

Pour citer cet article : Hédacq, P., & Broussal, D. (2021). La référentialisation et l'ingénierie de formation : le cas d'une Recherche-Intervention pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. *La Revue L'EeE*, 4. <https://doi.org/10.48325/rleee.004.02>

LA RÉFÉRENTIALISATION ET L'INGÉNIERIE DE FORMATION

*Le cas d'une Recherche-Intervention pour la sécurisation de la
prise en charge médicamenteuse du patient*

Pauline HÉDACQ, Dominique BROUSSAL

Version de la publication : octobre 2021

Évaluation ouverte et collaborative

Rétroacteur-rices : Sophia BOUDJEMA & Julien DELRIEU

Résumé

Cette contribution rend compte d'une **Recherche-Intervention** menée depuis 2018 au sein de l'équipe opérationnelle de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. Contractualisée en 2019, la commande de la RI s'appuie sur une demande de nos commanditaires « d'amélioration des dispositifs de formation » à destination des professionnel·les de santé mettant en œuvre la pratique professionnelle d'administration médicamenteuse. Dans cette situation d'ingénierie de formation, deux groupes pluridisciplinaires expérimentent la démarche de référentialisation (Figari & Remaud, 2014), pour co-construire respectivement une formation à destination des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants du CHU (infirmier·es, sages-femmes, puériculteur·rices) et une procédure de rangement des armoires à pharmacies. L'analyse que nous proposons s'intéresse à la dimension participative, commune à la référentialisation et à la Recherche-Intervention, au travers de l'engagement des acteurs dans ce projet. La discussion s'ouvre sur la question de l'émancipation des acteurs qui constitue une visée de la Recherche-Intervention en proposant une « modélisation » de la démarche de référentialisation mobilisée dans un contexte de démarche de Recherche-Intervention.

Mots-clés : Ingénierie de formation, référentialisation, participation, engagement, émancipation

Abstract

This contribution reports on a Research-Intervention conducted since 2018 within the operational team of the Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) of the Centre Hospitalier Universitaire (CHU) of Toulouse. Contracted in 2019, the RI order is based on a request from our sponsors "to improve training devices" for health professionals implementing the professional practice of drug administration.

In this training engineering situation, two multidisciplinary groups are experimenting with the referentialization approach (Figari & Remaud, 2014), in order to co-construct, respectively, a training course for newcomers to the university hospital (nurses, midwives, nursery nurses) and a procedure for tidying up pharmacy cupboards. The analysis we propose focuses on the participatory dimension, common to referentialization and Research-Intervention, through the involvement of the actors in this project. The discussion opens with the emancipation of the actors, which is one of the aims of Research-Intervention, by proposing a "model" of the referentialization approach mobilized in the context of a Research-Intervention approach

Keywords: Training engineering, referentialization, participation, commitment, emancipation

1. Introduction

Depuis 2009, avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) qui a favorisé la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) et la réingénierie du diplôme infirmier-es (2009), la notion de compétences s'est largement développée au sein des établissements de santé. Les infirmier-es sont « poussé-es » à se former, à apprendre, à mettre à jour leurs connaissances, à développer leurs compétences pour faire face à de nouvelles situations de soins liées à une médecine en pleine évolution et qui tend à se moderniser continûment. Aujourd'hui, « soigner », devient savoir « s'adapter », être « polyvalent » tout en devenant « expert » dans sa spécialité. Des compétences de haut niveau sont attendues, tant de la part de l'institution que de la part des usagers. Ainsi, la formation des professionnel·les de santé et en particulier la formation continue est au centre des préoccupations des établissements de santé visant « l'excellence des soins ».

Ce texte rend compte d'une Recherche-Intervention (désormais RI) que nous conduisons depuis octobre 2018, au sein de l'équipe opérationnelle de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMéDiMS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. Notre RI se déroule dans le cadre d'une thèse¹ rattachée à l'école doctorale Comportement, Langage, Éducation, Socialisation et Cognition (CLESCO) et plus particulièrement au sein de l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs (UMR EFTS).

L'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS est responsable de la mise en place de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir, auprès des professionnel·les de santé, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la Prise en Charge Médicamenteuse du Patient (PECM). Lors de nos premiers échanges, la demande formulée par nos commanditaires reposait sur « l'amélioration des dispositifs de formation » visant plus particulièrement « l'appropriation du savoir » par les professionnel·les de santé en charge d'une pratique professionnelle : l'administration médicamenteuse. Cette demande est centrée sur un changement recherché : quels dispositifs de formation ou de diffusion du savoir les commanditaires doivent-ils mettre en place, pour agir sur les pratiques des professionnel·les ?

¹ Le titre provisoire de la thèse est : « Co-construire des savoirs en ingénierie de formation : de la référentialisation à l'émancipation. Le cas des professionnels de santé et de la prise en charge médicamenteuse du patient » sous la direction de Dominique Broussal, Professeur des universités en Sciences de l'Éducation et de la Formation, Université Toulouse Jean Jaurès, UMR EFTS et Blandine Juillard-Condat, Maître de Conférences et praticienne hospitalière au CHU de Toulouse, Université Toulouse III, UMR Épidémiologie et analyse en santé publique : Risques, maladies chroniques et handicaps.



L'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail, Savoirs (UMR EFTS), accompagne notamment, au travers de la mise en place de Recherche-Intervention, des changements dans les organisations, dans la mise en œuvre du travail et dans les dispositifs éducatifs. Nous avons ainsi contractualisé, en 2019, avec l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS, une RI dont la commande porte sur « la co-construction de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir à destination des professionnel·les de santé et plus particulièrement les infirmier·es en charge de l'administration médicamenteuse ».

Cette contribution témoigne de l'accompagnement de deux groupes de travail pluridisciplinaires, dans une situation d'ingénierie de formation (Ardouin, 2017). Le premier groupe doit construire un dispositif de formation à destination des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants du CHU, pour sécuriser la pratique professionnelle d'administration médicamenteuse. Le deuxième groupe se concentre sur une procédure de gestion et de rangement des armoires à pharmacie. Nous avons proposé aux deux groupes d'expérimenter la démarche de **référentialisation**, telle qu'elle est conceptualisée par Figari et Remaud (2014), et Mayen (2014), pour co-construire les différents dispositifs. Les acteur·rices engagé·es dans cette démarche identifient et interrogent dans les quatre étapes suivantes : analyser, concevoir, réaliser et évaluer (Ardouin, 2017), les dimensions importantes pour l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS et pour les professionnel·les de santé.

Nous décrirons successivement dans cette contribution, la demande de formation dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e, en développant, la démarche qualité et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e et en décrivant les acteur·rices concerné·es. Puis, l'évaluation de cette ingénierie de formation, en décrivant le modèle choisi par les groupes de travail. Enfin, nous présenterons les premières analyses de cette enquête évaluative, qui nous permettent de proposer une « modélisation » de la référentialisation contextualisée dans une démarche de RI. Les trois notions suivantes seront développées :

- L'engagement des acteur·rices dans l'enquête évaluative au sens de Dewey (1967) ;
- La dimension participative commune à la démarche de référentialisation et à la démarche de Recherche-Intervention
- La dimension émancipatrice, cette dernière étant une des visées fondatrices de la RI dans sa conceptualisation à laquelle nous nous référons (Bedin, 2013 ; Broussal, 2015, 2016 ; Marcel, 2010, 2015, 2017).

2. L'ingénierie de formation : un environnement, une demande, des acteurs

Pour Ardouin « l'élaboration d'un projet de formation ne se réduit pas à la définition d'un contenu de stage et d'une pédagogie adaptée, mais nécessite de prendre en compte à la fois la situation des acteurs, la demande de l'organisation et son environnement. Il s'agit de mettre en œuvre une démarche effective qui tienne compte des différentes dimensions d'une situation » (2017, p.1). Nous nous sommes appuyés sur cette citation d'Ardouin pour interroger la demande des commanditaires, « d'amélioration des dispositifs de formation ». Ainsi, les deux groupes de travail sont pris dans un environnement, la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e au sein du CHU, ils doivent répondre à une



demande institutionnelle de « co-construire les dispositifs de formation » et enfin, ils réunissent des cadres de santé, infirmier·es, pharmacien·nes, médecins, ingénieur·e qualité et préparateur·rices en pharmacie avec pour chacun·es une vision de la situation et des objectifs différents à atteindre. L'analyse du contexte de notre recherche s'appuie sur le modèle de Stufflebeam (1980) qui met en relation un contexte (ici la PECM), une stratégie (co-construire des dispositifs de formation) et des produits (comportements et compétences des professionnel·les de santé).

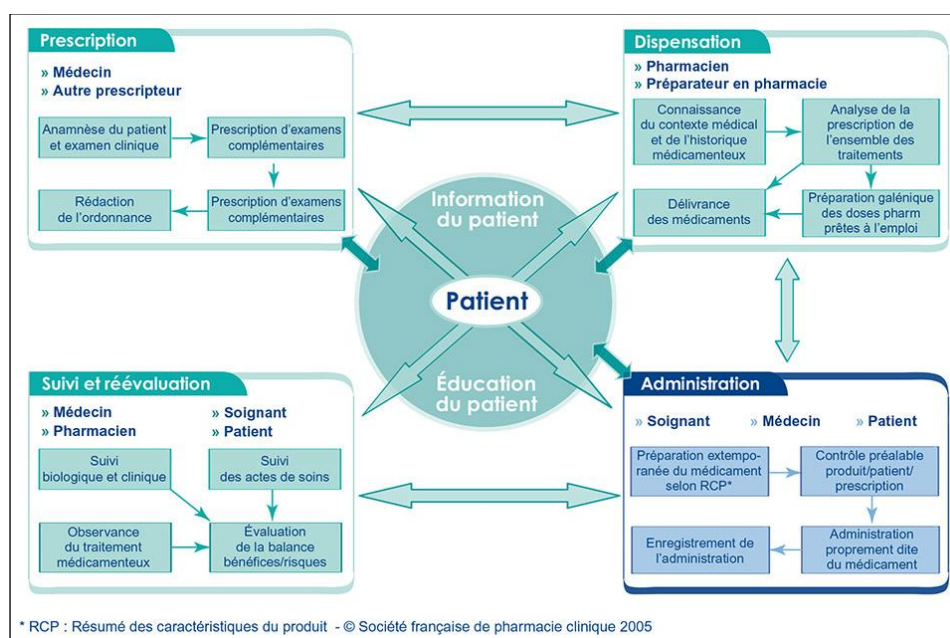
- Comment peuvent se rencontrer ces différent·es professionnel·les dans cette mission d'ingénierie de formation ?
- Comment modéliser un dispositif de formation ou de diffusion du savoir en tenant compte, à la fois des dimensions importantes pour l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS et des dimensions importantes pour les professionnel·les de santé ?

2.1 La prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e : un processus à sécuriser

La prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e est décrite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013, comme un processus complexe comprenant plusieurs étapes : la prescription, la dispensation et l'administration et mettant en relation différents corps professionnels : les médecins, les pharmacien·nes et les infirmier·es (Haute Autorité de Santé, 2013). Ces étapes correspondent à des pratiques professionnelles différentes : la prescription, la dispensation et l'administration.

Figure 1

Schéma du macro processus du médicament (Haute Autorité de Santé, 2013)



Pour la·le patient·e, qui est au centre de ce processus, plusieurs facteurs l'exposent à des risques définis sous le terme de « iatrogénie médicamenteuse ». Mahé en 2014, souligne que « la survenue d'événements indésirables en lien avec l'utilisation des médicaments

constitue la iatrogénie médicamenteuse, imputable aux effets propres du médicament (effets indésirables) mais aussi aux Erreurs Médicamenteuses (EM) » (p. 21).

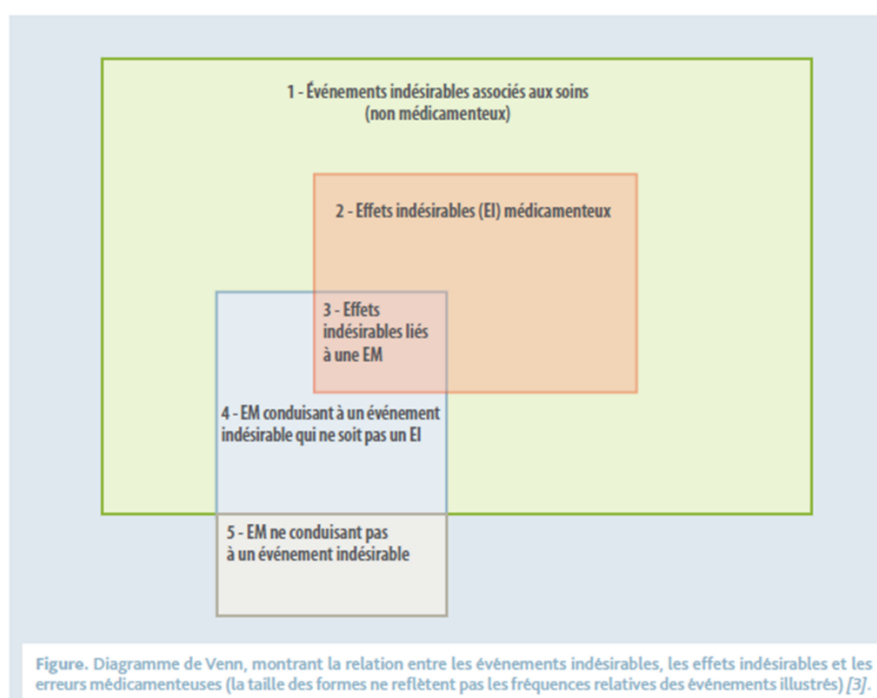
L'article R1413-66-1 du code de la santé publique français précise qu'« un événement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciable ».

Le schéma ci-dessous met en relation différents éléments :

- Au sein des événements indésirables associés aux soins (EIAS), nous retrouvons les effets indésirables médicamenteux (une réaction nocive et non voulue à un médicament ou à un produit) ;
- Les effets indésirables médicamenteux peuvent être liés au produit en lui-même ou à une erreur médicamenteuse (« une erreur non intentionnelle d'un professionnel de santé, d'un·e patient·e ou d'un tiers, selon le cas, survenue au cours du processus de soin impliquant un médicament ou un produit de santé, notamment lors de la prescription, de la dispensation ou de l'administration » (article R5121-152 du code de la santé publique) ;
- Les effets indésirables médicamenteux liés à une erreur médicamenteuse peuvent entraîner un événement indésirable pour la·le patient·e.

Figure 2

Diagramme de Venn (Mahé, 2014)



Dans la situation qui nous préoccupe, la demande de l'équipe opérationnelle concerne la situation d'erreurs médicamenteuses c'est-à-dire « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient » (SFPC, 2006). Le caractère « évitable », des

erreurs médicamenteuses nécessite de la part des comités de vigilance des établissements de santé (CoMéDiMS, identito-vigilance, pharmacovigilance), la mise en place d'actions permettant de lutter contre les EM et visant l'amélioration des pratiques professionnelles.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de travailler sur la gestion documentaire, les audits, les cartographies des risques, la culture positive de l'erreur par l'analyse de ces dernières en s'appuyant sur un caractère « non punitif ». Pour assurer la sécurité du processus de la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e, les professionnel·les de santé doivent maintenir une « circulation de l'information accessible de tous et coordonner leurs pratiques » (HAS, 2013).

Depuis 1999, et la publication de *To err is human : building a safer health system*, la prise de conscience nationale et internationale sur la sécurité et la qualité de ce processus s'est accélérée (Mahé, 2014). Les Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS 2004, 2009) menées en France par le ministère de la santé, ont permis d'identifier des données épidémiologiques sur les Événements Indésirables Graves (EIG). L'article R1413-67 du Code de la santé publique souligne qu'« un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ».

Les résultats de ces enquêtes sont les suivants :

- Un Événement Indésirable Grave (EIG) se produit tous les cinq jours dans un service de trente lits ;
- Les EIG liés aux médicaments représentent 32.9% du total des EIG liés aux soins.

La SFPC précisent que dans les EIG liés aux médicaments plus de la moitié sont dus à une erreur médicamenteuse (2006, p.5).

En 2020, l'HAS a publié un rapport sur les EIG liés aux médicaments suite à une étude sur 256 déclarations. Le rapport précise que dans les événements indésirables graves liés aux soins ceux qui concernent un médicament sont en troisième position (HAS, 2020). Les types d'erreurs retrouvés sont : des erreurs de doses, des erreurs de médicaments, des erreurs de patient·es. L'HAS en 2019 a identifié comme facteurs favorisant la survenue d'un événement indésirable : des facteurs liés à la communication entre professionnels, devant les facteurs liés aux tâches à accomplir, ceux liés aux patient·es et ceux liés aux soignant·es ou encore des facteurs liés à l'environnement. La cause immédiate la plus retrouvée est le geste technique.

En synthèse, nous retiendrons que la·le patient·e, lors d'une hospitalisation, est exposé·e à des risques liés aux médicaments pouvant conduire à un événement indésirable médicamenteux (qui peut être dus à un effet indésirable ou à une erreur médicamenteuse). Les événements indésirables médicamenteux peuvent être sans conséquence pour la·le patient·e ou bien être à l'origine d'un événement indésirable grave. Dans les facteurs conduisant à un événement indésirable médicamenteux, l'HAS identifie « un non-respect des bonnes pratiques, des erreurs de calculs de paramétrage, une mauvaise utilisation des dispositifs médicaux... » (2020, p. 7). Face à la récurrence de ces événements, et malgré l'élaboration de guide et d'outils de sécurisation par l'HAS, celle-ci insiste dans ces



préconisations pour les établissements de santé sur la formation des professionnel·les de santé.

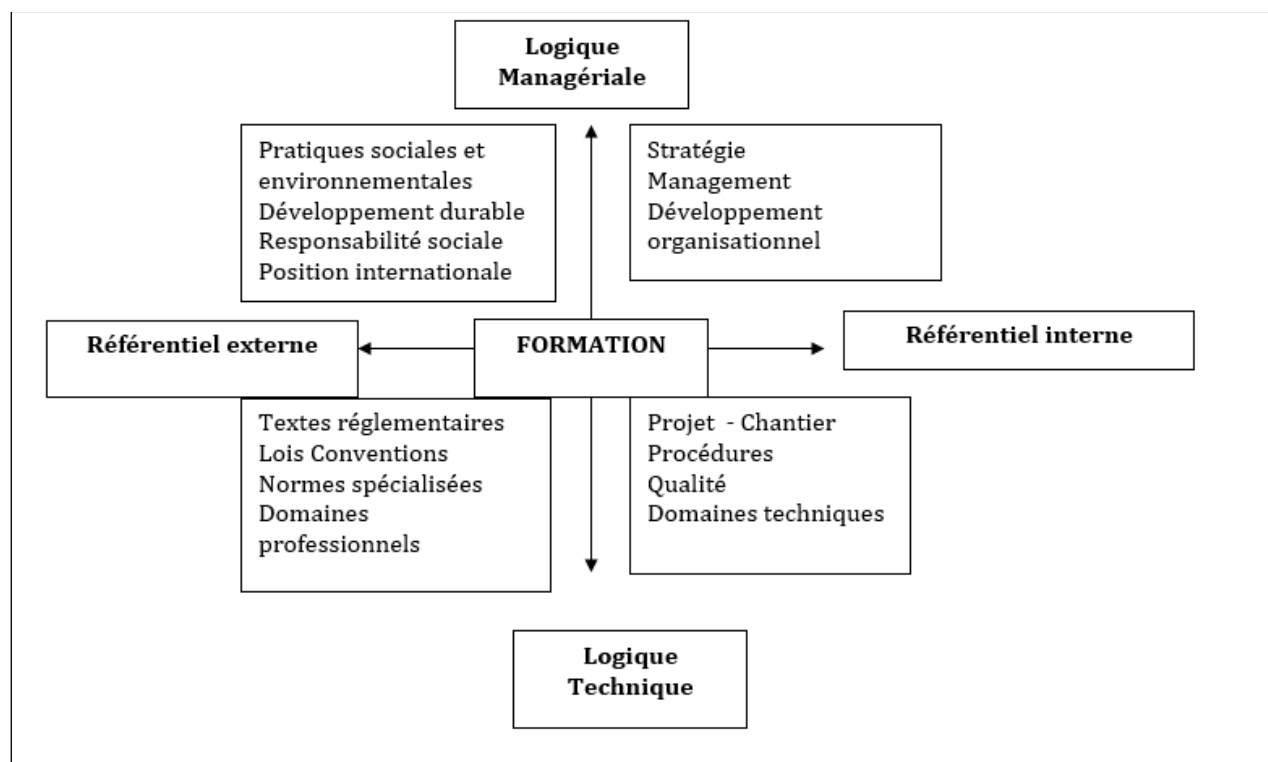
Dans ce contexte « d'erreur médicamenteuse », la formation est vue comme une barrière organisationnelle permettant de lutter contre la iatrogénie (HAS, 2013). Le caractère « évitable » de ces erreurs médicamenteuses tend à bousculer la valeur du « soin ». Cette dernière peut se définir comme « prévenir, diagnostiquer, guérir, accompagner toute personne qui se présente pour accéder aux meilleurs soins possibles ». Il est donc attendu des professionnel·les de santé, par les organisations, par les pairs et par les patient·es, la mise en œuvre d'une pratique d'administration médicamenteuse de qualité par l'appropriation des savoirs transmis en formation et leur transfert en situation de soin.

2.2 La demande de l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS

Les équipes opérationnelles des CoMéDiMS, qui sont des sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement (CME), ont nommé un Responsable du Système de Management de la Qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e, suite à l'arrêté du 6 avril 2011. Une des missions des CoMéDiMS se centre sur le développement d'une culture de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du ou de la patient·e dans les établissements de santé par des actions de formation. Ardouin (2017) précise que la formation se retrouve au confluent de quatre dimensions « mises au jour au regard d'une grille construite à partir de deux axes caractérisant les logiques d'usage et les référentiels existants » (p.55). À partir des travaux de Meignant (1987), Ardouin propose la grille suivante :

Figure 3

Les déterminants de la formation (Ardouin & Lacaille, 2005, p. 28)



Il définit un axe horizontal « qui délimite le champ des référentiels externes, c'est-à-dire ce qui est extérieur à une organisation et dont elle doit tenir compte ou qui s'impose à elle », et un axe vertical « qui délimite d'une part le champ de la logique politique et managériale, c'est-à-dire les stratégies, orientations et politiques d'entreprise et d'autre part la logique technique liée aux spécialités et domaine spécifiques de l'entreprise » (2017, p. 55).

Les déterminants de la formation autour de l'administration médicamenteuse, sont par rapport aux référentiels externes :

- Le respect des données externes :

La procédure de certification des établissements (v2020), souligne que : « La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels – c'est un enjeu essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patient-es. Les compétences associent des compétences techniques (acquises lors de la formation initiale et continue des professionnels, souvent de manière mono-disciplinaire, voire individuelle), et des compétences non techniques (leadership, aptitude à travailler en équipe, communication, coordination, collaboration, capacité à gérer les conflits...) » (p.159).

L'arrêté du RSMQ (6 avril 2011), précise dans l'article 7, « que la direction de l'établissement définit un plan de formation pluriannuel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient », et « qu'une formation s'impose pour tous les nouveaux- arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire ». Cette dernière doit être intégrée au Développement Professionnel Continu (DPC) instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (2009) et la loi de modernisation du système de santé en 2016.

- Les besoins pour l'organisation, de se situer dans son environnement que ce dernier soit local, national ou international.

Le CHU de Toulouse, vise « l'excellence des soins » dans son projet d'établissement « *ensemble nous avons imaginé l'avenir* » et place la qualité et la sécurité des soins comme un élément prioritaire (projet d'établissement du CHU de Toulouse 2018/2022).

Et, par rapport aux référentiels internes :

- L'application des règles, procédures de l'administration médicamenteuse

L'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS a identifié neuf thématiques prioritaires qui nécessitent la mise en place d'une formation ou d'un dispositif de diffusion du savoir, en s'appuyant sur les résultats de l'analyse des Événements Indésirables Médicamenteux (EIM) du CHU et sur les actions du plan d'action de la qualité. Cette analyse a permis l'identification de dysfonctionnements (les EIM) et de « manques » concernant les savoirs, le respect des bonnes pratiques au travers des causes identifiées. L'équipe opérationnelle élabore des procédures, modes opératoires qui guident les pratiques des professionnel·les de santé

- Les logiques internes/managériales

Ces dernières correspondent aux prises de décisions, aux orientations de l'organisation. Les nouvelles-arrivantes et nouveaux-arrivants du CHU de Toulouse bénéficient d'une formation obligatoire correspondant aux fondamentaux nécessaires à la prise de poste. La PECM est une des thématiques abordées sous forme d'e-learning. Composée de deux modules, elle se centre sur la présentation du circuit du médicament, des événements indésirables (modalités de déclaration) et de la règle des 5B (Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bon moment, Bonne voie) identifiée comme une barrière permettant de lutter contre les erreurs d'administration médicamenteuse.



Ainsi, Ardouin, souligne que « mettre en œuvre une formation, c'est donc prendre en compte ces différents éléments qui deviennent des critères d'analyse pour construire un dispositif de formation » (2017, p. 56). Nous pouvons nous interroger sur la place de ces déterminants dans l'analyse des besoins de la formation que les groupes de travail doivent élaborer ?

Les quatre déterminants ci-dessus sont centrés sur les besoins de l'organisation en termes d'objectifs à atteindre, comme « viser l'excellence des soins », « être conforme à la certification ou à l'arrêté RSMQ ». Existe-t-il alors une certaine « hiérarchisation » de ces déterminants ? Est-ce que dans l'analyse des besoins, la conformité aux demandes de la certification, est prépondérante face aux besoins, aux attentes des professionnel·les en termes de formation ?

Soyer en 2007, rappelle que les futurs formés participent au recensement des besoins, et que « cette participation leur fait découvrir, par l'action, les liens qui existent entre l'objectif visé et la solution formation » (2007, p. 244). En somme, si les apprenants participent à l'ingénierie de formation, alors, ils peuvent comprendre les objectifs visés par leurs organisations.

2.3 Les acteur·rices concerné·es

Cette situation d'ingénierie de formation soulève plusieurs questionnements, en premier c'est la typologie des savoirs à transmettre par l'équipe opérationnelle de la CoMéDiMS aux différents acteur·rices concerné·es que les groupes de travail vont interroger.

En regard du schéma du macro processus du médicament (figure 1), nous pouvons identifier que la PECM du patient met en relation trois corps professionnels différents. Les médecins, qui sont en charge de la prescription médicamenteuse (première étape), les pharmaciennes qui réalisent la dispensation (deuxième étape) et les professionnel·les de santé (représentés majoritairement par les infirmier·es) qui sont responsables de l'administration médicamenteuse (étape ultime du processus). Ces trois pratiques professionnelles, prescription, dispensation, administration, articulent des « savoirs théoriques » et des « savoirs d'action ». Les savoirs théoriques peuvent se définir comme : « traditionnellement assimilés à des savoirs disciplinaires, qu'il s'agisse de disciplines de recherche ou d'enseignement, ou même de disciplines professionnelles » (Barbier, 1996, p. 4). Dans le cas qui nous occupe, ces savoirs théoriques font partie de deux sciences : la médecine et la pharmacologie. Les savoirs d'actions sont « traditionnellement assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs d'expérience, aux savoirs informels, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action » (Barbier, 1996, p. 4).

Les Sciences Infirmières sont une discipline récente (2019), elles sont issues de « savoirs pratiques », expérimentés sur le terrain, qui sont devenus petit à petit des « savoirs théoriques » à part entière et reconnus.

Ainsi, dans le processus de la PECM, la typologie des savoirs à transmettre repose sur le constat suivant :

- Les médecins s'appuient sur un « savoir théorique » en médecine qui permet de formuler un diagnostic au regard des signes cliniques du ou de la patient·e et de proposer un plan d'actions par des investigations et des traitements médicamenteux.



- Les pharmaciens procèdent à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et à la délivrance de traitements, accompagnée des recommandations sur le bon usage des thérapeutiques. Nous retrouvons également dans cette étape un « savoir théorique » fort en pharmacologie.
- Les infirmiers sont en charge de l'étape ultime du processus, l'administration² des traitements. En plus d'être génératrice d'erreurs en soi, cette étape concentre les erreurs de dispensation et /ou de prescription non arrêtées en amont. En fonction des études et des recueils de données, la littérature décrit un taux de 25 à 57% d'EM à cette étape (Mahé, 2014, p. 23). L'administration médicamenteuse est elle-même un processus complexe comprenant cinq étapes : la préparation extemporanée, le contrôle préalable produit/patient/prescription en salle de soins, l'administration proprement dite, l'enregistrement de l'administration et la surveillance. Elle est donc composée d'actions avec les verbes : préparer, contrôler, administrer, enregistrer, surveiller. Elle nécessite pour les professionnels de santé qui la mettent en œuvre pluri-quotidiennement un développement de compétences de haut niveau alliant un « savoir théorique », un « savoir-faire » et un « savoir-être ».

Quels savoirs les commanditaires devront-ils transmettre par les dispositifs de formation, des savoirs théoriques ? Des savoirs d'actions ?

Au-delà de la typologie des savoirs à transmettre pour sécuriser et améliorer la qualité de la PECM, il est question dans cette situation d'ingénierie de formation, de l'articulation entre les « savoirs théoriques » et les « savoirs d'actions » dans les pratiques professionnelles de nos acteurs. Les infirmiers doivent articuler des « savoirs théoriques » (connaissance en pharmacologie), des « savoirs-pratiques » (injecter, calculer, reconstituer) et développer des « savoirs d'actions ». Il existe également des « nouveaux savoirs » par l'innovation en pharmacologie et en médecine (nouveau médicament, nouveau dispositif) qui viennent remettre en question leurs pratiques professionnelles.

Pour guider les soignants dans cet acte, il existe des règles de sécurité, comme la règle des 5B qui repose sur la vérification de 5 éléments : Bon patient, Bon médicament, Bonne Dose, Bonne voie, Bon moment. Cette règle est considérée comme un « savoir théorique » qualifié « d'expert » (issus d'autres systèmes complexes comme l'industrie et l'aviation) et doit devenir un « savoir d'action » pour sécuriser la pratique d'administration.

Cependant, il est important de souligner que cette pratique de soins est très dépendante du contexte dans lequel elle se déroule (urgences, pic d'activité, interruption de tâches). L'analyse des événements indésirables médicamenteux tient compte de manière systématique du contexte, c'est-à-dire de l'effectif présent, de la charge de travail, et de l'expérience des soignants au moment des faits. Nous pouvons donc identifier que dans cette situation de soins (la PECM) chaque corps professionnels est détenteur d'un « savoir » et de « pratiques professionnelles » différentes, renforçant la notion de « cloisonnement » des métiers par une articulation savoirs théoriques/savoirs d'actions différente.

Pour définir les pratiques des professionnels de notre contexte de recherche, nous nous sommes appuyés sur le modèle quaternaire des pratiques de Marcel en 2014, qui décrit quatre processeurs : un environnemental, un ontologique, un praxique et un

² Cette étape est elle-même composée de cinq sous étapes : préparation extemporanée, contrôle préalable produit/patient/prescription en salles de soins, administration proprement dite du médicament, enregistrement de l'administration, surveillance (HAS, 2013, p.15).



épistémologique. Cette articulation différente (entre savoirs théoriques et savoirs d'actions) qui s'est développée dès l'origine des professions semble être génératrice de « représentations » de la situation des EM. Nous pouvons citer comme exemple, l'idée selon laquelle les erreurs de calculs de doses des infirmier·es sont dues à un manque de connaissances mathématiques. Le processeur praxique (celui des gestes professionnels) est donc souvent celui qui est mis en avant dans l'explication des erreurs médicamenteuses relié au processeur épistémologique par le manque de connaissance. C'est l'analyse systémique des événements indésirables médicamenteux, par la méthode REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments et aux Dispositifs Médicaux associés), méthode de référence (SFPC, 2013) pour l'analyse des EIM, qui permet aux professionnel·les de santé d'inclure dans les facteurs explicatifs des « erreurs », le processeur environnemental et l'ontologique. Nous avons analysé les comptes rendus des REMED de 225 EIM qui se sont produits au CHU de Toulouse entre 2014 et 2019, dans 87 EIM nous avons identifié que la notion « d'expérience » (processeur ontologique) pouvait être un des facteurs favorisant la réalisation de l'erreur. Ainsi, dans les comptes rendus d'analyse (87), les professionnels ayant moins de deux ans d'expérience³ dans l'unité de soins concernée, étaient impliqués dans un événement indésirable médicamenteux, quel que soit leur ancienneté d'obtention du diplôme. Cette première analyse des EIM, renforcent l'idée que les acteur·rices, en charge de la PECM du ou de la patient·e développent leurs pratiques professionnelles « dans et par l'action » et que pour améliorer les pratiques professionnelles nous devons tenir compte des quatre processeurs qui les composent et du rapport savoirs /pratiques que les acteur·rices entretiennent dans cette situation d'ingénierie de formation.

La CoMéDiMS doit donc mettre en place des formations pour rendre plus sécurisée les pratiques professionnelles des soignant·es en charge de l'administration médicamenteuse, pour répondre à un dysfonctionnement (représenté par les causes des EIM), une défaillance dans les bonnes pratiques, ou un défaut d'application des procédures. La méthode REMED a permis d'identifier deux facteurs prépondérants dans l'identification des causes des EIM : un facteur lié aux professionnels de santé et un facteur lié aux tâches et procédures.

Les besoins en formation reposent plus particulièrement pour les experts, sur cette notion de « dysfonctionnement » correspondant aux erreurs, de « manque » relatif aux connaissances, aux savoir-faire, aux pratiques non-conformes. Ces deux caractéristiques du besoin sont associées à l'organisation, les notions « d'attente » ou de « demande » sont plutôt caractéristiques des besoins des apprenants (Meignant, 2006). Les groupes de travail se sont interrogés sur :

- Quels sont les besoins en formation des professionnel·les, infirmier·es impliqués dans ces EIM ?
- Quels sont les « attentes » et les « demandes » pour ces professionnel·les qui vont bénéficier de la formation ? Sont-ils identiques à ceux identifiés par les « experts » ?
- Comment pourrions-nous articuler ces quatre caractéristiques du besoin (dysfonctionnement, manque, attente, demande) dans l'ingénierie de formation ?

Enfin, le dernier questionnaire de cette situation, interroge la transmission du savoir, entre une vision applicationniste (transmettre le savoir suffit à modifier les pratiques) et une vision plus socioconstructiviste (Gosselin et al., 2014). « Il ressort que la perspective

³ Nous avons créé deux indicateurs : un pour l'expérience (< 1 an dans l'unité de soins, et < 2 ans dans l'unité de soins) et un pour la date d'obtention du diplôme (< 1an, entre 1 et 2 ans, entre 2 et 5ans, et > 5 ans).



managériale, dans laquelle des savoirs et des compétences sont identifiés par des experts (scientifiques, formateurs, organisations, etc.) et ensuite appliqués par les professionnels selon des fonctions de travail déterminées (Beckers, 2007 ; Remoussenard & Ansiau, 2013 ; Wittorski, 2009), occupe une place prépondérante, particulièrement dans le domaine de la santé (Gosselin et al., 2014, p. 5). Le domaine de la santé semble être un lieu de transmission du savoir dans la vision applicationniste.

2.4 L'analyse du mandat et la problématique d'évaluation

La formulation de la problématique d'évaluation repose sur l'analyse de l'articulation entre le contexte dans lequel l'ingénierie de formation va se développer, les acteur·rices concerné·es et les résultats envisagés. Dans notre situation d'ingénierie de formation, le contexte de sécurisation de la PECM fait référence à la démarche qualité dans les organisations qui repose sur la transmission d'un « savoir d'expert » et l'appropriation de ce savoir par les professionnels sous forme de « savoirs d'actions », savoir qui doit permettre une transformation des pratiques professionnelles. Cependant, les dimensions importantes pour caractériser le contexte, les acteurs concernés ou les résultats peuvent être différentes en fonction des points de vue de l'organisation, de l'équipe responsable de la mise en place du projet et des apprenants. Cette articulation entre le contexte et la demande et les acteur·rices, montre le travail d'analyse de la situation et de construction « des référents » que les groupes doivent entreprendre.

Les groupes de travail sont pluridisciplinaires, composés de représentant·es de l'organisation, de l'équipe opérationnelle de la COMEDIMS et des professionnel·les concerné·es par les dispositifs. Cette convergence de regard par la démarche de référentialisation, peut permettre d'identifier et de définir des dimensions communes pour l'ingénierie de formation regroupant sous forme de consensus les dimensions de nos trois niveaux.

À ce stade de la démarche de référentialisation, concernant la phase exploratoire que décrivent Figari et Remaud (2014), l'analyse du mandat par le groupe pluridisciplinaire a permis de transformer l'objectif de départ et d'amorcer le processus de référentialisation en décrivant les dimensions importantes de l'ingénierie de formation (objet étudié). Barbier, Berton et Bouru en 2004, précisent que l'ingénierie de formation n'est pas qu'une question de niveaux, de méthode ou d'expertise, mais aussi de contexte et d'apprenants. « La référentialisation consiste fondamentalement à aider les acteurs concernés par une mesure politique, une action, un dispositif, à être partie prenante de l'enquête évaluative et à tirer, pour eux-mêmes et leurs actions à venir, les conséquences de ce qu'ils auront compris par la participation à l'enquête. Il y a aussi là quelque chose de démocratique dans la référentialisation. » (Mayen, dans Figari & Remaud, 2014, p. 11). En étant partie prenante de cette situation d'ingénierie de formation, les professionnel·les de santé, quels que soient leurs corps professionnels, ont la possibilité d'analyser la situation problématique (les causes des EIM, le rangement des armoires à pharmacie) c'est-à-dire, le contexte. Ils ont accès à des données leur permettant d'analyser la situation, à la fois les EIM, mais également les besoins des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants ou des infirmier·es dans le cas du rangement des armoires à pharmacie par les enquêtes qu'ils ont construites et déployées dans l'établissement.

Enfin, par les résultats de l'analyse des entretiens que nous menons avec chacun des membres des groupes et que nous mettons en débat lors de focus groupes, nous



permettons aux acteur·rices, de créer du jeu⁴ dans leurs systèmes de représentations de la situation (Charbonnier, 2013) comme une forme d'émancipation des croyances présentes dans la situation. L'auteur souligne « Cela ne peut que passer par l'expérience du doute, par la capacité à remettre en cause certaines évidences pour soi afin de créer du jeu dans ses croyances, donc dans ses choix pratiques » (2013, p.83). Broussal rajoute en 2019, « Au regard de l'idée selon laquelle s'émanciper consiste à créer du jeu dans un système de croyances, permettant aux différents protagonistes de prendre conscience de l'hétérogénéité des référents et justifiant ainsi l'entrée dans une démarche d'enquête évaluative » (p. 12), les acteur·rices des groupes de travail co-construisent les référents de la situation d'ingénierie de formation. Par exemple, nous avons amené les professionnel·les de santé à s'interroger sur les causes expliquant les erreurs médicamenteuses chez les nouvelles-arrivantes et les nouveaux-arrivants, ainsi que les causes de l'écart identifié entre la procédure de rangement des armoires à pharmacie et le rangement réel. Les professionnel·les en fonction de leurs situations au sein du CHU, au sein du groupe de travail, mais aussi en fonction de leurs expériences, ne mettent pas en avant le même processeur pour expliquer « les écarts de pratiques ». Certaines dimensions peuvent faire consensus au sein du groupe comme « *la prise de poste est une situation difficile à gérer pour le nouvel-arrivant* », d'autres sont remises en débat à chaque focus groupe comme « *la valeur du travail est différente entre les jeunes générations et les anciens* ».

Ici, nous retrouvons alors le point de départ de la visée émancipatrice pour les acteur·rices, à laquelle la RI ambitionne de contribuer, c'est-à-dire permettre aux professionnel·les, engagé·es dans ce dispositif de recherche, de se déplacer vers une place plus juste et correspondant davantage à leurs aspirations (Marcel, 2017), et donner du « jeu » dans le système des représentations (Charbonnier, 2013). La place plus juste semble être une notion pluri référencée (elle peut être par rapport au poste de travail, par rapport à la place dans la Cité, par rapport à soi et aux autres). L'ensemble de ces données, mises à disposition des professionnel·les de santé, leur permet de co-construire les référents sur lesquels ils vont s'appuyer pour procéder à la démarche de référentialisation. Cette démarche d'analyse des besoins, va permettre aux groupes de dépasser leurs représentations de la situation, comme par exemple « *les erreurs médicamenteuses sont liés au changement du référentiel de formation des infirmier·es de 2009, à la suppression des évaluations pratiques en situation de soins, à un défaut de formation initiale...* », leurs permettant d'aller vers une « co-construction des savoirs ».

Notre situation d'ingénierie en formation, met donc en relation trois éléments en référence au modèle CIPP de Stufflebeam (1980), que les groupes de travail vont caractériser :

- Le contexte : celui de la PECM comme un processus à sécuriser, avec l'identification d'un écart entre le profil professionnel requis et le profil professionnel réel ;
- La stratégie : celle de co-construire le dispositif de formation à destination des professionnel·les de santé ;
- Les produits : c'est-à-dire le développement des compétences permettant d'améliorer les pratiques des professionnel·les.

Le modèle proposé par Figari est en mouvement, le contexte influence les stratégies, qui influence les produits qui à leur tour influenceront le contexte et rejoint la conception de l'ingénierie de formation d'Enlart et Mornata en 2006, qui proposent trois éléments de base dans la conception d'un dispositif de formation : contexte, contenus, apprenants. La

⁴ « Créer du jeu » prend le sens suivant : construction d'un « espace de liberté » dans un mécanisme.



construction du dispositif de formation pour ces deux auteures va dépendre de l'importance accordée et de l'équilibre définit, entre ces trois éléments, par l'ingénieur de formation.

- Comment vont alors procéder les groupes de travail pour co-construire ces référents ?
- En quoi la dimension émancipatrice de la RI participe-t-elle à cette co-construction ?

3. La référentialisation : une méthodologie d'évaluation en Éducation et Formation

Si nous considérons la méthode de référentialisation comme « une proposition pour traiter les dispositifs, les programmes et les politiques de formation comme des hypothèses et pour les soumettre à l'évaluation » (Mayen, dans Figari & Remaud, 2014, p. 10), l'hypothèse de notre recherche serait : « qu'un dispositif de formation co-construit par un groupe pluridisciplinaire et associant les bénéficiaires permet d'identifier les besoins des apprenants et indirectement améliore l'appropriation du savoir des professionnel·les de santé » par la réponse à leurs attentes ou demandes. L'hypothèse de co-construction du dispositif de formation doit permettre à l'équipe opérationnelle une « aide à la décision » (Bedin, 1999), dans leur mission d'ingénierie de formation. Ce qui fait lien, de notre point de vue, entre notre dispositif de recherche et la méthodologie de la référentialisation, c'est la dimension participative, le « avec ». Tout en accompagnant les acteurs dans la co-construction des dispositifs, nous leur donnons la possibilité de participer à l'enquête évaluative et d'utiliser les connaissances ainsi développées dans leurs pratiques d'ingénierie de formation, l'évaluation ici permet la conception du dispositif en référence au travaux de Depover, Karsenti et Komis (2011).

L'évaluation est omniprésente dans le domaine de l'Éducation et de la formation comme dans beaucoup d'autres domaines, ce qui amène les praticien·nes qui l'utilisent à être confronté·es à toutes sortes de méthodes, d'outils, s'appuyant sur des définitions, des méthodologies diverses et variées, sans compter que l'interprétation d'une évaluation peut être différente d'un·e évaluateur·rice à un·e autre. En 2009, Figari pose une question : « comment le praticien peut-il affronter cette crise de sens affectant un champ d'action aussi utilisé et aussi important dans le pilotage du système éducatif en général ? »

L'évaluation des compétences est un sujet central dans les organisations et plus particulièrement celles qui visent « l'excellence ». Lorsqu'il s'agit de dispenser des soins, les professionnel·les de santé sont soumis à plusieurs évaluations, évaluation de la part de la hiérarchie, évaluation des collègues, évaluation des patient·es. Dans la situation, où une erreur survient, il n'est pas rare d'identifier dans les causes un manque de connaissances, de compétences. Difficile en effet, d'accepter qu'une erreur puisse se produire dans un système qui normalement doit garantir la santé et répondre à notre « dysfonctionnement » qui est la maladie.

Comment alors développer les compétences des soignant·es pour éviter les erreurs médicamenteuses ?

Ici, l'évaluation de l'ingénierie de formation est à la fois notre « outil » et notre « méthodologie » pour agir indirectement sur les compétences des apprenants. Nous nous



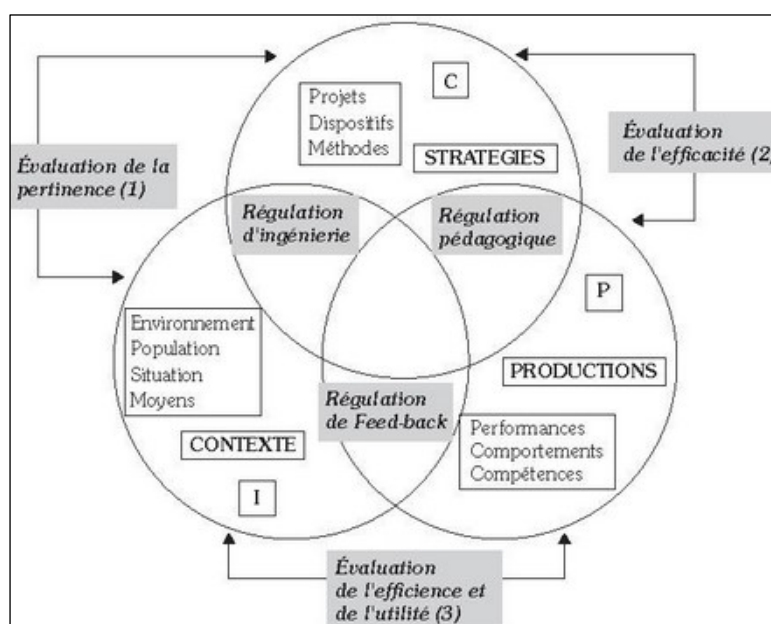
appuyons sur l'évaluation de l'ingénierie de formation pour construire nos dispositifs et agir indirectement sur les pratiques professionnelles par l'identification des besoins des apprenants.

Quelles évaluations choisir pour construire les dispositifs de formation ou de diffusion du savoir ?

Tout d'abord, nous nous inscrivons dans ce que Rodrigues décrit en 2006, « un paradigme interactif (dialectique), dans cette perspective les acteur-rices de l'évaluation, ne sont pas exclusivement envisagé-es comme des objets déterminés (approche objectiviste), ni comme des sujets déterminants (approche subjectiviste), mais comme des partenaires en co-évaluation » (Rodrigues, 2006, cité dans Figari & Remaud, 2014, p. 42) C'est plus particulièrement par une évaluation négociée au sens de Cardinet, sous forme de régulation interne visant les résultats de la formation qui sera mise en place que nous nous situons. Pour porter un jugement de valeur, sur le dispositif de formation co-construit, il sera nécessaire de définir des dimensions, puis les référents (données de l'ordre de la norme, de l'objectif, de l'idéal) et enfin les référés (données observées). Nous allons donc procéder à une évaluation interne de type régulation, comme Figari le propose par le modèle suivant :

Figure 4

Modélisation de l'ensemble des processus d'évaluation (Figari & Remaud, 2014, p. 78)



Dans une perspective interne, c'est une évaluation dite de « régulation », que les groupes de travail mettent en place. Ainsi, ils se sont appuyés sur les trois situations de régulation ci-dessous :

- Entre I et C : c'est une « régulation d'ingénierie » en vue d'adapter les moyens, les supports, en regards des diagnostics opérés. Quels sont les dimensions du contexte qui nous guident pour élaborer notre stratégie ? En somme, quel dispositif devons-nous construire en regard de notre contexte de formation ? Des besoins identifiés ?
- Entre C et P : c'est une « régulation pédagogique », reposant sur l'analyse des besoins en formation, cette régulation permet d'envisager les supports de

formation, analyse de pratiques, simulation en santé, cours magistraux ...pour répondre à l'interrogation suivante : quels supports, dispositifs, pédagogiques privilégier dans notre situation de développement de compétences des professionnels de santé ?

- Entre P et I : une régulation dite de « feed back », par la confrontation entre la situation de départ et la situation après la formation. Identifier des besoins en formation repose sur « un écart existant entre le profil professionnel requis et le profil professionnel réel » (Le Boterf, 1990). Les deux groupes de travail, doivent construire un dispositif de formation ou de diffusion de savoir permettant de « réduire » cet écart, en favorisant un développement de compétences, induisant des nouveaux comportements, des performances. Ainsi, cette régulation interroge le dispositif construit, a-t-il permis, de développer les compétences des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants, de favoriser l'appropriation du savoir pour une mobilisation en situations de soins, d'améliorer et de rendre sécurisée le rangement des armoires à pharmacie, de diminuer les EIM dans la population des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants ?

4. Modélisation de la référentialisation dans un contexte de démarche de RI

Construire c'est « réaliser un édifice, un ouvrage d'art selon un plan déterminé » (CNRTL), co-construire devient « co-réaliser », « co-élaborer » le plan, le référentiel, qui permet la construction. Pour co-référentialiser notre ingénierie de formation, nous avons choisi de construire un référentiel d'ingénierie (liant le contexte à la stratégie choisie), un référentiel pédagogique (liant la stratégie choisie aux produits) et un référentiel de « feed back » (interrogeant les produits comportements, compétences, par rapport au contexte). En quoi la démarche de RI associée à celle de la référentialisation permet-elle une participation, un engagement des acteur·rices et leur émancipation dans ce contexte d'ingénierie de formation ? Comment pourrions-nous caractériser la dimension participative et la dimension émancipatrice ?

4.1 Un engagement dans « l'enquête de Dewey »

Lorsque des professionnel·les, sont confronté·es à des situations particulières, des problématiques dans leurs activités professionnelles, ils « cherchent » à les résoudre et à y donner du « sens » pour les dépasser. Dans les contextes de Recherche-Intervention, ces situations particulières font émerger une demande, décrite comme souvent « diffuse et mal objectivée » (Marcel, 2012) et centrée sur la notion « d'amélioration » d'un « fait éducatif ». Dans notre situation, la notion « d'amélioration des dispositifs de formation et/ou de diffusion du savoir » (formation des nouvelles-arrivantes et des nouveaux-arrivants et la procédure rangement des armoires à pharmacie), a été négociée lors du premier comité de pilotage de la RI regroupant les différent·es représentant·es des instances du CHU (direction de la qualité, direction des soins, direction de la recherche, représentants des usagers, représentants des infirmiers et représentant des groupes de travail). Cette négociation a permis de formaliser une commande, traduisant les engagements et les intérêts entre les chercheurs, les intervenants et la population participante (Rhéaume, 2009).



Dans un premier temps, l'engagement dans ce projet a pour caractéristique la recherche d'un résultat (lié à l'action), qui se rapproche de la définition que Dewey donne à l'enquête, « comme étant la transformation d'une situation indéterminée en une situation clarifiée grâce à une observation rigoureuse des faits et dans une interaction permanente avec le contexte ». Dans notre situation, cela peut faire référence aux diverses interrogations de nos acteurs : « *comment des professionnels de santé qui sortent de 3 ans de formation peuvent avoir un manque de connaissances en pharmacologie ? des difficultés à faire des calculs ?* ».

Gros (2011) décrit ainsi un schème de l'enquête comprenant plusieurs phases :

- Antécédents de l'enquête (une situation indéterminée), pour nous centrés sur la transmission du savoir visant l'amélioration des pratiques professionnelles
- L'institution d'un problème (quel dispositif de formation mettre en place ?)
- La détermination de la solution du problème (co-construire un dispositif de formation pour les nouvelles-arrivantes et les nouveaux-arrivants ou la procédure de rangement des armoires à pharmacie)
- Le raisonnement par l'examen des hypothèses (un dispositif de formation co-construit améliore les pratiques professionnelles)
- L'expérimentation (construction et test des dispositifs)

La méthodologie de la référentialisation telle qu'elle est décrite par Figari et Remaud (2014) et la méthodologie de la RI décrite par des chercheur·ses appartenant·es aux Sciences de l'Éducation et de la Formation (Bedin 2013 ; Broussal, 2015 ; Marcel 2010, 2015), semblent rejoindre ce schème de l'enquête. Nous avons associé aux schèmes de l'enquête décrit par Gros en 2011, les différentes phases de la méthodologie de la référentialisation et de la démarche de Recherche-Intervention :

Tableau 1

Proposition de caractérisation de la référentialisation et de la RI en regard des schèmes de l'enquête de Gros (2011)

Schème de l'enquête	Référentialisation	Recherche-Intervention
Antécédents de l'enquête	Analyse du mandat	Contexte de la demande des commanditaires
Institution d'un problème	Formulation de la problématique d'évaluation	Formulation de la demande
Détermination de la solution du problème	Identification de la stratégie par rapport à l'objet étudié	Commande négociée et projet de la RI
Raisonnement	Identification des dimensions de l'objet étudié, détermination des référents, indicateurs et critères	Confrontation contexte et cadre théorique Problématisation
Expérimentation	Instrumentalisation et analyse des résultats	Mise en place de la démarche de recherche Co-construction des connaissances, Restitution de la RI



La première étape commune à la Recherche-Intervention et à la démarche de référentialisation va être de favoriser l'engagement des acteur·rices dans le projet par la dimension participative

Cet engagement est rendu possible par la « dimension participative », que partagent la RI et la démarche de référentialisation. Pour la RI, c'est « offrir à chacun la possibilité de prendre part à l'ensemble du travail. Sans masquer les différences et les spécialités de chacun qui constituent autant de ressources et de richesses, l'ensemble des participants prennent part à un projet collectif englobant recherche et intervention » (Marcel, 2017). Pour la démarche de référentialisation, c'est le caractère démocratique de cette méthodologie, qui permet aux acteur·rices d'être partie prenante de l'enquête et de tirer pour eux même et par leurs actions à venir, les conséquences de ce qu'ils auront compris (Mayen, 2014). Le caractère démocratique se réfère au sens que Dewey lui donne, « pour posséder un grand nombre de valeurs en commun, tous les membres du groupe doivent avoir une chance égale de prendre et de recevoir, de partager des entreprises et des expériences très diverses » (Dewey, 2018, p. 166)

Nous avons essayé de caractériser cet engagement dans notre RI qui s'appuie sur la démarche de référentialisation en interrogeant les acteur·rices sur ce qui les avait amenés à s'engager dans ce projet. Nous avons mené des entretiens semi-directifs d'une durée de 30 minutes auprès de l'ensemble des acteur·rices engagé·es dans les groupes de travail. Nous avons procédé à une analyse de contenu thématique selon la méthode de Bardin (2013).

La dimension de l'engagement se caractérise d'abord par un intérêt personnel des acteur·rices pour le projet « *ça m'intéressait de repartir là-dedans* », « *je trouve que le travail est intéressant* ». Au-delà du fait que les professionnel·les trouvent un intérêt personnel pour le projet, pour eux, il est également question d'un intérêt plus collectif autour d'une valeur commune aux deux groupes de travail. Nous avons identifié un rapprochement avec la valeur du « prendre soin » autrement dit le « care » que définit Tronto (2009), souligné par ce discours d'un·e professionnel·le : « *et voilà avec l'intelligence collective, de trouver des solutions adaptées, pour que la formation soit au bénéfice des étudiants [...] Non, ça va être encore une belle expérience ce groupe de travail et puis, on a tous été nouvel-arrivant et donc, si on peut demain, apporter un petit quelque chose qui fait passer ce cap, avec un peu moins de difficultés. Je me revois nouveau-arrivant et donc quels outils on va pouvoir, que nous on a pu aussi acquérir, qui nous ont aidés, apportés, pour que le nouvel-apprenant, il soit moins stressé pendant, pour qu'ils puissent aussi faire peut-être moins d'erreurs.* ».

Marcel (2016), identifie que le « care » est une valeur partagée entre « éduquer » et « soigner ». Tronto décrit quatre phases dans le « care » (2009) :

- « Se soucier de » c'est-à-dire constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse
- « Se charger de » c'est assurer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter
- « Accorder des soins » implique de venir aux contacts des objets du « care », d'aller à la rencontre de ceux qui ont des besoins
- « Recevoir des soins » implique de tenir compte des personnes qui reçoivent le soin afin de savoir si la réponse aux besoins de soins a été apporté.



Les professionnel·les engagé·es dans nos groupes de travail se « soucient » des destinataires des dispositifs qu'ils sont en train de construire, leurs intérêts portent sur « l'identification de leurs besoins » en formation. Un·e professionnel·le, souligne « moi personnellement en tout cas ce que j'attends, c'est d'une part qu'on ait vraiment un partage d'expérience entre les différents professionnels et de vraiment arriver à bien évaluer les problématiques des soignants, même si moi je les vois d'un certain côté, je ne vois peut-être pas tout et il y a des choses qui m'échappent et en tout cas, [...] qu'on arrive à répondre à cette question de formation des nouveaux-arrivants, comment et avec quelle problématique ? , jusqu'à aujourd'hui on n'a quand même pas de réponse, on n'a pas su répondre à cette question-là et ça semble, on voit bien que c'est une grosse lacune ». Les professionnel·les des groupes de travail identifient « l'existence » de besoins de la part des bénéficiaires des dispositifs. Les besoins seront évalués par des enquêtes, permettant de donner la parole aux futurs formés.

« Se charger de » est représenté, par la mise en place des enquêtes auprès des professionnel·les de santé destinataires des dispositifs, afin d'évaluer leurs besoins, comme le souligne ce·tte professionnel·le, qui retrace la première réunion en focus groupe « [...] je me dis « non mais là, la réunion de l'autre jour quand même a été forte », moi j'ai trouvé que c'était fort et quand, il y a la personne qui a dit « je voudrais savoir de quoi les professionnels ont besoin ? » , à un moment donné, il y a, je ne sais plus qui, qui était en face qui a dit, voilà quand on cherchait les outils, le recueil, il faudrait arriver à, et du coup c'est des étapes dans notre raisonnement que nous n'avions jamais inclus... du coup, ça m'a interpellé [...] en tout cas pour arriver à écrire la procédure et à répondre, je pense qu'il faut recueillir les besoins ».

Ainsi, la phase d'instrumentalisation de la référentialisation comme la phase d'intervention de la RI, vont partager une « rencontre avec ceux qui ont des besoins » c'est-à-dire « accorder des soins », pour les identifier, les analyser et essayer d'y répondre. Enfin, la dernière dimension du « care » est « recevoir des soins » c'est-à-dire savoir si la réponse aux besoins a été apporté, il s'agit là de ne pas développer qu'une « enquête de satisfaction » auprès des bénéficiaires de la formation ou de la procédure mais de vraiment identifier si l'objectif est atteint, ou si des améliorations sont nécessaires à apporter aux dispositifs pour effectuer de la régulation d'ingénierie. Nous pouvons identifier que l'engagement dans un projet, s'effectue autour d'une valeur commune et partagée au sein du groupe, dans notre situation, c'est la valeur du « care » qui semble faire consensus.

4.2 L'émancipation pour une nouvelle forme de construction des savoirs

Pour constituer des référentiels, les groupes de travail doivent définir des référents, des critères et des indicateurs, leur permettant d'évaluer la situation par la confrontation des données « observées » avec les « référents » définis. Marcel en 2017, décrit la dimension émancipatrice comme « un déplacement des acteurs, qui consiste pour chaque acteur·rice, simultanément à s'extraire du positionnement auquel il·elle se trouvait assigné·e au départ et à conquérir un positionnement plus conforme à ses aspirations ». Les référents de nos référentiels seront donc co-construits au sein des groupes de travail, et proviendront des « savoirs d'expert » et des « savoirs d'action » pour former un « savoir » que nous pourrions qualifier « d'hybride ». Marcel, dégage des dimensions qualifiants le déplacement des acteurs, nous avons confronté les discours des professionnel·les à ces différentes dimensions.



La dimension participative impulse différents déplacements qui peuvent être :

- **dans une dimension professionnelle**, comme l'accès à de nouvelles fonctions, comme pour un·e jeune professionnel·le qui accède au statut de « référente pharmacie » : *« Mon rôle, dans le dispositif, après je sais que je suis très impliquée au niveau du service parce que c'est quelque chose qui me, enfin on a des gros soucis de rangement etc. donc je râlais mais je remonte souvent des problèmes de commande, de pharmacie etc. donc j'étais déjà de base intéressée sur la question du rangement de l'armoire à pharmacie et des commandes. »*. Ce déplacement professionnel, va lui permettre d'accéder à des informations, des connaissances sur la gestion de l'armoire à pharmacie et a obtenir une nouvelle place dans son unité de soins.
- **dans une dimension sociale**, avec une nouvelle forme d'engagement, politique ou militant, comme pour un·e professionnel·le qui souhaite que les besoins de son équipe soient entendus *« en décrivant nos besoins, nos problématiques, pour pouvoir faire avancer notre outil de travail, qu'on perde le moins de temps possible, qu'on fasse le moins d'erreurs possibles, mais pour ça je pense que voilà c'est bien que nous les infirmiers qui sommes dans le circuit quoi, qu'on participe voilà, qu'on arrive à travailler ensemble et qu'on fasse évoluer les choses »*. Ici, le déplacement social, va permettre de favoriser la rencontre entre les professionnel·les de terrain et les experts, renforçant l'échange, le partage des savoirs des un·es et des autres.
- **dans une dimension individuelle**, permettant le développement du pouvoir d'agir, *« Et justement, que nous qu'on soit inclus les infirmiers, sur le terrain, moi je n'ai jamais vu ça, et je trouve ça génial, parce que du coup on peut peut-être essayer de prendre en compte nos difficultés et de proposer quelque chose qui va être adapté à nous avec l'accord des experts, et ça c'est énorme, moi je trouve ça, quand ma chef m'a dit « est-ce que tu veux participer » mais bien sûr, j'ai jamais vu ça moi »*. Le développement du pouvoir d'agir permet la co-construction de savoirs. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces savoirs co-construits en tenant compte des besoins des professionnel·les seront plus facilement appropriés.
- **dans une dimension symbolique**, favorisant l'accès à de nouvelles formes de reconnaissance *« Moi, je suis, comment dire ça me, ça me valorise, grave, je ne suis pas dans le soin, mais ça me fait voir autre chose, ça m'amène [...], moi ça me valorise beaucoup, j'ai l'impression de voir un autre aspect du métier, moi ça fait 16 ans que je suis infirmière c'est pas foufou mais bon, on conserve l'expérience, on a envie d'apporter autre chose »*. Cette dimension symbolique rejoint la conception de Perrenoud qui précise que « les savoirs savants ne s'opposent pas aux savoirs de sens commun par leur rapport à l'expérience, à l'action, ni par leur objet, mais par leur degré de légitimité, de formalisation et de diffusion » (1999).

L'ensemble de ces déplacements que peuvent vivre les acteur·rices au travers de l'expérimentation d'une RI s'appuyant sur la démarche de référentialisation, favorisent la co-construction de savoirs (dans notre situation, les référents choisis, les critères et les indicateurs). Cette notion de « co-construction », « sert à mettre en valeur l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action » (Akrich, 2013). Elle souligne la participation d'acteurs « inhabituels » à un projet et « dénote la volonté de sortir d'une transmission verticale des savoirs en associant activement et de manière collaborative les apprenants à la production des contenus de l'apprentissage » (Akrich, 2013). Mais plus particulièrement, la dimension participative et l'émancipation des acteurs qu'elle favorise souligne un engagement centré sur



« l'inéluctable besoin de prendre part à la transformation sociale de la société » (Delvaux & Delvaux, 2012).

5. Conclusion

En conclusion, la modélisation de la démarche de référentialisation dans un contexte de démarche de RI, met en avant une dimension participative forte, portant le projet, le rendant riche par la mise en circulation des savoirs des différent·es acteur·rices engagé·es dans la recherche. Cette dimension participative favorise l'engagement des acteur·rices dans le projet en bousculant parfois les lignes construites dans les organisations où elles·ils exercent « *quand on a eu vraiment la première présentation, en réunion CoMéDiMS sur la transmission du savoir, mais franchement c'est un truc, c'est tellement ce qui nous manque dans cet établissement, dans cette institution parce que outre le fait que chacun jusqu'à présent, on avait vraiment la fâcheuse idée de travailler en silo, chacun dans sa corporation, et d'être toujours sur de la transmission descendante, en se disant bien voilà c'est comme ça qu'il faut penser et prenez-vous ça dans la figure et appliquer le et ça, ça, a été notre mode de communication et de fonctionnement depuis toujours, moi j'ai connu que ça... et forcé de constater depuis des années que ça ne fonctionne pas, qu'on n'y arrive pas, donc franchement pour moi c'était vraiment une opportunité d'expérimenter autre chose et je pense que c'est la bonne méthode... voilà.* ». Le déplacement des acteur·rices par l'engagement dans le projet, par leurs participations, initie le processus d'émancipation. Il faut d'abord participer à un projet, s'engager dans ce dernier, se déplacer pour pouvoir s'allier (Delvaux & Delvaux, 2012).

Nous pouvons nous interroger sur les effets de cet engagement et de ces déplacements, car la durée d'une Recherche-Intervention est limitée en temps, contractualisée, elle définit et fixe ce temps de « rencontre » entre les professionnel·les. Que se passe-t-il alors après ce temps de Recherche-Intervention pour les acteur·rices ? Est-ce que les déplacements qu'ils·elles font sont définitifs ? Est-ce que ce qu'ils vont apprendre par la démarche de référentialisation va changer définitivement leurs visions de leurs pratiques professionnelles ? Marcel en 2017, évoque la dynamique de ces collectifs, qui déterminent des objectifs allant au-delà du projet de recherche initial, « cet au-delà déborde l'institution pour investir le subversif, c'est l'espace de l'émancipation, un espace orienté vers l'utopie, toujours en chantier, d'une alternative au contexte politique qui a créé les conditions de son entrée en lutte. Une utopie qui s'opérationnalise dans les velléités de déplacements, une lutte pour accéder à des places différentes de celles dans lesquelles les acteur·rices étaient assignées, des places plus conformes à leurs aspirations ». Pourrions-nous alors imaginer que participation, engagement et émancipation se retrouvent associés dans les démarches d'évaluation ?

Références

- Akrich, M. (2013). Co-construction. In I. Castillo, J.-M. Fourniau, C. Neveu, R. Lefebvre, L. Blondiaux, D. Salles, F. Chateauraynaud & R. Barbier (Eds.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. GIS Démocratie et Participation.
- Ardouin, T. (2017). *Ingénierie de Formation : Intégrez les nouveaux modes de formation dans votre pédagogie*. Dunod.
- Barbier, J.-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. PUF.
- Barbier, J.-M., Berton, F., & Bouru, J.-J. (2004). *Situations de travail et formation* (2^e éd.). L'Harmattan.



- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Bedin, V. (1999). Le statut des demandes sociales dans l'aide à la décision politique. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 2, 89-104. <https://doi.org/10.3406/dsedu.1999.910>
- Bedin, V. (2013). *Conduite et accompagnement du changement, Contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.
- Bernadou, A. (1996). Savoirs théoriques et savoirs pratiques : l'exemple médical. In J-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 119-130). PUF.
- Broussal, D., Marcel, J.-F., & Thievenaz, J. (2016). *Soigner et Former, contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.
- Broussal, D., Ponté, P., & Bedin, V. (2015). *Recherche-Intervention et accompagnement du changement en éducation*. L'Harmattan.
- Broussal, D. (2019). La recherche participative entre commande évaluative et visée émancipatrice. Le cas d'une recherche-intervention portant sur un dispositif de prévention des violences sexuelles. *La Revue LEeE*, 1. <https://doi.org/10.48325/rleee.001.03>
- Castot, A. (2010). Le guichet des erreurs médicamenteuses. Bilan des activités de l'année 2009. Afssaps.
- Charbonnier, S. (2013). À quoi reconnaît-on l'émancipation ? La familiarité contre le paternalisme. *Tracés*, 2(25), 83-101. <https://doi.org/10.4000/traces.5818>
- Delvaux, V., & Delvaux, E. (2012, 25 octobre). *Évaluer l'émancipation dans une formation. Le cas de l'ISCO. Le Grain : atelier de pédagogie sociale*. https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=394:evaluer-le-mancipation-dans-uneformation&catid=9&Itemid=103
- Depover, C. Karsenti, T., & Komis, V. (2011). La recherche évaluative. In T. Karsenti & I. Savoie-Jazc (Eds.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (pp. 213-228). ERPI Editors.
- Dewey, J. (1967). *Logique : la théorie de l'enquête* (2^e éd.). PUF.
- Dewey, J. (2018). *Démocratie et Éducation - suivi de Expérience et Éducation*. Armand Colin.
- DREES. (2011, septembre). Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 [Document de travail]. *DREES, Série Études et Recherche*, n°110.
- DREES. (2011, septembre). Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 [Document de travail]. *DREES, Série Études et Recherche*, n° 109.
- Enlart, S., & Mornata, C. (2006). *Concevoir des dispositifs de formation d'adulte. Les carnets des Sciences de l'éducation*. <https://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/files/4114/4956/6205/CarnetEnlartMornata.pdf>
- Faisandier, S., & Soyer, J. (2007). *Fonction formation*. Eyrolles.
- Figari, G. (1994). *Évaluer : quels référentiels ?* De Boeck.
- Figari, G. (2009, mars). *L'évaluation : construction et distorsion du sens de l'éducation*. Ille Conférence de l'ERCILIS : La crise du sens, Université de Sfax, Tunisie.
- Figari, G., & Remaud, D. (Eds.) (2014). *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation : ou l'enquête évaluative*. De Boeck. <https://doi.org/10.3917/dbu.figri.2014.01>
- Figari, G., & Tourmen, C. (2006). La référentialisation : une façon de modéliser l'évaluation de programme, entre théorie et pratique. Vers une comparaison des approches au Québec et en France. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(3), 5-25.



- Gosselin, M., Viau-Guay, A., & Bourassa, B. (2014). Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(3), 1-22. <https://doi.org/10.4000/pistes.4009>
- Gros, A. (2011). Les formes de l'enquête historique : John Dewey & Max Weber. *L'atelier du centre de recherches historiques*, 7. <https://doi.org/10.4000/acrh.3668>
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Prise en charge médicamenteuse*. HAS. <https://www.has-sante.fr/>
- Haute Autorité de Santé. (2019). Rapport d'activités 2017-2019 des organismes agréés pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales. https://www.apmnews.com/documents/202008041126310.rapport_activite_2019_organismes_agrees_accréditation.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020). Erreurs associées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarés dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.) (1999). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Le Boterf, G. (1990). *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*. Les éditions d'organisation.
- Mahé, J. (2014). Erreurs médicamenteuses : définition, fréquence et gestion du risque. *La lettre du Pharmacologue*, 28(1), 21-27. <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21270.pdf>
- Marcel, J.-F., & Bedin, V. (2018). Contribution à l'élaboration d'un dispositif d'évaluation de la Recherche-Intervention. *Phronesis*, 7(1), 79-91. <https://doi.org/10.7202/1044256ar>
- Marcel, J.-F. (2010). Des tensions entre le « sur » et le « pour » dans la recherche en éducation : question(s) de posture(s). *Cahiers du CERFEE*, 27(28), 41-64. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00836545>
- Marcel, J.-F. (2012). Contribution à une ingénierie de la commande. *TransFormations*, 8, 101-120. <https://transformations.univ-lille.fr/index.php/TF/article/view/180>
- Marcel, J.-F. (2014). Les pratiques enseignantes mises en récit. *Recherche en éducation*, 19, 82-95. <https://journals.openedition.org/ree/8319>
- Marcel, J.-F. (2015). Préface : Quand la Recherche-Intervention interprète le changement. In D. Broussal (Ed.), *Recherche-Intervention et accompagnement du changement en éducation* (pp. 7-18). L'Harmattan.
- Marcel, J.-F. (2016). Éduquer et soigner : au nom de l'idem. In D. Broussal, J.-F. Marcel, & J. Thievenaz (Eds.), *Soigner et Former, contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.
- Marcel, J.-F. (2017). La recherche-intervention comme acte politique et émancipateur. In J.-F. Marcel & D. Broussal (Eds.), *Émancipation et recherche en éducation* (pp. 397-421). Éditions du croquant.
- Mayen, P. (2014). Préface. La méthode de la référentialisation : Principes pour une conduite démocratique de l'enquête évaluative. In G. Figari & D. Remaud (Eds.), *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation : ou l'enquête évaluative* (pp. 9-11). De Boeck. <https://www.cairn.info/methodologie-d-evaluation-en-education-et-formatio--9782804184773-page-9.htm>
- Meignant, A. (2006). *Manager la formation*. Éditions liaisons.



- Michel, P., Lathelize, M., Domecq, S., Kret, M., Bru-Sonnet, R., Quenon, J.-L., Minodier, C., Moty-Monnereau, C., Chaleix, M., Olier, L., Roberts, T., Nitaro, L., & Quintard, B. (2011). Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Études et résultats, DREES*, n°761.
- Michel, P., Minodier, C., Lathelize, M., Moty-Monnereau, C., Domecq, S., Chaleix, M., Izotte-kret, M., Bru-Sonnet, R., Quenon, J.-L., & Olier, L. (2010). Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé, *Dossiers Solidarité et santé, DREES*, n°17.
- Perrenoud, P. (1999). Enseigner : agir dans l'urgence de décider dans l'incertitude (2^e éd.). ESF.
- Rhéaume, J. (2009). La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution. Le cas d'un centre de santé et services sociaux. *Sociologies et sociétés*, 41(1), 195-215.
<https://doi.org/10.7202/037913ar>
- Société Française de Pharmacie Clinique. (2006). Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse.
- Société Française de Pharmacie Clinique. (2013). La REMED. <http://sfpc.eu>
- Stufflebeam, D. L., Foley, W. J., Gephart, W. J., Guba, E.G., Hammond, R. L., Merriman, H. O., & Provus, M. M. (1980). *L'évaluation et la prise de décision en éducation*. NHP.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du Care*. La découverte.

Remerciements

L'auteur et l'autrice de l'article remercient les professionnel·les de santé qui se sont engagés dans la Recherche-Intervention.

Pauline Hédacq

Puéricultrice au sein de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse, elle a exercé pendant 15 ans dans les unités de soins des urgences pédiatriques et de la réanimation pédiatrique. Ces travaux de recherche portent sur l'accompagnement du changement par la co-construction de dispositifs de formation ou de diffusion du savoir.

Dominique Broussal

Professeur des Universités en Sciences de l'Éducation et de la Formation, Responsable du Conseil Scientifique de l'UMR EFTS, Université de Toulouse Jean Jaurès (France). Ses travaux portent sur la conduite et l'accompagnement du changement, sur la visée émancipatrice des Recherches-Interventions, sur le rôle de la culture et des œuvres dans les processus de changement.

