasy bedfellows ?, *International Journal of Lifelong Education*, (15) 1, janvier-février: 32-39.
- Chapman Ch. (1976). The use of sociological theories and models in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 1: 111-127.

- Charlon E. (1992). Transmettre des savoirs: une nouvelle compétence des collectifs de travail construite avec l'encadrement ?, *Education Permanente*, 112, octobre: 69-78.
- Charlon-Dubar E., Vermelle M.-Ch. (1990). Identités salariales et rapports aux savoirs, *Éducation Permanente*, 104: 109-121.
- Charlot B. (1990). Enseigner, former: logique des discours constitués et logique des pratiques, dans *Recherche et Formation*, 8: 5-17.
- Chéné A. (1993). Praxis, formation et recherche en éducation des adultes, dans F. Serre, dir, *Recherche, formation et pratique en éducation des adultes*, Scherbrooke, Éditions du CRP: 158-185.
- Cherkaoui M. (1990). Du Pluralisme méthodologique pour éviter les pièges du dogmatisme et de l'anarchie, *Revue Européenne des Sciences Sociales*, (25): 217-235.
- Chochina J. (1994). Le Cadre "pivot" de l'hôpital système: place de la formation continue, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 11, 3ième trimestre: 7-9.
- Christian G. (1983). *Apprendre par l'action*, Paris, PUF: 236 p.
- Clarke M. C. (1986). Action and Reflection: practice and theory in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 11: 3-11
- Clifford C. (1993). The Role of nurse teachers in the empowerment of nurses through research, *Nurse Education Today*, 13: 47-54.
- Conrad P. (1992). Medicalisation and Social Control, *Annu. Rev. Sociol.*, 18: 209-232.
- Conrad P., Schneider J.W. (1992). Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism, *Soc. Sci. Med.*, (14 A): 75-79.
- Coudray M.-A. (1993). Entre Soins et management, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 7, 3ième trimestre: 66-73.
- Courtois B. (1989). L'Apprentissage expérientiel: une notion et des pratiques à déchiffrer, *Éducation Permanente*, 100/101, décembre: 7-12.
- Courtois B. (1992). La Formation en situation de travail: une formation expérientielle ambiguë, *Education Permanente*, 112, octobre: 95-105.
- Craddock E. (1993). Developing the facilitator role in the clinical area, *Nurse Education Today*, 13: 217-224.
- Crawford M., Acorn S. (1997). Focus Groups: Their Use in Administrative Research, *Journal of Advanced Nursing*, (27) 5: 15-18.
- Cretzler A. (1972). *La Formation des cadres moyens adultes*, Paris, UNESCO: 180 p.
- Crozier M. (1991). Le Changement dans les organisations, *Revue Française d'Administration Publique*, 59, juillet-septembre: 349-354.
- Crozier M., Dehecq J.-F., Lichtenberger Y., Terrot N. (1990). Culture générale et culture d'entreprise, *Éducation Permanente*, 103, juil.: 33-45.
- Cuban L. (1992). Managing dilemmas while building professional communities, *Educational Researcher*, (2) 1: 4-11.
- Cuche D. (1996). *La Notion de culture dans les sciences sociales*, Collections Repères, Paris, Editions la Découverte: 124 p.

- Cudicio C. (1986). *Comprendre la PLN [programmation neuro-linguistique]: la programmation neurolinguistique, outil de communication*, Paris, Éditions d'organisation: 157p.
- Cudicio C. (1991). *PNL [programmation neuro-linguistique] et communication: la dimension créative*, Paris: Les Éditions d'organisation: 166 p.
- Dandurand P. et Ollivier E. (1991). Centralité des savoirs et éducation: vers de nouvelles problématiques, *Sociologies et Sociétés*, (19) 2: 3-23.
- Daval R. (1964). *Traité de psychologie sociale*, Paris: PUF, Tome 1: 530 p., Tome 2: 497p.
- Daval R. (1981). *Logique de l'action individuelle*, Paris: PUF: 200p.
- Davies S., McAlpine L., Cochrane L., De Pominville A., Healey A., Lucas M., Posel N. (1996). Action-Based Research: A Symposium on the Impact of an M. Ed. in Adult Education on Health Practice, dans ACEEA / ACEA Conférence annuelle, *Repenser l'éducation, la formation et l'emploi*, Winnipeg [Canada]: 84 - 89
- De La Bouillierie (1983). Pour une évolution de la fonction d'encadrement, dans B. Honoré, dir., *Former à l'hôpital: pour une évolution des pratiques hospitalières*: 141-166
- De Rosnay J. (1975). *Le Macroscopie: vers une vision globale*, Paris, Éditions du Seuil: 249 p.
- De Rosnay J. (1983). *Les Chemins de la vie*, Paris, Éditions du seuil: 190 p.
- De Swan A. (1989). The Reluctant Imperialism of the Medical Profession, *Soc. Sci. Med.*, (28) 11: 1165-1170.
- Dechamps C. (1994). Spécificité et interprofessionnalité de la formation des cadres paramédicaux, dans *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 11, 3ième trimestre: 14-16.
- Dechamps J. et Lamarche F. (1993). Des Questions toujours sur la table, *Relations*, novembre: 276-278.
- Decomps B., Malglaive G. (1996). Comment asseoir le concept d'université professionnelle, dans J.M. Barbier, dir., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF: 57-72.
- Décret no 93-1725 du 16 août 1993 fixant les missions et les attributions du surveillant des structures de santé, *Journal Officiel de la République Tunisienne*.
- Décret no 80-1407 du 31 octobre 1980 fixant les missions et l'organisation du Centre de recherche et de formation pédagogique des cadres de la santé.
- Décret-loi no 93-1524 du 19 juillet 1993 fixant la mission, les attributions ainsi que l'organisation et la consistance de l'Institut national de la santé publique.
- Décret-loi de février 1985 portant création du Conseil général de la formation continue et définissant le cadre général de la formation continue des agents de la fonction publique. *Journal Officiel de la République Tunisienne*.
- Delahaye B.L., Limerick D.C., Hearn G. (1994). The Relationship Between Andragogical and Pedagogical Orientations and the Implications for Adult Learning, *Adult Education Quarterly*, (44) 4: 187-200.

- Delorme Ch. (1985). Interrogations d'un praticien-chercheur, *Éducation permanente*, 80: 59-66.
- Denzin N. K. (1994). The Art and Politics of Interpretation, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dir., *Handbook of Qualitative Research*,: 501- 515.
- Desgagné S. (1995). Un Mentorat en début de profession: la reconstruction d'un savoir d'expérience, *Cahiers de la Recherche en Education*, (2) 1: 89-121.
- 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.
- Desgagné S. (1998). La Position du chercheur en recherche collaborative: illustration d'une démarche de médiation entre culture universitaire et culture scolaire, *Collection Recherche qualitative*, (18): 77-105.
- Deslauriers J-P. (1987). L'Analyse en recherche qualitative, *Cahiers de Recherche en Sociologie*, (5) 2: 145-152.
- Deslauriers J-P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill Editeurs: 142 p.
- Diamond P. (1988). Construing a career: a development view of teacher education and the teacher educator, *Curriculum Studies*, (20) 2: 133-140.
- Dixon N.M. (1993). Organisational learning, Communication présentée à *The Conference Board of Canada*: 17 p.
- Dodier N. (1990). Représenter ses actions: le cas des inspecteurs et des médecins du travail, dans Pharo P. et Quéré L., *Les Formes de l'action*, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales: 115-148.
- Don Cochrane (1993). En Matière de valeurs pourquoi les enseignants devraient-ils penser comme des experts ?, dans P. Hosborn, M. Wideen, I. Andrews, dir., *Devenir enseignant, à la conquête de l'identité professionnelle*, tome I, Chapitre IV: 65-80, Coll. Formation des maîtres, Montréal, Les Éditions logiques.
- Donovan J. (1990). The Concept and role of mentor, *Nurse Education Today*, 10: 294-298.
- Dopdon S., Stewart R. (1990). What is happening to middle management ?, *British Journal of Management*, (1):3-16.
- Dopson S., Risk A., Stewart R. (1992). The Changing role of the middle manager in the United Kingdom, *International Studies of Management and Organization*, (22) 1: 40-53.
- Douet B. (1987). Le Programme d'enrichissement instrumental: la théorie de l'apprentissage médiatisé, *Education Permanente*, 88-89: 151-164.
- Dreyfus H.L. (1986). *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*, New York, The Free Press: 223 p.
- Drouin A.M. (1988). Le Modèle en questions, dans *ASTER* , 7, Institut national de la recherche pédagogique, *Modèles et modélisation*: 1-20
- Dubar C. (1979). Les Retombées culturelles d'une action collective de formation, *Éducation Permanente*, 48, p. 73-86.

- Dubar C. (1990). L'Enjeu des expériences de formation innovante en entreprise: un nouveau processus de socialisation professionnelle, *Éducation Permanente*, 104, août: 51-56.
- Dubar C. (1996). *La Socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin: 276 p.
- Dumas L. (1995). *Élaboration et validation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche de savoir apprendre expérimentiel de l'infirmière étudiante en stage clinique*, Thèse, Doctorat interdisciplinaire en éducation, Université du Québec à Montréal: 200 p.
- Eagly A.H, Johnson B.T. (1990). Gender Leadership Style: A Meta-Analysis, *Psychology Bulletin*, (108) 2: 233-256.
- Ellergington D., Marsick V.J., Descant K. (1992). Capability development at Imperial oil resources ltd., *New Directions for Adult and Continuing Education*, 55, automne: 51-59.
- Elliot J. (1991). *Action Research for Educational Change*, Milton Keynes, Philadelphia, Open University Press: 163 p.
- Emdem C. (1991). Becoming a reflective practitioner, dans G. Gray et Pratt, edr., *Towards a Discipline of Nursing*, Melbourne, Churchill Livingstone: 335-354.
- Eraut M. (1985). Knowledge Creation and Knowledge use in Professional Contexts, *Studies in Higher Education* (19) 2: 117 - 132.
- Eraut M. (1995). Schön Shock: a case for reframing reflection-in-action ?, *Teachers and Teaching: theory and practice*, (1) 1: 9 - 21.
- Étienne Y., Lancien M. (1994). Pouvoir et contre-pouvoir dans les institutions de santé, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 11, 3ième trimestre: 19-24.
- Everson-Bates S. (1992). First-Line Managers in the Expanded Role: An Ethnographic Analysis, *Journal of Nursing Administration*, (22) 3: 32-37.
- Fadier N. (1990). Former à de nouveaux métiers, *Gestions Hospitalières*, 301, décembre: 909-911.
- Fenstermacher G .D. (1988). The place of science and epistemology in Schön's conception of reflective practice?, dans P. Grimmett et G. Erickson, edr., *Reflection in teacher education*, Vancouver: Pacific Educationnel Press: chapitre III: 39-46.
- Feurstein R. Krasilowski R. Randy Y. (1983). La Modifiabilité pendant l'adolescence: aspects théoriques et données empiriques, dans J. Anthony, C.Chiland, *Parents et enfants dans un monde en changement*, Paris, PUF:
- Feurstein R., Y. Rand et collaboratur de l'Institut H. W. C. R. de Jérusalem (1979). La Modificabilité cognitive au moment de l'adolescence: structure cognitive et effets de l'intervention, *American Journal of Mental Deficiency*, 6: 539-550.
- Fielding J., Beaton S., Appavoo M., Baier L., Iacobacci H., Samuel A. (1994). Exploratory Research as Andragogic Continuing Education, *Journal of Nursing Staff Development*, (10) 1: 27-30.
- Finger M. (1989). "Apprentissage expérimentiel" ou "Formation par les expériences de vie": la contribution allemande au débat sur la formation expérimentielle, *Éducation Permanente*, 100/101, décembre: 39-46.

- Fisher G-N. (1990). Espace, identité et organisation, dans Chanlat J.F., dir., *L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*, Québec, Les Presses de l'Université Laval et Les Editions ESKA: 165-183.
- Fitoury Ch. (1990). L'Éducation en Afrique prise entre les illusions de la coopération et le piège de la dépendance, *Revue Tunisienne des Sciences Sociales*, 27ième année, 100: 61-83.
- Fleury J., Gautin R., Mohaer F., Monforte I. (1994). Les Représentations de la recherche dans une formation par la recherche: l'exemple du DHEPS de Haute-Bretagne, *Recherche et Formation*, 17, octobre: 35-46.
- Fontaine M. (1990). L'Ordinateur comme support pour les infirmières soignantes et les gestionnaires des soins infirmiers, *Administration Hospitalière et Sociale*, septembre-octobre: 22-27.
- Forté P.S., Ritz L.J., Balestracci D. (1997). *Identifying Nursing Research in a New Merged Healthcare System*, *RONA*, (27) 6: 51-55.
- Fortin M.F., Taggart M.E., Kérouac S. et Normand S. (1988). *Introduction à la recherche: auto-apprentissage assisté par ordinateur*, Montréal, Décarie: 418 p.
- Fourez G., Englebert-Lecomte V., Mathy P. (1997). *Nos Savoirs sur nos savoirs*, Bruxelles, PUM, De Boeck Université: 169 p.
- Fourez G., Mathy P., Englebert-Lecomte V. (1993). Un Modèle pour un travail interdisciplinaire, dans *ASTERN*, 17, *Modèles pédagogique* 2: 119- 142.
- Fowler J. and Rigby P. (1994). Sculpting with people - an educational experience, *Nurse Education Today*, 14: 400-405.
- Fraisse P., Piaget J., Reuchlin M. (1981). *Traité de psychologie expérimentale: histoire et méthode*, Paris: PUF: 221 p.
- Freese A. R. (1999). The role of reflection on preservice teachers' development in the context of professional development school, *Teaching and Teacher Education*, (15): 895-909.
- Friedson E. (1987). *La Profession médicale*, A. Lyatard-May et C. Malamoud, Paris, trad., Payot: 369 p.
- Gallet B.R. (1992). La Formation-action: une démarche pour un projet d'amélioration des conditions de travail, *Gestions hospitalières*, 319, octobre: 618-627.
- Gauthier B. (1984). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Silleri: 535 p.
- Geay A. (1993). Pour une Didactique de l'alternance, dans *Éducation Permanente*, 115: 79-88
- Geoffrion P. (1993). Le Groupe de discussion, dans B. Gauthier, dir., *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, troisième partie: 311-335.
- Georges Y., Higele P. (1987). Apprentissage et évaluation des opérations projectives préalables à l'enseignement du dessein technique, *Éducation Permanente*, 88/89: 141-150.
- Gerard J.L. (1992). Faut-il unifier la formation des cadres paramédicaux?, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 4, 4ième trimestre: 70-76.

- Gerard J.L. (1994). Reflexions autour des enjeux de pouvoir et d'autorité, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 11, 3ième trimestre: 9-16.
- Ghannem H. (1994). Portrait socio-sanitaire et épidémiologique de la Tunisie, *Partage*, (4) 1, été.
- Giguère J. (1993). Une Condition de survie, *Relations*, novembre: 264.
- Gillet B. (1985). Pratiques éducatives et sociétés: quand le praticien se mêle de théorie, dans J.P. Boutinet, dir., *Du Discours à l'action: les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris: Éditions L'Harmattan: 173 - 177.
- Gillet B. (1987). Les Différentes approches cognitives des situations de travail, *Éducation Permanente*, 88/89: 23-43.
- Glaser R. (1986). Enseigner comment penser: le rôle de la connaissance, dans M. Grahay, D. La Fontaine, dirs., *l'Art et la science de l'enseignement: hommage à Gilbert De Lanscheere*, Bruxelles, Éditions Labor: 251-279.
- Goffi M. (1994). A propos de la Transversalité, dans *Gestions hospitalières*, 335, avril: 287-290.
- Goguelin P. (1989). De l'Approche classique à l'approche systémique, dans P. Goguelin, *Le Management psychologique des organisations*, tome I , Chapitre premier: 205-234, Paris, ESF Éditeurs.
- Goguelin P. (1990). *Le Management psychologique des organisations, tome III, les outils généraux: la résolution des problèmes, les techniques collectives de recherche et de traitement de l'information*, Paris, ESF Éditeurs: 229 p.
- Gonnet F. (1989). Les Relations de travail: entre la complexité et l'insécurité, *Autrement*, 109, septembre: 128-147.
- Gotoh H. (1992). Continuing education changes nursing, *Japanese Journal of Nursing Administration*, (2) 1: 62-69.
- Goudeaux A. et l'équipe enseignante (1994). Orientation de la formation des cadres paramédicaux, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 9, 1er trimestre: 11-13.
- Gray J., Frostrom S. (1991). Generating theory from practice: the reflective technique, dans J. Gray et Pratt, edr., *Towards a Discipline of Nursing*, Churchill Livingstone [s ed]: 355-372.
- Greenwood J. (1993). Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön, *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1183-1187.
- Grimmet P.P. (1988). The Nature of Reflection and Schön's Conception in Perspective, dans P.P. Grimmett et G. L. Erickson, edr., *Reflection in Teacher Education*, New York, London: Teachers College Press: 5 - 15.
- Grosjean G. (1996). Generalised Specialists - Specialised Generalists: Education and the Changing Workplace, dans dans ACEEA / ACEA Conférence annuelle, *Repenser l'éducation, la formation et l'emploi*, Winnipeg [Canada]: 149 - 156.
- Groux G. (1983). *Les Cadres*, Paris, Éditions La Découverte / Maspero: 128 p.
- Grundy S. (1987). *Curriculum product or praxis ?*, London, The Falmer Press: 209 p.

- Guba E.G., Lincoln Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dir., *Handbook of Qualitative Research*: 105-117.
- Guelmani A. (1996). *La Politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jours*, Paris, l'Harmattan: 293 p.
- Guerron J. (1980). Énergie et acceptabilité, dans *Revue de l'énergie*.
- Haas S.A. (1992). Coaching: Developing Key Players, *Journal of Nursing and Administration*, (22) 6: 54-58.
- Habermas J. (1974), *Profils philosophiques et politiques*, F. Dastur, J.-R. Lamiral et M.-B. Delaunay, trad., Paris, Gallimard: 292 p.
- Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, J.-M. Ferry, trad., Paris, Fayard, tome 1: pour une critique de la raison fonctionnaliste; tome 2: rationalité de l'agir et rationalisation de la société.
- Hamama Z. (1985). Modèle culturel d'emprunt et corporeite, dans J.P. Boutinet, dir., *Du Discours à l'action: les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris: Éditions L'Harmattan: 311-318.
- Hargreaves J. (1997). Using patients: exploring the ethical dimension of reflective practice in nurse education, *Journal of Advanced Nursing*, 25: 223-228.
- Haugustaine-Charlier B. (1993). Articulations formation - pratique: analyse d'une recherche - action - formation, dans Serre F., *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP: 369-403.
- Hébrard P. (1994). Initiation à la recherche sur les pratiques et formation professionnelle: quels dispositifs pédagogiques pour apprendre à penser sa pratique ?, *Recherche et Formation*, 17, octobre: 23-34.
- Hesbeen W. (1993). Décrire une situation de soins: outil de gestion, de formation et de recherche, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 5, 1er trimestre: 47-51.
- Higele P. (1987). Les Activités de remédiation cognitive d'inspiration piagétienne, *Éducation Permanente*, 88-89: 123-127.
- Hills J., Gibson C. (1988). Reflections on Schön's The Reflective Practitioner, dans P.P. Grimmett et G. L. Erickson , edr., *Reflection in Teacher Education*, New York: Teachers College Press: 147 -175.
- Hoc J.M. (1987). *Psychologie cognitive de la planification*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble: 197 p.
- Hodges L.C., Knapp R. and Cooper J. (1988). Head Nurses: Their Practice and Education, *JONA*, (17) 12: 39-44.
- Holloway E. (1994). Overseeing the Overseer: Contextualizing Training in Supervision, *Journal of Counseling and Development* (72), mai-juin: 526-530.
- Holstein J.A., Gubrium J.F. (1994). Phenomenology, Ethnomethodology and Interpretative Practice, dans N. K. Denzin et E.K. Guba, dir., *Handbbok of Qualitative Research*: 263-271.
- Hommage G., Perri Y. (1987). Les Ateliers de raisonnement logique, *Éducation permanente*, 88/89, p. 129-140.

- Honoré B. (1974). Quelle Formation? Réflexions pour contribuer à fonder une politique et une étude de la formation, dans Institut de Formation et d'études psychologiques et pédagogiques, *Formation 1: quelle formation ?*, Paris: Petite bibliothèque Payot: 89 - 183.
- Honoré B. (1977). *Pour une Théorie de la formation: dynamique de la formativité*, Paris, Payot: 247 p.
- Honoré B. (1980). *Pour une Pratique de la formation: la réflexion sur les pratiques*, Paris: Payot: 246 p.
- Honoré B. (1983). Vers une Conception globale de la formation pour une évolution des pratiques hospitalières, dans dir. B. Honoré, dir., *Former à l'hôpital: pour une évolution des pratiques hospitalières*: 15-91.
- Honoré B. (1987). Quelle Formation? Pour quel projet social à l'hôpital ?, *Gestions Hospitalières*
- Honoré B. (1992). *Vers l'Oeuvre de formation: l'ouverture à l'existence*, Paris, Payot: 221 p.
- Honoré B. (1994). Démarche de projet et démarche de santé, dans B. Honoré & G. Samson, dir., *La Démarche de projet dans les établissements de santé*, Toulouse, Éditions PRIVAT: 201-252 p.
- Hosborn P., Wideen M., Andrews I. (1993). *Devenir enseignant, à la conquête de l'identité professionnelle*, tome I, Coll. Formation des maîtres, Montréal, Les Éditions logiques.
- Huberman A. M., Miles M. B. (1994). Data Management and Analysis Methods, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dir., *Handbook of Qualitative Research* : 428-444.
- Hugues D. (1996). NHS [Nurse Head Supervisor] managers as rhetoricians: a case of culture management ?, *Sociology of Health and Management*, (18) 3: 291-314.
- Ilsley P. (1992). The Undeniable Link: Adult and Continuing Education and Social Change, dans M. Galbraith et B. Sisco, edr., *Confronting Controversies in Challenging times: A call for Action*, San Francisco: Jossey-Bass: 25-34.
- Inhelder B. et Piaget J. (1979). Procédures et structures, *Archives de Psychologie*, (XLVII), 181: 165-176.
- Inhelder B., Blanhet A., Boder A., De Caprona D., Saada-Robert M., Ackermann-Valladao E. (1980). Procédures et significations dans la résolution d'un problème concret, *Bulletin de Psychologie*, tome XXXIII, 345: 614-665.
- James C.R., Clarke A. (1994). Reflective practice in nursing: issues and conditions for nurse education, *Nurse Education Today*, 14: 82-90
- Jantsch E. (1972). Vers l'Interdisciplinarité et la transdisciplinarité dans l'enseignement et l'innovation, dans L. Apostel, G. Berger, A. Briggs, G. Michaud, edr., *L'Interdisciplinarité: problèmes d'enseignement et de recherches dans l'université*, Paris, OCDE [Organisation du commerce et du développement de l'Europe]:
- Jarvis P. (1987). The Development of Adult Education Knowledge, dans P. Jarvis, dir., *Twentieth Century in Adult Education*, London: Routledge: 3-13.
- Jarvis P. (1992 a). Efficiency in practice: the role of the educator, *Nurse Education Today*, (12): 3-10.

- Jarvis P. (1992 b). Reflective practice and nursing, *Nurse Education Today*, (12): 174-181.
- Jaslin J.P. (1986). Des Apprentissages pour un projet d'action de changement, *Éducation Permanente*, 85: 131-141.
- Jean-Charles P., Mahistre N., Verdeilkan E., Lorin P. (1991). Communication: art de management du cadre, *Soins*, 533, octobre: 53-57.
- Jetty Y., Orsat F. (1988). Leadership: perspectives et défis, *Administration Hospitalière et Sociale*, mars-avril: 16-19.
- Johns C.C. (1993). On Becoming effective in ethical action, *Journal of Clinical Nursing*, 2: 307-312.
- Johns C.C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 22: 226-234.
- Johns C.C. (1996). Visualizing and realizing caring in practice through guided reflection, *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1135-1143.
- Johnson K.R., D.Argenio C. (1991). Management training effects on nurse manager leadership behavior, *Nursing Economics*, (9) 4, juillet-août: 149-154.
- Kabuga C. (1990). L'Andragogie dans les pays en voie de développement, dans S.M. Knowles, *L'Apprenant adulte: vers un nouvel art de la formation*, Montréal, Les Éditions d'organisation: 241-249.
- Kalish B.J. (1987). An Analysis of the Source of Physician - Nurse Conflict, *Journal of Nursing Administration*, jan.: 51 -57.
- Kane R.A. (1975). The Interprofessionnel Team as Small a group, *Social Work in Health Care*, (1) 1: 19 -32.
- Kanungo R.N., Misra S. (1992). Managerial Resourcefulness: A Reconceptualization of Management Skills, *Human Relations*, (45) 12: 1311-1332.
- Karen W., Robinette T. et S. (1990). Collaboration between education and service, *Nursing Management*, (221) 9, septembre: 78-80.
- Kerfoot K.M., Stonestreet J. (1991). Facilitating a fast turnround: the leadership challenge for a new manager, *Nursing Economics*, (9) 5, septembre-octobre: 364-365.
- Kiggundu M. (1990). Managing structural adjustment in developing countries: An organizational perspective, dans R.J. Jaeger et R.K. Wagner, edr., *Management in developing countries*, London: Routledge: 43-61.
- Kirby P.C., Teddlie Ch. (1989). Development of the Reflective teaching instrument, *Journal of Reasearch and Development*, (22) 4, été: 45-51.
- Knight S.L., Wiswman D., Smith C.W. (1992). The Reflectivity-Activity Dilemma in School-University Partnerships, *Journal of Teacher Education*, sept-oct., (43) 3: 269-277.
- Knowles M.S. (1990). *L'Apprenant adulte: vers un nouvel art de la formation*, Québec, Les Éditions d'organisation: 277 p.
- Koch T. (1995). Interpretative approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger, *Journal of Advanced Nursing*, (21): 827-836.

- Koebler J.A., Miller K.L., Vojir C.P., Hester N.O., Foster R.L. (1997). Multisite Clinical Research: A Challenge for Nursing Leaders, *RONA*, (27) 7/8: 42-48.
- Kolb D. A., Rubin I. M., McIntyre J. M. (1974). *Organizational Psychology: An Experiential Approach*, Englewoods Cliffs, Prentice-Hall, Inc.: 422 p.
- Kolb D.A. (1984). *Experiential Learning: experiences as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall: 256 p.
- Kolb D.A. (1993). The process of experiential learning, chap. 9, dans Kolb D.A., *Cultures and processes of adult learning*, London, The Open University in collaboration with Routledge, Champlan and Hall Inc.: 138-156.
- Kramlinger T. (1992). Training's role in a learning organization, *Training*, juillet: 46-51.
- L'Écuyer J. (1989). Les Modèles dans les sciences de l'éducation, dans *Les Modèles en éducation*, Actes du colloque de l'AIPELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], Montréal, Éditions Noir sur Blanc: 3-11.
- L'Écuyer R. (1990). Etapes de l'analyse de contenu: modèle général, dans R. L'Écuyer, *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*, Québec, Presses du Québec, chapitre 2: 51-104.
- Labelle J.-M. (1993). Approche andragogique en France au 19e siècle, dans *CJSAE/RCÉÉA*, (7) 1, mai-juin: 81-91.
- Labelle J.-M. (1995). Andragogie développementale et réciprocité éducative, *L'Indécis*, 17, mars: 40-47.
- Lacoste M. (1992). Changement dans l'entreprise et collectifs informels d'apprentissage, *Éducation Permanente*, 112, octobre: 87-94.
- Landier H. (1991). *Vers l'Entreprise intelligente: dynamique du changement et mutation du management*, Paris: Calman-Levy: 294 p.
- Landry C. (1992). *Les Relations interorganisationnelles dans la formation en alternance pour jeunes adultes: le cas de la formation agricole*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation (option andragogie), Université de Montréal: 287 p.
- Laplant J. (1988). *An Examination of approaches to field-based learning in other professions. Commission of professors of adult education*, AACE, Washington, DC.
- Laporte J. (1991). La Boite à outils du responsable de formation, *Gestions hospitalières*, 310, novembre: 803-806.
- Laporte J. (1994). Vers un Observatoire des métiers hospitaliers, *Gestions Hospitalières*, 335, avril: 298-301.
- Lautrey J. (1980). La Variabilité intra-individuelle du niveau de développement opératoire et ses implications théoriques, *Bulletin de Psychologie*, tome XXXIII, 345: 685-697.
- Lazure G. (1993). *La Signification du prendre soin chez l'infirmier tunisien*, Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal: 125 p.
- Le Helley M. (1990). Gérer le service infirmier, *Gestions Hospitalières*, 301, décembre: 836-838.

- Le Meur G. (1995). La Praxéologie: une néo-autodidaxie, *Éducation Permanente*, 122: 113-124.
- Le Moigne J.-L. (1995). Les Épistémologies constructivistes, Paris: PUF: 127 p.
- Legault M. & Paré A. (1995). Analyse réflexive, transformations intérieures et pratiques professionnelles, *Cahiers de la recherche en éducation*, (2), 1: 123-164.
- Legendre M.L. (1998). Pratique réflexive et étude de cas: quelques enjeux à l'utilisation de la méthode des cas en formation des maîtres, *Revue des Sciences de l'Éducation*, XXIV, 2: 379-406.
- Lenhardt V. (1993). L'Accompagnement individuel des dirigeants, *Éducation Permanente*, 114: 91-104.
- Leplat J. (1995). À propos des Compétences incorporées, *Éducation Permanente*, 123: 101-112.
- Leplat J., Hoc J.-M. (1981). Subsequent verbalisation in the study of cognitive processes, *Ergonomics*, (24) 10: 743-755.
- Lesne M (1977). La Formation des formateurs d'adultes, dans G. Mialaret, M. Debesse, dir., *Traité des sciences de l'éducation*, Paris, PUF: 229-278.
- Lesne M. (1984). *Lire les pratiques de formation d'adultes: essai de construction théorique à l'usage des formateurs*, Paris, Édilig: 234 p.
- Lesourne J. (1988). *Éducation et société, les défis de l'an 2000*, Paris, Ed. Le Monde / La Découverte: 357 p.
- Lestage Ph. (1994). Complexité et structures cérébrales: Piaget et Prigogine, dans D. De Béchillon, d.ir., *Les Défis de la complexité: vers un nouveau paradigme de la connaissance*, Paris, Éditions l'Harmattan: 173-203.
- Levy J. (1995). La Complexité dans les sciences sociales, *Sciences humaines*, 47, février: 27-30.
- Lhotellier A. (1995). Action, praxéologie et autoformation, *Éducation Permanente*, 122: 233-242.
- Lhotellier A. (1986). Le Travail méthodique de projet, *Éducation Permanente*, 86: 67-72.
- Loi no 83-112 de décembre 1983 portant statut général des agents de l'état et des collectivités publiques locales en Tunisie et des statuts particuliers, *Journal Officiel de la République Tunisienne*.
- Loi no 91 du 29 juillet 1991 portant sur l'organisation sanitaire en Tunisie, *Journal Officiel de la République Tunisienne*.
- Loi de février 1993 portant orientation de la formation professionnelle, *Journal Officiel de la République Tunisienne*.
- Lollier B. (1990). Le Projet d'action information-formation SIDA [syndrome immunodéficientaire acquis] du CHG [centre hospitalier général] de Morlaix, *RIP Infirmière Enseignante*, 4, 20ième année, avril: 27-30.
- Long H. B. (1987). *New perspectives on the education of adults in the United States*, London, New York: Nichols Pub Co.: 263 p.

- Lorenzi O. (1994). Quel Cadre et pour quel établissement public de santé en l'an 2000?, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 9, 3ième trimestre: 20-22.
- Lucas S. (1990). Se Former pour former, *RIP Infirmière Enseignante*, (8) septembre-octobre: 8-9.
- Madelein P., Thierry D. (1992). Organisations qualifiantes: quelle définition et quelles méthodes?, dans *Éducation permanente*, 112, octobre: 23-37.
- Malglaive G. (1987). Quelles Connaissances pour les nouvelles technologies, dans J.L. Fernand., J.P. LeGoff, G. Maglaive, R. Orofiamma, edr., *Quelle pédagogie pour les nouvelles technologies?*, Paris, La Documentation Française: 121-165.
- Malglaive G. (1993). *Enseigner à des adultes*, Paris, PUF: 285 p.
- Malglaive G. (1994). Les Rapports entre savoir et pratique dans le développement des capacités d'apprentissage chez les adultes, *Éducation Permanente*, (2) 119: 125-133.
- Malglaive G. , Weber A. (1982). Théorie et pratique: approche critique de l'alternance en pédagogie, *Revue Française de Pédagogie*, 61, oct.-nov.-déc.: 17-27.
- Mansour F. (1990). *L'Impasse du monde Arabe*, Y. Benot, trad., Paris, Édition L'Harmattan: 230 p.
- Mardsen C. (1990). *Ethical issues in critical care : ethics of the doctor-nursing game*, *Hearth lung*, (19) 4, p. 422-424.
- Marsick V.J. (1988). Learning in the workplace: the case for reflectivity and critical reflectivity, *Adult Education Quarterly*, (38) 4, été: 187-198
- Marsick V.J., Cederholm L., Turner E., Pearson T. (1992). *Action-reflection learning, Training and Development*, août: 63-66.
- Martin J. (1987). Pour une Utilisation élargie des outils de développement cognitif, *Éducation Permanente*, 88/89: 187-193.
- Martini F. (1994). Modèles cognitifs de l'encadrement et enjeux subjectifs des travailleurs, *Éducation Permanente*, 117: 85-100.
- Marzouki M. (1994). Promotion de la santé: une vision du Sud, dans Bastien R., Langevin L., Renaud L., *Promouvoir la santé: réflexions sur les théories et les pratiques*, Québec, REFIPS: 21-38.
- Mazer, A. (1984). Motivation et démotivation dans la formation médicale continue, *Revue d'éducation médicale*, (7) 1, p. 9-26.
- McLure M., Poulin A., Wandelt M. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses / Task force on nursing practice in hospitals*. Kansas City, Mo: American Nurses's Association: 135 p.
- Meighan M.M. (1990). The most important characteristics of nursing leaders, *Nursing Administration Quarterly* (15) 1: 63-69.
- Melucci A. (1978). Société en changement et nouveaux mouvements sociaux, *Sociologie et Sociétés*, (X) 2: 37-53.
- Mercier E. (1991). L'Éthique dans la formation, *RIP Infirmière Enseignante*, (21) 2, février: 22-24.

- Meunier J.-C. (1987). Les Théories de la médiation et la didactique du PEI [programme d'enrichissement instrumental], *Éducation Permanente*, 88/89: 16 5-174.
- Mezirow J. (1981). A critical theory of adult learning and education, *Adult Education Quarterly*, (32) 1: 3-24.
- Mezirow J. (1989). *Transformation Theory and Social Action: a Response to Collard and Law*, *Adult Education Quarterly* (3) automne: 169-175.
- Mezirow J. (1991). *Toward a theory of practice*, *Adult Education Quarterly*, (21): 135-147.
- Mezirow J. (1996). Contemporay paradigms of learning, *Adult Education Quarterly*, (46) 3: 158-172.
- Mialaret G. (1989). Réflexions personnelles sur les modèles en sciences de l'éducation, dans Actes du colloque de l'A.I.P.E.F [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], *Les Modèles en éducation*, Montréal: Noir sur Blanc: 36-43.
- Mialaret G. (1995). Réflexions personnelles sur la pratique et ses relations avec la théorie, la recherche et la formation, *Cahiers de la recherche en éducation*, (2) 1: 165-183.
- Mialaret G. (1996). Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation, dans J. Barbier, dir., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris: PUF: 161-187.
- Migne J.R. (1975). La Notion de "représentation" en pédagogie des adultes, *Pour*, 49: 21-36.
- Miles M. B., Huberman A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, Thousands Oaks, Sage Publications: 338 p.
- Miller A. (1985). The Relationship between nursing theory and nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 10: 417-424.
- Ministère de la santé publique (1991). *Rétrospective du VII ième plan et principales perspectives du VIIIème plan (1992-1996)*, Tunis, Ministère de la santé publique: 183 p.
- Ministère de la Santé publique (1997). La Couverture sanitaire et sociale et les programmes spécifiques et la communauté tunisienne à l'étranger, dans Ministère de la Santé publique, *Perspectives du neuvième plan de développement quinquennal*: 233-242.
- Mintzberg H. (1994). Managing as Blended care, *Journal of Nursing and Administration*, 9, septembre: 29-36.
- Moriceau G. (1993). Formation continue: trouver sa place, jouer son rôle, *Gestions Hospitalières*, 223, février: 128-131.
- Morin E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, Paris: ESF: 158 p.
- Morin E. (1995). Vers un nouveau paradigme, *Sciences Humaines*, 47: 29-23.
- Morin Th. (1993). *L'Apprentissage innovateur: un paradigme émergent en éducation des adultes*, Montréal, Université de Montréal, Thèse de PH. D., sciences de l'éducation: 270 p.
- Moulet M. (1994). Autorité et management, *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement*, 11, 3ième trimestre: 3-7.

- Mountford B., Rogers L. (1996). Using individual and group reflection in and on assessment as a tool for effective learning, *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1127-1134.
- Ministère de la santé publique (1996). *Carte sanitaire*, Tunis, Direction des études et de la planification, Ministère de la santé publique: 175 p.
- Mucchielli A. (1993). La Crise interne des hôpitaux: un outil d'évaluation de son importance, *Gestions hospitalières*, 324, mars 1993: 225-229.(1979).
- Mucchielli A. (1991). *Les Méthodes qualitatives*, Paris, PUF: 126 p.
- Munby H., Russel T. (1989). Educating the reflective teacher: an essay review of two books by Donald Schön, *Journal of Curriculum Studies*, (21) 1: 71 - 80.
- Netu A.L (1993). Un cadre théorique pour analyser les effets de la formation sur la situation au travail, dans CJSAE/RCÉEA (7) 1: 49-60.
- Neves M. (1990). Cadre enseignant, cadre soignant, une même fonction, *RIP Infirmière Enseignante*, 7, 20ième année, juillet-août: 26.
- Newell R. (1992). Anxiety, accuracy and reflection: the limits of professional development, *Journal of Advanced Nursing*, 17: 1326-1333.
- Nuttin J. (1985). *Théorie de la motivation humaine*, Paris, PUF: 383 p.
- Nuttin J. (1987). Développement de la motivation et formation, *Éducation Permanente*, 88/89: 97-110.
- Nuttin J., Fraisse P., Meili R., Roubertoux P. (1981). Motivation, émotion et personnalité, dans *Traité de psychologie expérimentale*, tome 5.
- O'Hanlon Ch. (1992). Reflection in or on Action, dans Association for Teacher Education in Europe Proceedings (ATEE), *Integration of Technology and Reflection in Teaching: a Challenger for European Teacher Education*: 274 - 282.
- O'Neil K.K., Gajdostik K.L. (1989). The Head Nurse's Managerial Role, *Nursing Management*, (20) 6: 39-47.
- Olson M. R., Chalmers L., and J. H. Hoover (1997) Attitudes and Attributes of General Education, Teachers Identified as Effective Inclusionists, *Remedial and Specific Education*, (18) 1, janvier-février: 28-35.
- Orofiamma R. (1987). De Nouvelles compétences pour de nouvelles situations de travail, dans J.L. Fernand, J.P. LeGoff, G. Malglaive, R. Orofiamma, edr., *Quelle pédagogie pour les nouvelles technologies ?*, Paris, La Documentation Française: 95-120.
- Ouellette (1989). Modèle de pensée ou penser par modèle, dans Actes du colloque de l'AIPELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], *Les Modèles en éducation*, Montréal: Noir sur Blanc: 132-140
- Pain A. (1991). *Éducation informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*, Paris, Éditions d'organisation: 255 p.
- Palkiewiz J. (1989). Le Sens et la portée du modèle dans la recherche en éducation, dans Actes du colloque de l'AIPELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], *Les Modèles en éducation*, Montréal: Noir sur Blanc: 221-227

- Pasquier D., Chiochetti J. (1987). Le Réentraînement mental et le développement intellectuel: analyse d'une expérimentation, *Éducation Permanente*, 88/89: 213-225.
- Pastré P. (1994). Variations sur le développement des adultes et leurs représentations, *Éducation Permanente*, (2) 119: 33-63.
- Paux-Bubloz Y. (1983). Formation continue, recherche, santé, *Soins*, 418, novembre: 45-48.
- Payette A. (1989). Enseigner l'expérience, *Administration Hospitalière et Sociale*, septembre-octobre: 14-21.
- Perrenoud P. (1988). *Qui maîtrise l'école: politique d'institutions et pratique des acteurs*. Lausanne: Mataloff, France: Réalités sociales: 351 p.
- Perrenoud Ph. (1996). *Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude: savoirs et compétences dans un métier complexe*, Paris, PUF: 198 p.
- Peterflavi B. (1991). Apprentissage de méthodes par la réflexion distancée, *ASTER*, FRA, DA, 12: 185-217.
- Peyré P. (1990). Formation permanente: essai de modélisation du système de gestion, *Gestions Hospitalières*, 295, avril: 329-343.
- Peyré P. (1988). La Formation permanente: un système complexe, éléments pour une théorie du management de la formation en milieu hospitalier, *Gestions Hospitalières*, 280: 677-687.
- Piaget J. (1974). *La Prise de conscience*, Paris, Puf: 282 p.
- Piaget J., Garcia R. (1983). *Psychogénèse et histoire des sciences*, Paris: Flammarion: 310 p.
- Piaget J., Garcia R. (1987). *Vers une logique des significations*, Genève, Murionde Editeur: 202 p.
- Pinard A. (1987) Prise de conscience and taking charge of one's own cognitive functioning, *Human Development*, 29: 341-354.
- Pinaud G. (1989). La Formation expérientielle en auto -, éco - et coformation, *Éducation Permanente*, 100/101, 1989: 23-30.
- Pineau G. (1985). Pour une Recherche-formation en éducation permanente en réseaux, *Éducation Permanente*, 80: 147-158.
- Pineau G. (1995). Rendre heuristique les tensions de la triade PFR [Pratique-Formation-Recherche], *Cahiers de la Recherche en Éducation*, (2) 1: 185-201.
- Ponte P.R., Capodilupo Th. (1992). *Nursing supervisors: reduction-in-force or redesign roles?*, *Nursing Management*, (23) 1, janvier: 34-38.
- Powell J.H. (1989). The Reflective practitioner in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 14: 824-832.
- Pratt D. D. (1988). *Andragogy as a relational construct*, *Adult Education Quarterly*, (38) 3, printemps: 160- 181.
- Prestdholt C.O. (1990). *Modern mentoring: Strategies for developing contemporary nursing leadership*, dans *Nursing Administration Quaterly* (15) 1: 20-27.

- Prigogine I. (1983). La Lecture du complexe, *Le Genre Humain (La Vérité)*, 7/8: 221-233.
- Prigogine I., Stengers I. (1979). *La Nouvelle alliance: métamorphose de la science*, Paris, Gallimard: 302 p.
- Quantin C. (1989). La Place du chargé responsable de la formation dans le processus et parmi les acteurs de la formation, *RIP Infirmière Enseignante*, 10: 22-23.
- Quentin J.P. (1983). *Mutation 2000: le tournant de la civilisation*, Paris, Le Hameau: 212 p.
- Quercioli R., Bazelle M.L., Forcet J.Y. (1983). la Fonction et le rôle de l'infirmière générale dans un hôpital de cinq cent lits, *Gestions Hospitalières*, 227, juin-juillet: 189-494.
- Rabardel P. (1995). Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail, dans *Éducation Permanente*, 123: 33-45.
- Raelin J. A. (1993). Theory and Practice: their roles, relationship, and limitations in advanced management, *Business Horizons*, mai / juin: 85 - 89.
- Reuchlin M. (1973). Formalisation et réalisation dans la pensée naturelle: une hypothèse, *Journal de Psychologie normale et pathologique*, (4): 389-408.
- Rhéaume J. (1993). L'Analyse clinique en sciences humaines, dans F. Serre, *Recherche, formation et pratique en éducation des adultes*, Éditions du CRP: 131-155.
- Richardson G. (1995). Reflection-on-practice: enhancing student learning, *Journal of Advanced Nursing*, 22: 235-242.
- Richardson L. (1994). *Writing: a Method of Inquiry*, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dir., *Handbook of Qualitative Research*: 516- 529.
- Roberts S., Tabloski P., Bova C. (1997). Epigenies of the Nurse Practitioner Role Revisited, *Journal of Nursing Education*, (36) 2, février: 67-73.
- Rochaix M. (1990). L'Hôpital au XXI<sup>ème</sup> siècle: quelques pistes de réflexion et d'action, *Gestions Hospitalières*, 293, février: 197-109.
- Roelens N. (1989). La Quête, l'épreuve et l'oeuvre: la constitution du penser et de l'agir à travers l'expérience, *Éducation Permanente*, 100/101: 67-77.
- Rowan B. (1994). Comparing Teachers'Work with work in other occupations: Notes on the Professional Status of Teaching, *Educational Researcher*, (23) 6, août-septembre: 4-17.
- Rozier C. (1996). Nurse Executive Characteristics: Gender Differences, *Nursing Management*, décembre: 33-37.
- Russel Th., Munby H., Spafford Ch., Johnson P. (1988). Learning the Professionnel Knowledge of Learning: Metaphors, Puzzles, and the Theory-Practice Relationship, dans P.P. Grimmett et G. L. Erickson, edr., *Reflection in Teacher Education*, New York, London: Teachers College Press: 67 - 89.
- Saint -Arnaud Y. (1994). *Connaître par l'action*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal: 111 p.
- Saint-Arnaud Y. (1986). *L'Action efficace: guide de réflexion pour améliorer ses relations humaines*, Québec, Sherbrooke, Université de Scherbrooke: 105 p.

- Saint-Arnaud Y. (1993 a). Pratique, formation et recherche: une histoire de poupées russes, dans Serre F., *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP: 405-419
- Saint-Arnaud Y. (1993 b). Guide méthodologique pour conceptualiser un modèle d'intervention, dans Serre F. (1993), *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP: 237-281.
- Saint-Arnaud Y. (1995). Pratique, formation et recherche: l'espoir d'un dialogue, *Cahiers de la recherche en éducation*, (2) 1: 21-27.
- Saint-Sernin B. (1989). *Genèse et unité de l'action*, Paris, Librairie philosophique J. Vrin: 189 p.
- Samurçay R., Hoc J.M. (1988). De l'Analyse du travail à la spécification d'aides à la décision dans des environnements dynamiques: concepts et méthodes, *Psychologie Française*, (33) 3: 187-196.
- Samurçay R., Pastré P. (1995). La Conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences, *Éducation Permanente*, 123: 13-31.
- Savoie-Zajc L. (1989). Les Modèles de design pédagogique: une critique de la démarche à la lumière du changement, dans AIPELF [Association internationale de pédagogie expérimentale de langue française, section canadienne], *Les Modèles en éducation*, Montréal: Noir sur Blanc: 205 -213.
- Savoie-Zajc L. (1993 a). Qu'en est-il de la triangulation: là où la recherche qualitative interprétative se transforme en intervention sociale ?, dans M. Anadon et D. Côté-Thibault, edr., *La Recherche qualitative en éducation: réflexions sur ses fondements, ses méthodes et ses pratiques*, (8), hiver: 121-134.
- Savoie-Zajc L. (1993 b). *Les Modèles de changement planifié en éducation*, Montréal, Éditions logiques: 247 p.
- Saylor C. N. (1990). Reflection and professional Education: art, science, and competency, *Nurse Educator*, (15) 2, mars: 8- 11.
- Schmidt D.P. (1992). Integrating ethics into organizational networks, *Journal of management development*, (1.11) 4: 33-43.
- Schmieding N.J. (1991). Relationship between head nurse responses to staff nurses and staff nurses responses to patients, *Western Journal of Nursing Research*, décembre: 746-760.
- Schmieding N.J., Kokuyama T. (1995). The need for and process of collaborative international research: a replication study of Japanese staff nurse perceptions of head nurses's actions, *Journal of Advanced Nursing*, 21: 820-826.
- Schön D. (1987). *Educating the Reflective Practitioner: Towards a New Design for Teaching and Learning in Professions*, Jossey-BassNew York: 355 p.
- Schön D. (1991). *The reflective turn in and on educational practice*, New York, Teachers College press: 376 p.
- Schön D. (1994). Le Praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel, J. Heynemand et D. Gagnon, trad., Québec, Les Éditions Logiques: 418 p.
- Schön D.A. (1988). *Coaching Reflective Teaching*, dans P.P. Grimmett et G. L. Erickson, edr., *Reflection in Teacher Education*, New York: Teachers College Press: 19 - 29.

- Schwartz B., Lambrichs L.L. (1994). *Moderniser sans exclure*, Paris, La Découverte / Essais: 245 p.
- Schwartz Y. (1995). De La "Qualification" à la "compétence", *Éducation Permanente*, 123: 125-137.
- Schwitzgebel R. K., Kolb D. A.(1974). *Changing Human Behavior: Principles of Planned Intervention*, New York, McGraw-Hill Company: 332 p.
- Scott- Morgan P. (1994). Learning unwritten rules of organizational change, *Planning Review*, septembre/octobre: 32-34.
- Senge P., Gautier A. (1992). *La Cinquième discipline: l'art et la manière des organisations qui apprennent* (1990), Paris, Les Éditions First: 462p.
- Seriex H. (1993). Le Big bang des organisations: quand l'entreprise, l'État et les régions entrent en mutation, Paris: Calman-Lévy: 312 p.
- Serre F. (1992). Changements individuels, collectifs et organisationnels par un dispositif de formation intègre, *Éducation Permanente*, 112, octobre: 47-51.
- Serre F., Viens C. (1993). La Praxis, une source importante de savoirs pour la recherche et la formation, dans F. Serre, *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP: 283-337.
- Sharrock W., Watson R. (1990). L'Unité du dire et du faire: l'action et l'organisation sociales comme phénomènes observables et descriptibles, dans P. Pharo et L. Quéré, *Les formes de l'action*, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales: 227-256.
- Shulman L.S. (1988). The Dangers of Dichotomous Thinking in Education, dans P.P. Grimmett, G.L.Erickson, edr., *Reflection in Teacher Education*, New York, Teachers College Press: 31 -38.
- Shwandt T.S. (1994). Construtivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry, dans N.K. Denzin et E.G. Guba, dir., *Handbook of Qualitative Research*: 119-137.
- Shwartz Y. (1995). De la "Qualification" à la "compétence", dans *Éducation Permanente*, (2) 123: 125-137
- Sievers B. (1990). La Motivation: un ersatz de significations, dans J.F. Chanlat, dir., *L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*, Québec, Les Presses de l'Université Laval et Les Editions ESKA: 337-361.
- Singleton E.K., Nail F.C. (1988). Nursing Leadership: The Effects of Organisational Structure, *Journal of Advanced Nursing*, (18) 10, octobre: 10-14.
- Sirota A. (1994). Une Instance d'analyse et d'élaboration collective de situations éducatives, *Recherche et Formation*, 15: 83-95.
- Smith H.L. (1968). Two lines of Authority: the Hospitals Dilemma, E. Gartly Jaco, *Patients, Physicians and Illness*: 468-471.
- Smoot S.L., Gonzales J.L. (1993). L'Enseignement de nouveaux comportements dans le secteur public: *l'application du modèle de Karkhuff, pour le management des malades*, communication présentée à l'Association américaine de recherche sur l'éducation: 22 p. + annexes.

- Sorel M. (1987). L'Éducabilité de l'appareil cognitif: de quoi parle-t-on ? Pourquoi ?, *Éducation Permanente*, 88/89: 7-19.
- Soulet M.H. (1987). *La Recherche sociale en miettes: analyse de discrimination des pratiques de recherche*, Paris, PUF: 189 + XIII p.
- Staehele W., Schirmer F. (1992). Lower-level and middle-level managers as the recipients and actors of human-resource management, *International Studies of Management and Organization*, (22): 67-85.
- Stein L.I., Watts D.T., Howell T. (1990). The Doctor-nurse game revisited, *Nursing Outlook*, (38) 6: 264-268.
- Stewart R. (1992). Changes affecting middle managers in the EC, *International studies of management and organization*, (22) 1: 3-6.
- Stockhausen L. (1994). The Clinical Learning Spiral: a model to develop reflective practitioners, *Nurse Education Today*, 14: 363-371.
- Stoddart B., Cope P., Inglis B., McIntosh C. and Hislop S. (1996). Student Reflective groups at a Scottish College of Nursing, *Nursing Education Today*, 16: 437-442 .
- Strauss A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*, Cambridge, New York, Cambridge University Press: 319 p.
- Suchman L. (1990). Plans d'action: problèmes de représentation de la pratique en sciences cognitives, dans P. Pharo et L. Quéré, dir., *Les formes de l'action*, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales: 149-170.
- Swoboda M.J., and Millar S.B. (1986). Networking-Mentoring: Career Strategy of Women in Academic Administration, *Journal of the National Association for Women Deans, Administrators and Counselors*, 49: 8-13.
- Tardif J. (1996). L'Entrée par la question de la formation des enseignants: le transfert des compétences analysé à travers la formation de professionnels, dans Ph. Meirieu, M. Develay, *Le Transfert des connaissances en formation initiale et en formation continue*, Lyon, Centre régional de documentation pédagogique de l'Académie de Lyon: 31-46.
- Tochon F.V. (1996). Grammaires de l'expérience et savoirs-objets: le savoir focal dans la construction de nouveaux modèles de formation, dans J. M Barbier, dir., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF: 249-274.
- Tochon F.Y. (1992). Les Savoirs de recherche sont-ils pratiques ?, *Recherche et formation*, (11), avril: 33-50.
- Toffler A. (1980). *La 3ième [Troisième] vague*, Paris, Éditions Denoël: 623 p.
- Toffler A. (1991). *Les Nouveaux pouvoirs: savoir, richesse et violence à la veille du XXIème siècle*, trad., A. Charpentier avec la collaboration de D. Meunier et al., Paris, Fayard: 658 p.
- Tolman E. C. (1967). A Psychological Model, dans T. Parsons, E. A. Shills, edr., *Toward a General Theory of Action*, Cambridge, Harvard University Press: 279- 361.

- Toupin L.(1991). L'Entreprise du savoir ou les savoirs en entreprise: dérive ou ancrage?, *Sociologie et Société*, (XXIII): 109-129.
- Toupin L.(1993). *Le Transfert des connaissances, un modèle pour la formation des adultes*, Thèse, Ph. D. en sciences de l'éducation, Université de Montréal: 370 p.
- Touraine A. (1984). *Le Retour de l'acteur: essai de sociologie*, Paris, Fayard: 255 p.
- Touraine A. (1992). *Critique de la modernité*, Paris, Librairie Arthéme Fayard: 462 p.
- Travers K.D. (1997). Reducing Inequities through Participatory Research and Community Empowerment, *Health Education and Behavior*, (24) 3: 344-356.
- Tumulty G. (1992). Head Nurse Role Redesign: Improving Satisfaction and Performance, *Journal of Nursing and Administration*, (22) 2: 41-48.
- Tuohig G.M. and K.J. Oleson (1995). Enhancing Clinical Nursing Research: A Vital Role for Staff Development Educators, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, (26) 4: 147-149.
- UNESCO (1994). *Rapport mondial sur l'éducation*. Paris: UNESCO [Organisation des nations unies pour l'éducation et pour la culture].
- Valli L. (1997). Listening to other voices: a description of teacher reflection in the United States, *Peabody Journal of Education*, (72) 1: 67-88.
- Van der Maren (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Bruxelles, PUM, De Boeck Université, 502 p.
- Van Manen M. (1977). Linking Ways of Knowing with Ways of Being Pratical, *Curriculum Inquiry*, (6): 205-228.
- Vandernotte Ch. (1993). Une Expérience d'accompagnement de dirigeants, *Éducation Permanente*, 114: 125-137.
- Varela F.-J. (1989 a). *Connaitre les sciences cognitives: tendances et perspectives*, Paris, Seuil: 122 p.
- Varela F.J. (1989 b). *Autonomie et connaissance: essai sur le vivant*, Paris, Seuil: 247 p.
- Vaughn S., Schumm J.S., Sinagub J. (1996). *Focus Group Interviews, Education and Psychology*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications: 173 p.
- Vauléon M.J.J. (1990). L'Évolution de la fonction cadres. Quels cadres devons-nous former ?, *RIP Infirmière Enseignante*, 8, 20ième année, septembre-octobre: 10-14.
- Vergnaud G. (1989). Les Ateliers de raisonnement logique et le programme d'enrichissement instrumental, *Migrants-Formation*, 79, décembre: 151-159.
- Vergnaud G. (1996). Au fond de l'Action, la conceptualisation, dans J..M. Barbier, dir., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF: 275-292.
- Vermesch P. (1985). Expliciter l'expérience, *Éducation Permanente*, 100/101: 123-132.
- Vermesch P. (1990). Questionner l'action: l'entretien d'explicitation, *Psychologie Française*, 35: 227-235.
- Vermesch P. (1995). Du Faire au dire, *Cahiers Pédagogiques*, 336: 27-32.

- Vermesch P. (1996). *L'Entretien d'explicitation*, Paris, Éditions ESF: 182 p.
- Walton E. (1988). L'Hôpital et le modèle de l'institution totalitaire, *Gestions Hospitalières*, 276, mai: 341-345.
- Whilhite M. (1988). Definitions and descriptions of the nursing middle manager and nurse executive, *Journal of Nursing and Administration*,
- White F. W. (1991a). Organisational learning in North American Industry, F. W. White, *Social theory for action: how individuals and organisation learn to change*: 108-123.
- White F. W. (1991b). Organisational learning internationally, dans F. W. White, *Social theory for action: how individuals and organisation learn to change*: 99-107.
- White F.W. (1991). Theory and practice in applied social research methods dans F. W. White, *Social theory for action: how individuals and organisation learn to change*: 267-287.
- Winter R. (1987). *Action research and the nature of social inquiry*: professional intervention and educational work, Aldershot, Avebury Press: 167 p.
- Zarifian P. (1992). Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante, *Éducation Permanente*, 112, octobre: 15-22.
- Zeichner K. M. (1987). Preparing reflective teachers: an overview of instructional strategies wich have been employed in preservice instructional education, *International Journal of Educational Research*, (11): 565-575.
- Zeichner K. M., Liston D. P. (1987). Teaching Student Teachers to Reflect, *Harvard Educational Review*, (47) 1: 23-48.
- Zhang X. (1995). La Médecine traditionnelle et l'OMS [Organisation mondiale de la santé], *Santé du Monde*, 49ième année, 22, mars-avril: 4-5.
- Zola I (1986). Culture de la santé et méfaits de la médicalisation, dans L. Bozzini., M. Renaud, D. Gaucher., J.L. Wolf, *Médecine et société, les années 80*, Montréal: Éditions Saint-Martin: 31-52.
- Zuboff (1988). *In The Age of the smart machine: the future of work and power*, New York, Basic Books: 468 p.

ANNEXE I

Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH

Catégorie de facteurs	Chercheur	Daval	Schön	Saint-Arnaud	Kolb	Malg-laive	Honoré	Total
<b>1</b>	<b>Accompagnement du praticien à la PR</b>							
1.1	Accompagnement par des formateurs et des tuteurs	+	+	+	+	+		5
1.2	Formation de formateurs, de tuteurs et de l'encadrement	+			+	+		3
1.3	Mise au point d'impératifs (conseils) andragogiques	+	+	+		+		4
1.4	Amélioration de l'environnement formatif interne de l'entreprise, sensibilité à la formation et intégration des fonctions communication, formation et production	+			+	+	+	4
<b>Sous-total</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>Formation en collectif de travail et apprentissage en groupe</b>							
2.1	Formation en collectif de travail et apprentissage en équipe		+	+		+		3
2.2	Développement d'une meilleure écoute et d'une meilleure communication avec les collègues	+		+			+	3
2.3	Projets individuels, projets d'équipe et projets d'entreprise						+	1
2.4	Echange de savoir entre collègues et production pédagogique commune		+			+	+	3
<b>Sous-total</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

**Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH**

Catégorie de facteurs	Chercheur	Daval	Schön	Saint-Arnaud	Kolb	Malg-laive	Honoré	Total
<b>3 Construction de l'identité socioprofessionnelle</b>								
3.1 Qualifications "intelligentes" et compétences complexes		+			+	+	+	4
3.2 Décentrement de rôle (vers des activités managériales et de régulation surtout)		+			+		+	3
3.3 Réalisation de soi et amélioration de la représentation de soi				+	+		+	3
3.4 Autonomie et développement professionnel; professionnalisme		+				+	+	3
3.5 Participation, motivation et validation sociale					+	+	+	3
<b>Sous-total</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>16</b>
<b>4 Accompagnement du changement</b>								
4.1 Provoquer un remaniement de la vision de l'entreprise pour des changements (organisationnels, relationnels, etc.)			+				+	2
4.2 Délivrance de schémas formalisés dans une technique ou une habitude et des vices de la pratique		+	+	+	+	+	+	6
4.3 Provoquer le questionnement auprès de l'ensemble des acteurs concernés par une pratique		+	+			+	+	4
4.4 Réguler entre différentes disciplines et différentes logiques professionnelles			+				+	2
<b>Sous-total</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH

Catégorie de facteur	Chercheur	Daval	Schön	Saint-Arnaud	Kolb	Malg-laive	Honoré	Total
<b>5</b>	<b>Nouvelles valeurs, culture et éthique</b>							
5.1	Développement de la vision globale						+	1
5.2	Ouverture à de nouvelles valeurs	+			+	+	+	4
5.3	Ouverture à une nouvelle éthique de formation	+					+	2
5.4	Ouverture à une nouvelle éthique de travail		+	+	+		+	4
<b>Sous-total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>Mise en question de la pratique</b>							
6.1	Questionner le sens de la technique, des actes et de leur origine	+					+	2
6.2	Prise de conscience de la situation et choix lucide	+	+	+	+	+	+	6
6.3	Questionner sur les résultats de la pratique et le choix des moyens	+	+	+				3
6.4	Questionner sur l'efficacité de la pratique, avant, pendant et après	+			+	+	+	4
<b>Sous-total</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>15</b>

**Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH**

7	Articulation théorie-pratique-recherche- formation	Daval	Schön	Saint-Arnaud	Kolb	Malg-laive	Honoré	Total
7.1	Articulation des situations de formation et de travail	+	+	+	+	+	+	6
7.2	Formalisation par la verbalisation et l'écrit de savoirs pratiques et ancrage dans les savoirs professionnels		+	+	+	+	+	5
7.3	Intégration des savoirs théoriques et pratiques		+	+		+		3
7.4	Souci pratico-pratique chez les adultes en formation et chez l'encadrement							0
7.5	Multidisciplinarité et cohérence référentielle	+	+	+	+	+	+	6
<b>Sous-total</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>20</b>
<b>8</b>	<b>Maîtrise d'outils cognitifs et de capacités génériques</b>							
8.1	Développement de mécanismes mentaux et d'outils cognitifs et de capacités cognitives complexes; acquisition et utilisation de la connaissance	+			+	+	+	4
8.2	Représentation mentale et monde symbolique			+	+	+	+	4
8.3	Alimenter le savoir de nouvelles connaissances	+	+	+	+	+	+	6
8.4	Développement de la créativité et de l'anticipation					+	+	3
8.5	Développer le raisonnement et l'analyse du discours sur l'action	+	+	+	+	+	+	5
<b>Sous-total</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>22</b>

Étude comparative : réponses fournies par chacun des six chercheurs aux dix catégories de facteurs de réussite de la FCPR du CISH

Catégorie de facteur	Chercheur	Daval	Schön	Saint-Arnaud	Kolb	Malg-laive	Honoré	Total
<b>9 Les dispositifs andragogiques</b>								
9.1 Dispositifs andragogiques souples et multiformes articulant la formation à la vie de l'entreprise				+	+	+		3
9.2 Conception et mise au point d'outils andragogiques appropriés à l'andragogie de la situation			+	+			+	3
9.3 Conception et mise au point d'outils andragogiques qui font participer et responsabilisent l'adulte en formation			+	+			+	3
<b>Sous-total</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
<b>10 La contextualisation de l'apprentissage</b>								
10.1 Situation complexe et incertaine			+	+	+	+		4
10.2 Capacité de réaction et d'adaptation à l'environnement	+		+	+	+		+	5
10.3 Situation (de formation et de travail) angoissante	+		+	+	+	+	+	6
10.4 Analyse de la situation	+		+	+	+	+	+	6
<b>Sous-total</b>		<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>33</b>	<b>155</b>
<b>Total si tous les facteurs sont touchés</b>		<b>42</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>252</b>
<b>POURCENTAGE OBTENU</b>		<b>57,14</b>	<b>54,76</b>	<b>57,14%</b>	<b>57,14%</b>	<b>64,28%</b>	<b>78,57%</b>	<b>61,51</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>					<b>%</b>

## ANNEXE II : Guide de conversation réflexive

### *Premier temps de la conversation*

1. Avez-vous des questions ?
2. Quelles sont vos réactions d'ensemble ?
3. Quel est votre avis sur le nouveau rôle du CISH et le contexte d'exercice professionnel et de formation continue, tels que présentés ?
4. Quel est votre avis sur les treize dimensions et les six sous-systèmes de notre proposition de modèle de FCPR du CISH ?
  - + la pertinence de chacune des dimensions ?
  - + l'exhaustivité de la liste des dimensions ? Faut-il ajouter ou retrancher des dimensions à la liste ?
  - + Quelles sont vos autres propositions ?

### *Deuxième temps de la conversation*

1. Avez-vous des questions ?
2. Quelles sont vos réactions d'ensemble ?
3. Le modèle est-il pertinent ? Comment le rendre plus pertinent ?
4. Le modèle est-il centré sur le CISH en situation de pratique ? Comment le rendre plus centré ?
5. Le modèle est-il ouvert sur le contexte de formation continue, hospitalier et social ? Comment le rendre plus ouvert ?
6. Le modèle est-il dynamique ? Comment le rendre plus dynamique ?
7. Une action de FCPR basée sur le modèle est-elle faisable ? Comment améliorer la faisabilité du modèle ?
8. Avez-vous d'autres questions à soulever en rapport avec le modèle ou la FCPR du CISH ?

### ANNEXE III: Validation de l'animation de la conversation réflexive

A. Grille de validation de l'animation du premier moment de la conversation réflexive sur le rôle, le contexte et les réactions d'ensemble à propos du modèle

Élément de l'exposé	CISH (HL)*	CISH (HM)	Formateur et cadre (HL)	Formateur et cadre (HM)
1. présentation moi/juge/participants	+ **	+	+	+
2. présentation du plan / sujet	+	+	+	+
3. description du contexte hospitalier et social	++	++	++	++
4. description de la situation de pratique du CISH	++	++	++	+
5. problème de passage de rôle du CISH	++	++	++	+
6. description du contexte de FCPR	++	++	++	+
7. explication du concept de PR	+	++	++	+
8. explication du pourquoi du choix du modèle de FCPR	+	++	++	+
9. vulgarisation du discours	++	++	++	++
10. reformulation	++	++	++	++

Légende: (\*) : (HL) = hôpital HL; (HM) = hôpital HM

(\*\*) : cotation: 1. (++) : élément abordé plusieurs fois par l'animateur, parfois en réponse à une question de participant; 2. (+): élément abordé moins souvent; 3. (0): élément non abordé

B. Grille de validation du second moment de la conversation réflexive sur les sous-systèmes et les dimensions du modèle

Sous-système	dimension	CISH (HL)*	CISH (HM)	Formateur et cadre (HL)	Formateur et cadre (HM)
praxéologique	A. mise en question de la pratique	+ **	++	++	++
	B. accompagnement à la FCPR	+	+	++	++
cognitif	A. maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs	+	+	++	++
	B. formalisation des savoirs	+	++	+	++
andragogique	A. articulation pratique-théorie-formation-recherche	++	++	++	++
	B. dispositifs andragogiques	++	+	++	++
	C. contextualisation de l'apprentissage	+	++	+	++
psychosocial	A. construction de l'identité socioprofessionnelle	++	++	++	++
	B. formation en collectif de travail et apprentissage en groupe	++	++	++	+
sociologique	A. ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture	++	++	+	+
	B. accompagnement du changement	++	++	+	+
politique	A. articulation de la FCPR au projet d'hôpital	++	++	+	+
	B. pilotage de la mise en oeuvre et du suivi	0	+	++	++
autres sujets	Interactions entre dimensions, sous-systèmes	++	++	++	++
	Approche interdisciplinaire	++	++	++	++

Légende: (\*) (HL) = hôpital HL; (HM) = hôpital HM

(\*\*): cotation: 1. (++): élément abordé plusieurs fois par l'animateur, parfois en réponse à une question de participant; 2. (+): élément abordé moins souvent; 3. (0): élément non abordé

*C. Grille de validation de la conversation réflexive sur les qualités du modèle et la faisabilité d'une action de FCPR*

Qualité du modèle/ faisabilité	CISH (HL)	CISH (HM)	Formateur et cadre (HL)	Formateur et cadre (HM)
Pertinence	++	++	++	++
Centration sur le CISH en situation de pratique	+	++	++	+
Ouverture sur le contexte	+	0	+	+
Dynamique	0	0	+	+
Faisabilité d'une action de FCPR	+	++	++	++

*D. Observations d'analyse des trois grilles*

Nous relevons à la lecture de la grille C de validation de la première partie de l'exposé que des onze éléments de la grille six ont été touchés de façon similaire dans les quatre groupes. Les différences ont intéressé cinq éléments, le quatre (description de la situation de pratique du CISH), le cinq (problématique du changement de rôle du CISH), six (description du contexte de FCPR), le sept (explication du concept de pratique réflexive) et l'élément huit (explication du pourquoi du choix du modèle). Dans la deuxième partie de l'exposé, qui a porté sur les sous-systèmes et leurs dimensions, nous observons que la variabilité de degré d'abord des éléments est plus importante. Elle l'est selon le profil du groupe surtout, CISH ou cadres et formateurs. Par exemple, les dimensions dix (ouverture à de nouvelles valeurs, éthique et culture), onze (accompagnement du changement) et douze (articulation du projet d'hôpital au projet de FCPR) sont plus souvent abordés par les CISH que par les participants de l'autre profil. L'inverse est vrai pour les dimensions deux (accompagnement à la FCPR) et treize (pilotage de la mise en oeuvre et du suivi).

Nous observons enfin des variabilités dans l'abord des qualités associées au modèle et de sa faisabilité. Relativement aux qualités, nous trouvons que l'intérêt des participants des deux profils s'est surtout porté sur la pertinence du modèle et son ouverture sur le contexte. Les formateurs et les cadres ont plus discuté de la faisabilité du modèle que les CISH.

## Annexe IV: Le libellé du questionnaire

**Université de Montréal**  
Faculté des sciences de l'éducation  
Département de psychopédagogie-andragogie

**Objet: formation continue à la pratique réflexive de cadres intermédiaires soignants hospitaliers**

*Cher collègue,*  
*je réalise, sur recommandation du Centre national de formation pédagogique des cadres de la santé, une recherche doctorale sur la formation continue de cadres intermédiaires soignants hospitaliers (CISH = les surveillant-e-s) des Établissements publics de santé (EPS). La recherche porte sur la construction d'un modèle de formation continue à la pratique réflexive des CISH. Pour la confirmation externe du modèle, je procède à une enquête auprès de CISH, du personnel de la Direction des ressources humaines et de celle des soins. Je vous serais gré de bien vouloir répondre aux questions suivantes en cochant la réponse exacte. Je vous assure de la confidentialité de la recherche.*

Recevez mes remerciements  
Hachicha Sami  
Candidat au doctorat

### A ) Fiche d'identification

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Age \_\_\_\_\_ Sexe M F Ville \_\_\_\_\_  
EPS \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_  
Spécialité d'origine \_\_\_\_\_  
Fonction actuelle \_\_\_\_\_  
Années d'ancienneté dans la fonction \_\_\_\_\_  
Effectif du personnel de votre équipe:  
+ Infirmières \_\_\_\_\_  
+ aide - infirmier-e-s \_\_\_\_\_  
+ autres (préciser) \_\_\_\_\_  
Fonction antérieure \_\_\_\_\_  
Dernier diplôme obtenu \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

## B) Questions

1. Avez-vous bénéficié, au cours des trois dernières années, d'une formation. Cochez la réponse exacte

	<b>oui</b>	<b>non</b>
+ à la pratique réflexive	X	X
+ en management	X	X
+ technique	X	X
+ en informatique	X	X
+ en communication	X	X
+ en relations humaines	X	X
+ en animation de formation continue	X	X

2. Selon vous,

\* le rôle du CISH à l'EPS est

X très important      X important      X peu important      X négligeable

\* la formation continue du CISH est

X très nécessaire      X nécessaire      X peu indiquée      X inutile

3. Désignez, par ordre d'importance, trois difficultés principales que rencontre, selon vous, le CISH dans l'exercice de ses fonctions à l'hôpital

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

4. Selon vous, la formation continue de CISH devrait être organisée

- a)    X à l'hôpital  
       X en institution de formation  
       X en alternance en institution de formation et en hôpital
- b)    X pour les CISH seulement  
       X en intercatégoriel, CISH et autres cadres techniques et administratifs intermédiaires de l'hôpital
- c)    dans le cadre d'un projet global de formation continue de l'hôpital

X oui      X non

5. Selon vous, le service de documentation et des archives possède un fonds documentaire suffisant pour la formation continue de CISH

X oui      X non

6. selon vous, la formation continue de CISH devrait être sanctionnée

a) par un diplôme      X oui      X non

b) par une bonification matérielle

1. en argent      X oui      X non

2. en promotion de carrière      X oui      X non

3. autre (préciser): \_\_\_\_\_

7. Selon vous, le personnel d'encadrement (médecins, administratif, formateurs, etc.) de l'hôpital doit-il être associé à l'animation de la formation continue du CISH

X oui      X non

8. Si vous avez répondu par oui à la question sept, le personnel d'encadrement doit-il bénéficier au préalable d'une formation à l'accompagnement du CISH en formation continue

X oui      X non

9. Désignez, par ordre d'importance, trois thèmes selon vous prioritaires en formation continue de CISH de votre EPS

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

10. Quelles sont vos autres suggestions pour la formation continue du CISH ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Annexe V: Appréciation du modèle de FCPR, de ses qualités et de sa faisabilité**

**Annexe V a: Appréciation des sous-systèmes et des dimensions**

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Praxéologique	Nous sommes confrontés à travailler contre nos propres valeurs et à essayer de trouver un sens à ça, et c'est difficile. C'est peut-être là la recherche du sens, la recherche du lien (HLs); On ne trouve plus le sens de la pratique, je me demande on s'en va où là ? (HLs); Il est difficile de sortir des cadres établis et d'approfondir la réflexion sur la pratique (HLs); Réfléchir sur la pratique est difficile dans un milieu qui développe une culture de la culpabilité face à la productivité et devant la multitude des problèmes à régler d'urgence (HLs);	Le CISH est dans la logique du combattant, du soldat qui ne se pose pas de questions (HLs); Ça, c'est le <i>fun</i> si j'avais tout le temps pour réfléchir. Je suis pressée parce qu'on n'arrête pas de m'appeler (HLs); À quoi cela sert-il de se poser des questions ? Si c'est juste pour relever de petits cas, ça ne sert pas à grand-chose (HLs); On risque de se trouver biaisé, dérangé, parce que les réponses aux questions, tu peux être prise (HLs); Ça peut être dérangeant pour la direction d'en poser des questions (HLs);	Il faut vraiment se donner le temps et les moyens qui permettent ces réflexions là (HLs); Il faut permettre au CISH de se retrouver dans un environnement où il aura le temps de réfléchir à ce qu'il est, à ce qu'il va être, à sa formation (HLs);
Mise en la question de la pratique *	La réflexion aide à savoir pourquoi ça me dérange tellement d'entendre telle chose (HMc); La réflexion augmente la confiance en soi nécessaire pour être capable de dire oui à ça, non à ça (HMc);		Il faut leur donner le temps [pour réfléchir sur leur pratique], [...] et cesser de les bombarder par des milliers de demandes contradictoires (HMc).

*Légende: (\*): Le verbatim des formateurs et des cadres est reporté dans les cellules à la trame sombre*

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<u>Praxéologique</u> Accompagnement à la PR			Si on organisait plus de formation continue sur place, ça permettrait au chef de service de cheminer avec son équipe, de progresser ensemble (HMc);
Accompagnement à la PR	<p>Là, on est rendu à la mode du <i>coaching</i> là, on est des facilitateurs, des <i>coach</i> (HMc); L'accompagnement et le <i>coaching</i>, ce sont des thèmes a la mode depuis deux ans (HMc);</p> <p>Que ce soit en interne ou en externe, nous sommes sollicités par les CISH pour aider à résoudre un problème [ex. la gestion de conflits] (HLC).</p> <p>Là où mon attention est attirée beaucoup, c'est toute la question de l'accompagnement sur laquelle j'essaye de travailler ici pour supporter une démarche de formation-développement pour les gestionnaires (HLC);</p>	<p>On est limité [par le temps et par les la réduction de nos connaissances [...] et on peut apprendre même des théories, [...], mais le quotidien vient nous chercher (HMc);</p> <p>Il n'y a pas de modèle d'encadrement, on a perdu tous nos repères avec la réforme (HLC);</p> <p>Les formateurs et les cadres n'ont pas le temps (HLC),</p>	

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Cognitif Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs	Le système d'éducation n'est plus relié aux besoins des milieux de travail (HMc);		
Maîtrise et développement d'outils et de structures cognitifs	les CISH doivent comprendre la complexité des situations de pratique (HMc).	Il faut un pré-requis. Or, [...] niveau d'un bac infirmier, il n'y a pas de gestion, puis on n'est pas rendu à exiger une maîtrise pour le rôle de cadre intermédiaire (HMc).	
Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques	Il y a une dimension subjective qui influence sur la façon de voir ou même de régler un problème dans votre vie personnelle" (HMs); c'est d'ailleurs une idée qui n'existe pas présentement, ce lien de l'apprentissage puis de la connaissance (HMs);		
Induction de savoirs pratiques et formalisation de savoirs praxéologiques	À partir de l'apprentissage par l'expérience, on peut généraliser et aller chercher certaines grandes lignes, je l'ai vécu là, je l'ai quand même partagé aussi. Ce qui fait que ça résonne pour moi, le modèle qui, tantôt je vous suivais, j'étais capable de vous suivre à partir de mon expérience aussi (HMc);		Si on développe des gens et ils deviennent des modèles, après ça on espère que ça fait bouler de neige auprès des autres (HMs);

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<p>Andragogique</p> <p>Articulation pratique-théorie-formation-recherche</p>	<p>Les gens ont une formation pour une utilisation, une problématique (HLs); Ce n'est pas tout le monde qui sont capables, qui ont des aptitudes à faire de la recherche, à aller à la bibliothèque (HMs);</p>	<p>Il faut quand même dire que le milieu hospitalier, il est majoritairement occupé par des femmes, qui ont un double emploi. Alors, il y en a beaucoup qui ont peu de disponibilité en dehors de leurs heures de travail. Il y a quelques-unes qui ont, disons, cette curiosité intellectuelle (HMs);</p>	<p>On peut par exemple prendre un sujet près de nos problèmes, qu'il soit concentré et qu'on travaille tous sur une chose (HMs);</p>
<p>Articulation pratique-théorie-formation-recherche</p>	<p>Dans les cours de développement (...) où les échanges qu'on a pu avoir [...] justement c'est très relié à leur pratique, mais ça leur permet de réfléchir et leur pratique et source d'enseignement pour eux (HLc); Le fait d'échanger avec leurs collègues leur apporte, multiplie dans le fonds les effets de l'interaction entre la théorie et la pratique, entre leur pratique et les éléments théoriques, j'allais dire qui s'en dégagent, et il y a aussi des éléments qui en ressortent là, de réflexion et sur lesquels ils peuvent peut-être faire certains constats, des liens entre tout ça (HLc); En tant que professionnel, chacun a un peu sa responsabilité d'aller lire les recherches, de les revues, de s'inscrire à des ateliers, de faire un deuxième cycle. Puis ça là, des fois les gens ont tendance à attendre qu'on leur donne, la mentalité de ne pas chercher (HLc);</p>	<p>En raison de la formation diluée et parce que ce n'est pas toute l'équipe de soins qui reçoit la formation en même temps, il est difficile de faire un suivi ou de l'application intégrée (HLc); Les gens n'ont pas la mentalité de se dire eh bah, moi, j'ai cette faiblesse-là, je vais aller fouiller, je vais aller chercher, je vais aller me documenter (HLc);</p>	<p>Il faut aussi une formation minimale en gestion [surtout] que la formation de base est déficiente (HMc); Il faut chercher de quel niveau, de quel contenu doit être la formation (HMc);</p>

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<p>Socio-existentiel</p> <p>Construction de l'identité socioprofessionnelle</p>	<p>On se sent de plus en plus isolés, répartis dans plusieurs endroits, et on n'a pas de contacts avec les cadres de même profil (HLs);</p> <p>Je trouve que votre approche est globale et interdisciplinaire, c'est bien (HLs);</p> <p>Si on pouvait rendre des cours avec nos conseillers [...] Ça nous permet de nous découvrir sous un autre angle, dans lequel ils ne nous connaissent pas. Ça serait absolument merveilleux (HMs);</p> <p>En plus de devoir travailler sur le côté relationnel, humain, de gestion des conflits, le CISH doit développer le professionnalisme; de toute façon on le retrouve un peu, là, c'est une de vos dimensions (HMs);</p>	<p>Vous savez, on n'a jamais entendu parler autant qu'il fallait prendre soin de soi, des collègues, sauf que là, c'est rendu aux heures de souper. Mais c'est toujours la dichotomie, là (HLs);</p> <p>Alors, l'identité professionnelle, c'est difficile (HLs);</p> <p>Nous ne sommes pas vus comme une personne réfléchie et qui avons quelque chose à dire et qui a de la valeur" (HLs);</p> <p>C'est si difficile ce qu'on vit présentement, c'est parce qu'un lien dans les valeurs là, je n'en trouve pas (HLs);</p> <p>On va contre ce qui nous a été enseigné, contre l'éthique professionnelle (HIs);</p> <p>Le CISH ne peut pas être expert dans tout (HMs);</p>	<p>On veut comprendre les enjeux politiques qui interfèrent dans le milieu de travail (HLs);</p> <p>Il faut développer plus le SS psychosocial, la dimension existentielle dans le modèle (HLs).</p>
<p>Construction de l'identité socioprofessionnelle</p>	<p>Il y a un problème [...] de précision des attentes à l'égard du CISH (HLc);</p> <p>Avec la réforme, les cadres soignants sont répartis dans plusieurs départements et dans plusieurs services, ils se perçoivent de plus en plus incomparables (HMc).</p> <p>Les gestionnaires des réseaux de santé d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes, pas juste au niveau des individus, mais au niveau de leur rôle (HLc);</p>	<p>Parfois les valeurs, on va préconiser verbalement les valeurs parce que l'on sait que c'est bien, on sait que c'est préconisé par les discours actuels de la société et où c'est que la société s'en va. Par contre, dans la pratique on observe des gestes qui sont contraires aux discours et ça, c'est sûr que c'est très difficile à vivre. C'est ça, tu es toujours en fâcheuse position (HMc).</p> <p>Sauf que quand je regarde la PR que vous nous avancez en formation continue, je n'y retrouve pas de formation en management (HMc);</p>	<p>Il faut avoir une vision infirmière [...] à travers une partie de formation de deuxième cycle en soins infirmiers si on veut que le CISH aide à cheminer les infirmières (HMc);</p> <p>Il faut que la formation aide à connaître les raisons de cette dichotomie de la direction de l'hôpital (HMc);</p>

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<p><u>Socio-existentiel</u></p> <p>Formation collective et apprentissage en groupe</p>	<p>Ce que je trouve d'emballant au niveau de votre projet, c'est que vous le ciblez au niveau de notre équipe. Ça je trouve que c'est très important, très important (HMs);</p> <p>Ce modèle la permettrait que les gens soient à la même vision, ce qui fait que c'est dans le même sens (HMs);</p> <p>Si tout le monde dans votre équipe avait toute la gestion du stress, vous pourriez avoir comme un retour, un suivi (HMs);</p> <p>Que chaque équipe choisisse le cas, parfois que l'on soit ensemble, parfois que ça soit distinct, parce que les cadres aussi, ils peuvent avoir des besoins (HMs);</p>	<p>Il est difficile d'entraîner l'équipe de soins (HMs);</p> <p>On n'a pas tous les mêmes besoins (HMs);</p> <p>Il faut que l'administration nous fournisse des occasions et des moyens pour mettre en application ce que l'on voit, [...] développer ça dans notre équipe. Mais avec la surcharge de travail (HMs);</p> <p>On n'a plus le temps de se rencontrer comme avant pour partager les problèmes de l'infirmière en chef [...] mais on aimerait bien qu'on le fasse (HLs);</p>	<p>Que ça soit un projet d'équipe et que toute l'équipe du département prenne un cours, peut-être en deux ou trois étapes mais que ce soit toujours le même sujet et qui soit travaillé ensemble, de telle manière que l'on aurait vraiment un résultat probablement très concret là (HMs);</p> <p>Il faut une formule organisationnelle mixte en FCPR, à la fois personnalisée et pour tout le groupe (HMc);</p>
<p>Formation collective et apprentissage en groupe</p>	<p>Votre modèle offre un apport supplémentaire [celui d'alterner des formations catégorielles, soit en groupe multidisciplinaires de CISE, avec de la formation en collectif de travail] puisqu'il est logique de former les gens sur la même unité, puis de faire un suivi par la suite, retourner voir ces gens-là sur l'unité (HMc);</p> <p>Le groupe peut faire en sorte que ça va aller plus vite. C'est sûr que si je suis toute seule, je vais prendre beaucoup plus de temps à réaliser tout ça puis à développer la confiance, à développer la capacité d'être quelqu'un de solide (HMc);</p>	<p>Les formations sont diluées et les groupes de formation sont le plus souvent hétérogènes (HLc);</p> <p>Le résultat [de formation en groupes hétérogènes] est qu'on ne parle pas (HLc);</p> <p>Parce toute l'équipe ne reçoit pas la même formation dans le même moment, il y a de la difficulté de faire un suivi ou de l'application intégrée (HLc);</p> <p>On ne peut pas donner des formations uniformes pour tout le monde à l'hôpital. Il y a des thèmes qui sont communs. Il reste qu'il y a aussi des spécificités (HLc);</p>	<p>Si les cadres intermédiaires vivent des situations très similaires d'un secteur d'activités à un autre, d'une direction à l'autre, mais il reste que quand on parle d'un cadre infirmier gestionnaire d'une situation de soins, il y a une réalité qui est attachée à l'unité de soins et qui fait que l'on ne peut pas nécessairement maîtriser ou uniformiser les formations à l'ensemble de l'hôpital là. Il y a une réalité des soins infirmiers (HLc);</p>

Sous-système / dimension	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<p><u>Politique</u></p> <p>articulation de la FCPR du CISH au projet de l'hôpital</p>	<p>La section de formation de l'hôpital nous a consulté pour voir ce qui est bon pour nous, quels sont les sujets qu'on aurait aimé qu'il y ait une formation, ce qu'on désirerait avoir. Je dis que c'est bon. On est peut-être au début. Mais en tout cas, c'est peut-être au début, mais c'est ce style de modèle-là (HMs).</p> <p>Il faut réussir à motiver les CISH, leur redonner confiance, arriver à une satisfaction (HMc);</p> <p>Nous on est très motivées, fin prêtes. Il faudrait qu'ils nous permettent d'en haut (HMs).</p>	<p>Nous autres, on ne sait pas qu'il y a un projet, mais une fois qu'il est fait, que la démarche à suivre elle est là, puis en quelque part c'est autre chose, c'est ça qu'il faut faire suivre (HLs)</p> <p>C'est ce que nous vivons ici. Ça [le projet de formation de l'hôpital] a été imposé Ça a été une loi, et ça a été la charge de travail des ressources humaines [...] Ils ouvrent leur beau projet et puis ils nous disent ne participez pas (HLs);</p> <p>La motivation pour la formation est faible (HMs);</p>	<p>Il y a la question du partage du pouvoir, parce que si tu fais une formation donnée sur la réalité et que vous ne parlez pas de ce cheminement de pouvoir (HLs);</p> <p>Il faut qu'on nous fasse participer à la définition de projets (HLs);</p> <p>Il faut en parler avec d'autres personnes, avec d'autres centres (HLs);</p>
<p>Articulation de la FCPR de CISH au projet d'hôpital</p>	<p>En recherchant la convergence des points de vue, la convergence de projets, individuels et d'équipe on peut rapprocher les logiques présentes à l'hôpital (HMc);</p> <p>Il faut savoir c'est quoi les attentes qu'on a envers ce cadre, mais il peut y avoir des attentes particulières aussi, et à ce moment là on va personnaliser la formation continue (HMc);</p> <p>Quand vous arrivez dans le pratico-pratique là, il se doit être intégré à des résultats (HMc);</p>		<p>Il faut profiter de l'opportunité offerte par la situation pour asseoir tout ça [la FCPR et la fusion des hôpitaux] sur un nouveau projet, sur des valeurs aussi.</p> <p>Il faudrait que ça ne soit pas les valeurs actuelles (HMc);</p> <p>Il faut montrer que c'est productif, étant donné qu'on demande à des gens des résultats, ça peut être lié à ça (HMc);</p>

Sous-système / dimension.	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration.
<u>Politique</u> Pilotage de la mise en oeuvre et du suivi	Prendre quinze infirmières pour tout l'hôpital pendant une période de temps. De dire cette année on prend tel soin puis on donne une formation (HMs); Si on amène de nouveaux concepts théoriques, des changements de façon de faire, les gens sont déstabilisés (HLs).	Parce que nous sommes dans l'instabilité maintenant (HLs). Il faut d'abord que les structures existent avant de pouvoir faire une intégration finalement [de la formation] (HMc);	Il y a une urgence de construire une structure (HMc) Il faut créer une structure qui va appuyer la démarche d'intégration (HMc),
<u>Politique</u> Mise en oeuvre et suivi	Cette structure apporte le soutien [...] comme par exemple actuellement on se retourne vers la coordinatrice de la formation (HLc), Il faut le [le modèle] présenter en montrant qu'est-ce que ça pourrait donner, à quoi ça pourrait s'accrocher (HLc).	Pour que ça ne soit pas comme présentement, c'est éclaté effectivement (HMc); Ce qui rend entre autres difficile de faire un suivi (HLc).	Il faut que la structure soit redevante de résultats (HLc).

## Annexe V b: Appréciation des qualités associées au modèle de FCPR

Qualité	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Pertinence	<p>Dans ce qui devrait être donné, c'est honnête, là. Vous avez le questionnement en général (HLs);</p> <p>Votre modèle vise le développement de la capacité de réfléchir (HMs);</p> <p>Votre proposition, elle est complète (HMs);</p> <p>Ça permet vraiment d'identifier sur quoi on va étudier là (HLc);</p> <p>C'est très aidant de s'appuyer sur ces dimensions (de la proposition de modèle) pour penser à faire de la formation continue, et le besoin il est plus là (HMc);</p> <p>Ça me paraît très plein, très efficace par rapport à des formations plus traditionnelles (HLc);</p> <p>La proposition est indiquée dans un processus de changement qui dit: bon, pour x temps, on pourra changer, on tire des cartes, on fait quelque chose différemment, et se questionner à tous les jours (HLs);</p> <p>Je pense que tout à l'heure tu te voyais dans le contexte parce que tu te voyais déjà avec tes cours d'EPBS (HLc);</p>	<p>Parce que le reconnaître, ce serait accepter d'avoir à accorder du temps pour ça [la PR] (HLs);</p>	<p>Il faut prendre en considération le manque de temps (HLs);</p>
pertinence			<p>Il faut que ça soit pratique, car ce sont des gens qui vont appliquer des choses, puis on veut les aider à vivre ça (HLc).</p> <p>Le modèle peut constituer à la fois un outil utile pour le formateur et pour des personnes qui peuvent à un moment donné coordonner, ou à avoir à utiliser des modèles, là, sans les développer (HMc);</p> <p>On peut améliorer encore ce côté innovateur si on intègre au contenu de la des thèmes qui portent sur les techniques et les tendances nouvelle (HLc).</p>

Qualité	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
<p>Centration sur le CISH en situation de pratique</p>	<p>C'est notre vécu (HMs); Le modèle évoque la nécessité de la participation des CISH dans la définition des projets et des politiques de l'hôpital (HLs); La proposition est adaptée à la situation (HMs); C'est pour toute l'équipe (HMs). Vu sous cet angle là [du modèle], je ne peux pas dire que ça sera insatisfait pour quelqu'un (HMs);</p>		<p>Le CISH, ça prend une formation continue bien pointue (HMs);</p>
<p>Centration sur le CISH en situation de pratique</p>	<p>Que les actions de formation aient lieu là où l'action, elle se passe (HLc); Puisque c'est l'unité de production qui est vitale (HLc); Ça. moi je trouve bien. C'est bon d'avoir les deux [une formation individualisée et une formation en équipe] (HLc);</p>	<p>Il y a beaucoup de travail encore à faire encore à ce niveau là (HLc);</p>	<p>Il faut défendre en tant que gestionnaire que, pour rentabiliser les actions de formation, elles aient lieu là où l'action elle se passe (HLc);</p>

Qualité	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Ouverture sur le contexte	<p>Parce que ça doit évoluer avec le contexte. C'est certain qu'à un moment donné, présentement les chefs d'unité, peut-être, on prend l'exemple de gestion de stress, mais l'an prochain ça sera d'autres choses, que les besoins pour la formation continue s'adaptent à l'environnement, puis les choses de l'environnement interne puis de l'environnement externe pour pouvoir être capables de faire le mieux qu'on peut (HMs);</p>	<p>La situation à l'hôpital est éclatée effectivement (HMc); Politiquement, chaque hôpital aura à défendre sa place (HLs); La direction, est soucieuse de résultats surtout (HLs);</p>	<p>Il faut permettre au CISH de se retrouver dans un environnement où il aura le temps de réfléchir à ce qu'il est, à ce qu'il va être, à sa formation (HLs); Il ne faut pas que la liste de vos dimensions soit trop longue (HMs);</p>
Ouverture sur le contexte	<p>Dans le cas de la contextualisation il y a ceci, le plus près où ça se passe (HMc); Ça résonne pour moi, le modèle qui, tantôt je vous suivais, j'étais capable de vous suivre à partir de mon expérience aussi (HMc); Le peu de formation qu'on a eu, c'est un genre de formation comme ça [...], c'est ce style de modèle là (HLs); Parce que ça doit évoluer avec le contexte. C'est certain qu'à un moment donné, présentement les chefs d'unité, peut-être, on prend l'exemple de gestion de stress, mais l'an prochain ça sera d'autres choses, que les besoins pour la formation continue s'adaptent à l'environnement (HMs);</p>	<p>D'ailleurs quand j'ai lu le document, ça me chicotait parce que l'on mettait beaucoup l'accent sur la formation continue et puis à l'intérieur de l'hôpital (HLC); La proposition ne considère pas la culture de l'hôpital, par exemple s'il est anglophone ou francophone (HIs); Dans le moment à l'hôpital ça ne correspond aux valeurs qui sont préconisées dans votre modèle [...]; c'est quasiment à l'opposé (HMc);</p>	<p>Pour que la formation soit intégrée, il faut que le modèle soit très, pour que les gens m'écoutent et pour que les gens veulent bien penser qu'un des sous-systèmes du projet, c'était la formation. Il fallait que ça soit comme, que ça ne soit pas très compliqué pour eux autres. Donnes-moi le résultat, ne sois pas compliqué, donne-moi le comment (HLc); Il faut convaincre les gens à la formation et au temps (HMs);</p>

Qualité	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Économique**	<p>Moi, je pense que le <i>hic</i> de votre projet là, c'est qu'il faut que ça soit vendable, au niveau des hautes instances, en disant voici une nouvelle conception de la formation, qui est justement des formations ciblées, par équipe. Ça, c'est original comme idée qui est pratiquement très vendable (HMs);</p> <p>Il faut leur dire que les gains devraient être suffisants pour que, finalement ça ne coûte pas cher [...] et, si on veut être productif, on va y gagner (HMs);</p>	<p>À cause de la situation de pratique actuelle, politiquement, chaque hôpital aura à défendre sa place, et que tout est centré sur le rendement (HLs);</p>	<p>On peut leur proposer une reventilation des budgets alloués au développement des ressources humaines (HMs);</p> <p>Il y a des moyens dans les départements qui peuvent être utilisés et, avec la nouvelle loi du 1 % pour la formation continue (HMs);</p>
Économique	<p>Il faut vendre le modèle en mettant en exergue ses incidences sur l'efficacité de la pratique et les impacts attendus, notamment sur la qualité des soins (HMc);</p>	<p>Au niveau de ces approches là [telle celle prônée par la proposition de modèle], on pourrait en termes très concrets, très terre à terre passer tout le mince budget de formation continue pour les cadres, juste les tenir à jour dans ces modes là (HLC).</p>	<p>Il faut pouvoir libérer les gens pour qu'ils puissent y adhérer [...] et que ça ne devienne pas quelque chose en surplus de leur travail, qu'on leur donne la possibilité à l'intérieur de leur cadre de travail, ça sera très stimulant (HMs).</p>

Légende. (\*\*): les participants ont suggéré d'ajouter la qualité économie du modèle.

### Annexe V c: Appréciation de la faisabilité du modèle

Qualité	appréciation favorable	appréciation défavorable / contrainte	proposition d'amélioration
Faisabilité	<p>Si on veut que ces modèles là pouvaient s'implanter dans nos réalités [...] il y a comme un cheminement à faire pour amener ça dans un modèle utilisable, avec des expériences qu'on pourrait faire, des façons de faire (HLC);</p> <p>On peut prendre un sujet et qu'on travaille tous sur une chose (HMs);</p>	<p>Nous, on s'en aille pas comme ça, puis c'est pas fait comme ça (HMs).</p> <p>Le modèle est faisable avec des conditions (HMs).</p> <p>Il faut qu'ils (les responsables) adhèrent à ça, qu'ils conviennent que ça fait partie intégrante de la formation continue (HMs);</p> <p>Il faut qu'ils nous permettent de le faire d'en haut" (HMs);</p>	<p>On peut prendre quinze infirmières pour tout l'hôpital pendant une période de temps.</p> <p>Dire cette année on prend tel et tel soin puis on donne une formation, ce peut être eux, ils ont besoin de l'approche aux mourants, tu sais, l'unité d'en haut (HLS);</p>
Faisabilité	<p>Est-ce qu'il est applicable ici à l'hôpital ?</p> <p>Si. Dans sa conception, on retrouve des éléments du contexte hospitalier, ici à l'hôpital. Il y a des références au contexte (HMc);</p> <p>Oui. Je le [le modèle] vois très bien. dans le contexte de l'hôpital pour les cadres soignants, pour les infirmières, pour les gens qui travaillent auprès de personnes (HMc);</p> <p>En tout cas, pour ma part je l'ai [le modèle] situé au niveau de l'organisation et, au moment où on se parle, mais c'est quelque chose sur laquelle, c'est sûr on pourrait travailler dans un cadre de développement de la formation continue (HMc);</p> <p>Puis. Et je me prends à rêver que si on avait des moyens pour développer davantage une approche inspirée de ce modèle là, je serais très heureuse de pouvoir travailler à l'intérieur de ça. Bien que je me situe assez bien (HMc);</p> <p>je suis convaincue que le modèle serait très intéressant à éplucher, à essayer justement d'intégrer dans les pratiques hospitalières.</p> <p>Moi, ça m'intéresserait beaucoup (HMc);</p>	<p>Pour l'instant, en tout cas pour ma part, il est peut-être moins transférable ici actuellement. C'est pas que le besoin, il n'est pas là. Le besoin il est même plus là.</p> <p>Mais c'est un peu si je fais référence à la pyramide de Maslow, il faudrait assurer les besoins de base, tu sais. Après on commencera (HMc);</p> <p>Dans le moment, la réalité c'est les grosses structures quand même hiérarchiques [...] C'est quasiment à l'opposé (HMc);</p> <p>Tu sais là, admettons que je prends ce modèle là puis je pense à une autre institution (HMc);</p> <p>Ça ne s'insère pas, ça ne s'intègre pas à l'intérieur de ce genre de structure là, parce que la structure est à l'opposé des façons de faire (HMc);</p> <p>Moi, je pense que ce modèle là, il doit s'inscrire dans une structure qui va préconiser les mêmes valeurs ou les mêmes principes de formation continue (HMc);</p>	<p>On peut mettre en place un groupe de réflexion, des gens responsables de la formation interhospitalière (HMc);</p> <p>Il faut de la prudence et de la progressivité, bien que ça soit difficile de faire des expériences pilotes dans des services ou des unités, vu la prégnance de la tradition de formations éclatées, pour des raisons entre autres syndicales (HLC);</p> <p>Ça demande de la part des gens qui sont responsables de la formation toute une réflexion pour faire des liens justement entre ce modèle-ci [...] avec la pratique, avec le milieu, avec le moment politique, avec le niveau de l'état du dossier de formation des cadres (HMc);</p>

**Annexe VI: Données recueillies au moyen des réponses ouvertes du questionnaire, selon profil et d'après le site**

A. Point de vue du CISH sur les trois principales difficultés qu'il rencontre dans l'exercice de son rôle

Profil / site Difficultés principales	CISH de Montréal	CISH de Tunisie
Première série	Gestion des nombreux changements et des nouvelles structures organisationnelles; Manque d'autonomie et peu de reconnaissance; Communication à tous les paliers; Gestion du temps et du stress;	Manque de personnel; Manque de matériel et de locaux; Absence de motivation, d'encouragement et de reconnaissance; Nombre excessif de patients et manque de capacité hospitalière;
Deuxième série	Charge de travail lourde et en augmentation; Pas de formation à moyen terme au profit de formation courte et superficielle; Habilités de <i>leadership</i> ; Gestion des ressources humaines;	Manque d'information pour suivre les changements; Manque de formation continue du CISH et du personnel; Rôle polyvalent, profil de poste non précisé et surcharge de travail; Relations humaines et communication dans l'équipe; Manque d'autonomie et relations tendues avec les médecins et l'administration qui interfèrent dans le travail du CISH;
Troisième série	Manque d'autonomie; Instabilité qui est source d'insécurité; Position en sandwich entre les autorités et des employés démotivés; Planification et gestion budgétaire.	Négligence de certains personnels qui influe sur la qualité des soins; Coordination et communication entre les services; Problèmes techniques; Communication avec les visiteurs.

B. Point de vue du formateur et du cadre sur les trois principales difficultés que rencontre le CISH dans l'exercice de son rôle

Profil / site Difficultés principales	Formateurs et cadres de Montréal	Formateurs et cadres de Tunisie
Première série	Le CISH a de la difficulté à passer du rôle de professionnel clinique à celui de gestionnaire; Ne possède pas les habiletés nécessitées par les trois rôles de manager, de clinicien et de formateur ; Ne gère pas les priorités et manque de temps pour faire face à de très nombreuses demandes; Manque d'habiletés en communication;	Manque de précision de son rôle; Manque d'autonomie, a un champ d'action limité de par sa position professionnelle qui est coincée entre le pouvoir du chef de service et celui de l'administration; Absence de textes réglementaires clairs et faible développement des normes d'exercice du professionnel paramédical; Faible motivation et faible encouragement;
Deuxième série	Relations interpersonnelles, gestion de conflits et collaboration difficile entre le médecin et l'infirmier; Surcharge de travail et manque de temps et de ressources; Manque de soutien et de valorisation; Désorganisation des structures en raison des nombreux changements;	Formation de base insuffisante; Formation continue dévalorisée et rare; Manque de collaborateurs pour l'aider à mener une charge de travail importante, celle administrative surtout;
Troisième série	Beaucoup de pression et sentiment d'urgence; Demandes contradictoires et manque de sens et de clarté des consignes qu'il reçoit de la direction; Démotivation des employés; Pas de formation continue en clinique et en gestion.	Nombre insuffisant de CISH à l'hôpital; Manque d'habiletés en gestion des ressources humaines et en communication interpersonnelle

C. Thèmes prioritaires et suggestions pour la formation continue selon le CISH et d'après le site

Profil / site Thèmes	CISH de Montréal	CISH de Tunisie
Première série	Nouvelles pratiques de gestion en période de changement; Gestion du personnel; Communication; Animation de groupes; Animation de groupes interdisciplinaires; Motivation du personnel; Relations humaines et résolution de conflits de personnel; Outils de communication;	Gestion du personnel, des conflits de personnel et des problèmes de communication interpersonnelle Rôle et prérogatives du CISH; Formation en informatique; Gestion du budget et gestion des médicaments;
Deuxième série	Animation de groupes interdisciplinaires; Motivation du personnel; Relations humaines et résolution de conflits de personnel; Outils de communication;	Nouveautés techniques et scientifiques; Informatique et statistique; Gestion du personnel; Communication et relations interpersonnelles; Supervision du personnel et travail en équipe;
Troisième série	Outils de gestion participative des changements; Gestion des conflits de personnel; Outils de communication; Animation de la formation continue.	Communication et relation avec l'administration; Relations humaines et gestion du personnel; Accueil et communication avec les malades; Qualité des soins.
Suggestions	Thèmes: développement personnel, gestion du stress, habilités de <i>leadership</i> , nouvelles pratiques de gestion et animation de groupes multidisciplinaires; Gestion de la convention collective; Impliquer le médecin dans la formation continue pour que tout le monde ait le même langage; Fournir des publications et des recherches récentes;	Valider, certifier et encadrer légalement la formation continue en lien avec l'évolution de carrière du CISH; Planifier à moyen terme la formation avec la participation du CISH, et s'assurer de son suivi; Former tout le personnel dont l'encadrement; Multiplier les formules organisationnelles de formation; Créer un fonds pour la formation et une revue professionnelle.

D. Thèmes prioritaires et suggestions pour la formation continue selon le formateur et le cadre et d'après le site

Profil / site Thèmes	Formateurs et cadres de Montréal	Formateurs et cadres de Tunisie
Première série	Gestion des ressources humaines, des relations humaines et des conflits de personnel; Communication interdisciplinaire; Rôles du CISH et quête de sens; Gestion de la qualité;	Management et animation de l'équipe de soins; Qualité des soins et nouvelles techniques; Communication et relations humaines; Motivation du personnel;
Deuxième série	Maîtrise des outils de bureautique et d'informatique; Mobilisation des équipes de travail et du personnel; Gestion de la résistance au changement; Prendre soin de soi;	Supervision et formation du personnel; Animation du groupe; Communication, relations humaines et gestion des conflits de personnel; Nouvelles techniques et introduction des changements;
Troisième série	Formation clinique, pratiques infirmières et médicales; Animation de l'équipe; Relations interpersonnelles et <i>entrepreneurship</i> ; Activités de ressourcement personnel.	Gestion des soins infirmiers et de la qualité des soins; Communication et relations humaines soignant-soigné; Nouveautés et recherches; Évaluation de la qualité des soins.
Suggestions	Formation universitaire de deuxième cycle du CISH; Savoir déléguer et travailler en équipe; Formation continue avec des moyens variés et axée sur le développement personnel et l'autonomie, la philosophie, l'éthique, le <i>coaching</i> de l'équipe, et la formation clinique par le centre hospitalier; Instaurer des communications efficaces et informatiser les services; Instaurer des principes de négociation.	Reconnaitre, valider et encadrer légalement et financièrement la formation continue; Impliquer les décideurs et les médecins et favoriser la participation du CISH, pour répondre à ses attentes; Opter pour la solution des problèmes de l'unité des soins et pour des thèmes de psychologie, de motivation et d'identification des dysfonctionnements; Enrichir en documents actualisés la bibliothèque;