



HAL
open science

Accroître l'auto-efficacité collective en formation infirmière

Marc Nagels

► **To cite this version:**

Marc Nagels. Accroître l'auto-efficacité collective en formation infirmière : Quand l'analyse du travail devient une expérience sociale. *L'expérience*, Dec 2009, Dijon, France. pp.316. hal-00440816

HAL Id: hal-00440816

<https://hal.science/hal-00440816>

Submitted on 11 Dec 2009

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

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

Accroître l'auto-efficacité collective en formation infirmière. Quand l'analyse du travail devient une expérience sociale

Marc Nagels

École des hautes études en santé publique, responsable du service de l'évaluation et du développement pédagogique, Avenue du professeur Léon Bernard, 35700 Rennes, France ;
marc.nagels@free.fr

Le but de l'étude est de montrer que l'analyse de l'activité est un facteur de construction de l'auto-efficacité collective des formateurs de cinq instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). L'intervention a consisté à initier cent neuf cadres formateurs à l'analyse du travail dans un contexte de réformes hospitalières. L'auto-efficacité collective des formateurs apparaît comme une variable clé du succès de ces réformes. L'auto-efficacité collective a fait l'objet d'un pré test et d'un post test qualitatif sur la base d'indicateurs motivationnels, de l'effectivité des réalisations pédagogiques à destination des étudiants et de l'estimation de la performance du groupe à conduire la réforme. Le niveau d'auto-efficacité collective augmente et les premières réalisations entretiennent la croyance des formateurs dans leur capacité à réussir collectivement la mise en œuvre du plan de formation.

Mots-clés : Auto-efficacité collective, analyse du travail, compétences infirmières.

L'opportunité d'une réforme des études en soins infirmiers orientée vers les compétences

La notion de compétence professionnelle est située au cœur de la réforme de la formation en soins infirmiers dès septembre 2009. Pour ceux qui développent une approche pragmatique de la compétence, cette réforme représente une opportunité dans le champ de l'enseignement supérieur professionnel. Elle vise à offrir une meilleure socialisation professionnelle mais, dans quelles conditions, la réforme sera-elle efficace pour former les soignants de demain et répondre aux besoins de santé ?

Former les compétences ne s'improvise pas tout à fait et les cadres formateurs ainsi que les soignants formés aux méthodes de la didactique professionnelle sont peu nombreux aujourd'hui. Le projet de la didactique professionnelle est celui de l'analyse du travail pour la formation (PASTRÉ P., MAYEN P., VERGNAUD G., 2006). Elle a pour objet l'analyse de l'activité pour repérer les besoins préalablement à la conception d'une action de formation. L'analyse de l'activité est également une ressource privilégiée pour concevoir et organiser des séquences d'apprentissage. A ce titre, la diffusion de méthodes de type didactique professionnelle représente bien une condition de réussite de la réforme. L'enjeu de la réforme

est bien entendu la gestion du changement pédagogique en institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) avec une hypothèse forte : le développement des compétences des cadres formateurs favorise la construction des compétences des infirmiers.

Il est une autre condition de réussite : celle de l'engagement des individus et des équipes dans la réforme. Quelles ressources professionnelles, mais aussi personnelles, les formateurs peuvent-ils mobiliser pour s'adapter ? Les formateurs disposent-ils d'une auto-efficacité collective suffisante pour se mobiliser, concevoir les changements de pratiques pédagogiques à venir et réorienter explicitement leur action vers la formation des compétences ?

L'auto-efficacité collective est « une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisations (...) L'auto-efficacité collective n'est pas simplement la somme des croyances des individus en leur efficacité, il s'agit plutôt d'une caractéristique émergente du groupe, produite par des dynamiques coordonnées et interactives » (BANDURA A., 2003). Le niveau de croyances d'efficacité collective est par ailleurs un bon prédicteur de la performance d'un groupe, même si cette variable du comportement humain ne représente que « la perception de la probabilité que l'effort commun aboutira à la réussite collective » (SHAMIR B., 1990). L'auto-efficacité collective est définie comme « la croyance collective du groupe qu'il peut exécuter une tâche spécifique avec succès » (LINDSEY D., MATHIEU J., HEFFNER T., BRASS D., 1994).

En période de réforme, l'analyse de l'auto-efficacité individuelle et de l'auto-efficacité collective aide à mieux comprendre les obstacles aux changements. Cela nous conduit à proposer les résultats d'une recherche-action qui met en relation l'auto-efficacité collective et l'analyse de l'activité dans le cadre de la didactique professionnelle en soins infirmiers.

Notre problématique vise à articuler deux ensembles conceptuels : premièrement, celui de compétence, vu sous l'angle de l'organisation cognitive de l'activité, deuxièmement, l'auto-efficacité collective, variable déterminant les comportements d'engagement des formateurs dans la réforme.

Compétence et agentivité

Le concept de compétence articule deux dimensions, l'une interne et l'autre externe à l'individu. La première s'intéresse à l'organisation cognitive de l'activité. Cette organisation reste largement implicite pour l'individu mais elle devient accessible par un effort d'explicitation à l'aide de méthodes d'analyse de l'activité. Nous pouvons la comprendre comme une mise en réseau d'éléments épars, de ressources cognitives diversifiées qui ne sont pas toutes des savoirs, au sens académique du terme. La deuxième dimension est de nature psychosociale, la compétence est un jugement, une évaluation de la performance, indépendamment de la pertinence de l'organisation cognitive de l'activité qui conduit à la performance. Cette performance sera-t-elle appréciée positivement par son environnement professionnel ? Sera-t-il « compétent », i.e. sa performance sera-t-elle évaluée et jugée conforme aux attentes de son environnement social ? La dimension externe de la compétence rend compte de l'interaction entre l'individu et son environnement dans le cadre des évaluations de compétence. La compétence devient alors une signification partagée, support aux jugements sociaux et aux attributions d'efficacité.

Ce modèle de la compétence trouve ses fondements dans la théorie sociocognitive qui articule, au sein d'une causalité triadique réciproque, les facteurs personnels, comportementaux et environnementaux de l'agentivité humaine (BANDURA A., 2003). Les déterminants personnels (auto-efficacité, organisation cognitive de l'activité) sont mis en

relation avec les facteurs comportementaux (production de la performance) et environnementaux (attribution de compétence, tâches et normes professionnelles).

La compétence du point de vue de l'organisation cognitive de l'activité

Dans le cadre de cette communication, nous retiendrons que l'activité est organisée et sous-tendue par un schème, c'est-à-dire « une organisation invariante de la conduite pour une classe de situations » (VERGNAUD G., 1990). Le schème rend compte, tout à la fois, du caractère stable et adaptatif de l'activité et nous noterons que c'est l'organisation de l'activité qui est invariante et non l'activité elle-même.

La construction d'une compétence suppose que l'individu ait connu des expériences professionnelles variées et nombreuses et qu'il les ait analysées. Ses pratiques professionnelles en ont été modifiées et il a gagné en efficacité. Qu'a-t-il appris au fil de ses expériences successives ? Essentiellement à mieux réguler son action, à l'organiser de manière plus performante. Tous les registres de l'activité se développent : « les gestes, les activités intellectuelles et techniques, l'énonciation et le langage, l'interaction sociale et l'affectivité » (VERGNAUD G., 1999).

L'auto-efficacité individuelle et collective, variable-clé de l'agentivité

La maîtrise d'une situation professionnelle renforce le sentiment de l'individu qu'il peut agir efficacement dans des conditions difficiles, la compétence contribuant à la construction et au développement de l'agentivité humaine. L'agentivité se définit comme la capacité d'intervention sur les autres et le monde où les individus et les groupes sont tout à la fois les producteurs et les produits des systèmes sociaux. En fait, « l'agentivité humaine se caractérise par plusieurs aspects majeurs qui opèrent consciemment de manière fonctionnelle et phénoménale. Il s'agit de l'intentionnalité et de l'anticipation, qui permettent une extension temporelle de l'agentivité, de l'autorégulation par l'influence réactive sur soi-même, et de l'autoréflexion sur ses capacités personnelles, la qualité de son propre fonctionnement et le sens et la finalité des entreprises de son existence » (BANDURA A., 2001).

L'agentivité se manifeste de trois manières différentes : il s'agit tout d'abord de l'effet direct de l'intervention de la personne mais elle peut opérer aussi par le biais d'une « procuration » par laquelle le sujet escompte l'action d'autrui pour atteindre les buts souhaités. Enfin, l'agentivité peut être collective, par l'intermédiaire d'une coordination des efforts d'un groupe. L'agentivité se comprend à l'intérieur d'un modèle du sujet qui négocie systématiquement ses comportements, ses motivations et ses affects avec son environnement physique ou social (CARRÉ P., 2004).

Plusieurs effets sont associés à un niveau élevé d'auto-efficacité collective. En premier lieu, l'efficacité d'un groupe est liée à la croyance collective que le groupe est et sera productif (GIST M., 1987) ; la désirabilité du groupe et sa cohésion augmentent en conséquence (SPINK K.S., 1990). En fait, le niveau d'auto-efficacité collective influence les réalisations du groupe à travers les stratégies qu'il mettra en œuvre, sa persévérance face aux difficultés et la quantité d'énergie qu'il pourra mobiliser.

D'autre part, des études ont montré l'influence positive de l'efficacité collective des enseignants sur leur capacité à concevoir des dispositifs d'autoformation éducative ainsi que sur la performance scolaire des élèves (TROLLAT A-F., 2007). L'auto-efficacité collective est dépendante des perceptions que les enseignants, les parents et les membres du personnel entretiennent sur eux-mêmes mais elle influe également les perceptions d'auto-efficacité

individuelle, l'engagement affectif et la satisfaction au travail (CAPRARA G., BARBARANELLI C., BORGOGNI L., PETITTA L., RUBINACCI A., 2003).

De plus, il semble que le stress professionnel, lié à un contexte d'incertitude puisse être prévenu par un fort sentiment d'efficacité individuelle et collective (LAHMOUZ K., DUYCK J.-Y., 2008). Le stress apparaît comme une problématique préoccupante à laquelle les organisations doivent faire face. Cinq grandes catégories de facteurs organisationnels et psychosociaux sont susceptibles de générer du stress : la situation macro-économique avec ses exigences de productivité, l'environnement matériel, les évolutions sociologiques de la relation à la clientèle ou l'utilisation des techniques de l'information et de la communication, l'organisation du travail et la qualité des relations de travail (CHOUANIERE D., 2006). L'auto-efficacité peut jouer un rôle de contrôle déterminant sur les trois derniers facteurs, au moins.

Le secteur sanitaire est particulièrement touché par le stress au travail ainsi que le souligne une étude menée en 2005 par la fondation de Dublin dans l'union européenne. Plus particulièrement encore, les professions soignantes sont touchées par le stress, ce qui conduit à des abandons prématurés du métier. L'épuisement émotionnel est particulièrement désigné comme une cause probable (JASSERON C., ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., RAHHALI I., 2006), ce qui met l'accent sur l'importance d'un collectif de travail pluridisciplinaire soudé (ESTRYN-BÉHAR M., 2008).

Les soignants disent subir des organisations du travail perçues comme toujours plus efficaces mais qui laissent moins de place à la relation au patient ou aux collègues. Ils déplorent le peu de contrôle qu'ils peuvent exercer sur leurs situations de travail (« l'institution décide de tout ») et ils estiment que dans une situation donnée, la probabilité d'apparition d'un événement est la même quelle que soit l'action qu'ils peuvent entreprendre. Cette absence de contrôle renvoie au sentiment de l'individu que ses actions ne pourront modifier le cours des événements et donc à une faible auto-efficacité individuelle ou collective. Il est donc possible d'interpréter ces abandons prématurés sous l'angle de la résignation acquise ou de l'impuissance apprise (SELIGMAN M., 1975). La résignation apprise a pour effet de dégrader les performances futures des individus, de faire obstacle au développement professionnel et de modifier l'humeur du sujet.

Les études dans les milieux soignants qui éclairent les compétences infirmières sont peu nombreuses. Certaines, pourtant, abordent conjointement ou séparément les questions d'analyse de l'activité et d'auto-efficacité (NAGELS M., 2008; NAGELS M., JAKIEWICZ N., 2008; PIGUET C., NAGELS M., 2006; SAVOYANT A., 2005). Nous nous inscrirons dans cette série d'études et nous noterons que l'auto-efficacité collective et sa relation avec l'analyse de l'activité ont été peu explorées jusqu'à présent ; le but de cette recherche-action étant de déterminer les facteurs spécifiques à la construction de l'auto-efficacité collective dans ce contexte particulier.

Le dispositif empirique

Le dispositif empirique a été mené dans les conditions d'une recherche-action en 2008 et 2009 au sein de cinq IFSI de plusieurs régions de France métropolitaine. Certaines interventions en IFSI ou lors de journées professionnelles, n'ont pas été prises en compte : le nombre de formateurs ou de directeurs d'IFSI présents était d'environ 300 mais aucune mesure de l'auto-efficacité collective ne pouvait être réalisée.

Au total, la population retenue est de cent neuf formateurs. Les formateurs ont été initiés à l'analyse du travail et à la didactique professionnelle par des interventions de type formation

continue en intra-établissement. La durée de l'intervention était variable, étalée de quelques semaines ou de quelques mois, sur des journées ou des demi-journées. En tout état de cause, l'intervention n'a jamais excédé huit journées complètes.

L'échelle reprise pour les besoins de cette recherche (FOLLENFANT A., MEYER T., 2003) mesure le niveau d'auto-efficacité en référence à des obstacles possibles, mais aussi la force de l'auto-efficacité face à des événements inattendus et difficiles à régler et la généralisation de l'auto-efficacité à l'intérieur d'une classe d'activités liées à la formation en soins infirmiers. Cette échelle avait déjà été adaptée pour mesurer l'auto-efficacité collective de soignants (PIGUET C., 2008). Elle comprend dix énoncés de forme déclarative orientés positivement, se référant à des comportements spécifiques en milieu professionnel. Ils sont suivis de réponses indiquant plusieurs niveaux d'accord possibles : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « pas vraiment d'accord », « pas du tout d'accord ». Une seule réponse est possible par énoncé et il n'y a pas de point milieu.

Nous avons décidé d'additionner les scores individuels de chaque membre des équipes pour ensuite établir le taux d'efficacité collective de l'équipe sur la même échelle de valeurs, à savoir de 10 points, auto-efficacité minimale, à 40 points, auto-efficacité maximale. L'auto-efficacité au travail a fait l'objet d'une mesure avant et après l'intervention.

L'auto-efficacité collective a également fait l'objet d'un prétest et d'un posttest qualitatif.

Nous nous sommes intéressés au niveau d'auto-efficacité collective en référence aux situations de formation proposant une acquisition de compétences : cours magistraux, études de cas, laboratoire de simulation, reprise d'alternance, etc. Dans ces situations, les différents formateurs apportent des ressources, se concertent et interagissent. Plusieurs paramètres sont enregistrés, il s'agit d'indices qualitatifs recueillis dans les discours : le partage des croyances, la coordination du groupe, les ressources collectives (ZACCARO S., BLAIR V., PETERSON C., ZAZANIS M., 1995). L'auto-efficacité collective a été évaluée à l'aide d'indicateurs motivationnels tels que l'engagement, les construits motivationnels, les facteurs individuels et situationnels (BOURGEOIS É., 2009), de l'effectivité des réalisations pédagogiques à destination des étudiants et de l'estimation de la performance du groupe à conduire la réforme.

Même si l'objet de la didactique professionnelle est particulièrement clair : l'analyse de l'activité pour former les compétences, pourquoi choisir d'initier les formateurs à la didactique professionnelle plutôt qu'à l'ergonomie ? Une formation à l'ergonomie qui s'intéresse aussi depuis longtemps aux compétences, n'aurait-elle pas permis d'atteindre les objectifs ? Il se trouve que l'ergonomie est l'une des trois influences majeures de la didactique professionnelle, à côté d'une approche cognitive de l'activité et de la didactique des disciplines. La didactique professionnelle s'est constituée de manière originale en intégrant ces trois influences et en s'orientant explicitement vers une démarche opérationnelle de formation professionnelle des adultes. De son côté, l'ergonomie, examine également les « interactions sur lesquelles il serait possible d'agir pour modifier les comportements » (ESTRYN-BÉHAR M., 2001) mais, en secteur sanitaire, l'ergonomie peut étudier préférentiellement le temps passé au lit du patient et mettre en évidence des contraintes à gérer, contraintes physiques, cognitives et émotionnelles. Son projet n'est pas spécifiquement de former les compétences des soignants mais plutôt d'agir sur les conditions de travail. Par exemple, l'ergonomie en étudiant le syndrome de surmenage professionnel a pu montré remarquablement « l'isolement du personnel et le manque de renforcement et de gratification des soignants par la hiérarchie » (ESTRYN-BÉHAR M., FOUILLOT J.-P., 1990).

Former à la didactique professionnelle est plus efficace au vu des objectifs annoncés ici parce que l'intervention vise le renforcement pédagogique dans le cadre de la réforme et poursuit la finalité explicite du développement des compétences des formateurs.

Sans décrire en détail les différents programmes de formation qui ont été adaptés aux contraintes de chaque IFSI dans le cadre de cette recherche-action, il est possible de relever que chaque programme, quelle que soit sa durée, comportait des thèmes communs : une réflexion sur la notion de compétence et l'évaluation des compétences mais aussi des méthodes d'analyse de la tâche et d'analyse de l'activité. L'usage de ces méthodes à des fins pédagogiques pour la construction des compétences en soins infirmiers constituait un apport essentiel.

Une augmentation de l'auto-efficacité collective

Les données qualitatives sur l'auto-efficacité ont été collectées à l'occasion de temps formels tels que des moments de libre expression dans le groupe au démarrage ou à la fin des sessions collectives et donc en présence de la totalité du groupe. Il est à noter que les énoncés positifs ont recueilli l'assentiment général et que les énoncés négatifs ont parfois été vigoureusement discutés, essentiellement à la fin de l'intervention.

Plusieurs paramètres ont été enregistrés : le partage des croyances quant à la capacité du groupe à faire face à la réforme et à l'approche par compétences promue par le ministère de tutelle, la coordination du groupe pour unir leurs efforts, concevoir et réaliser une ingénierie pédagogique efficiente et orientée vers l'approche par compétences, l'anticipation des ressources à mobiliser collectivement.

Des énoncés ont été recueillis en réponse à la question : « Que diriez-vous, en une phrase, de la capacité de votre équipe de formateurs à mettre en œuvre une approche par les compétences en soins infirmiers ? ». Ils ont été classés selon leur nature : indicateurs motivationnels tels que l'engagement, construits motivationnels, facteurs individuels et situationnels, effectivité des réalisations pédagogiques à destination des étudiants et estimation de la performance du groupe à conduire la réforme, mais aussi selon leur orientation : positive ou négative quant à la possibilité effective de mise en œuvre collective. Les tableaux 1 et 2 exposent les résultats principaux.

Tableau 1 Prétest - Appréciations de l'auto-efficacité collective à la mise en œuvre de la réforme

IFSI (nombre de cadres formateurs)	Énoncés orientés positivement	Exemple	Énoncés orientés négativement	Exemple
A (n=15)	4	Des collègues ont travaillé dans des groupes régionaux, ils ont des bonnes idées.	11	Nous n'avons pas les moyens d'y arriver, nous ne sommes pas prêts.
B (n=20)	15	S'il le faut, on appliquera sans se poser trop de questions.	5	On ne nous a rien expliqué jusqu'à présent, tout est à faire.
C (n=30)	24	On a quelques bases et quelques uns voudraient expérimenter les labos de compétence.	6	Ca n'a pas vraiment marché avec les AS (les formations d'aides-soignantes).
D (n=20)	18	Nous avons déjà des pratiques de formation qui vont dans ce sens.	2	Ca va ramer dans les équipes, on n'est pas tous au même niveau.
E (n=24)	18	Ca nous fera sortir de la routine, on en a besoin.	6	Je plains les étudiants qui vont essayer les plâtres et nous avec...
Ensemble (n=109)	79 (72 %)		30 (28 %)	

Tableau 2 Posttest - Appréciations de l'auto-efficacité collective à la mise en œuvre de la réforme

IFSI (nombre de cadres formateurs)	Énoncés orientés positivement	Exemple	Énoncés orientés négativement	Exemple
A (n=15)	12	C'était l'évaluation des compétences qui nous paniquaient. Maintenant, on y voit plus clair. Ouf !	3	Ca sera difficile de tout gérer à la fois. Il faudra bien continuer avec les promos en cours.
B (n=20)	15	Après cette formation, on voudrait encore renforcer nos premières expérimentations.	5	On ne sera pas tous sur le même rythme. Quid des résistances au changement ?
C (n=30)	26	Il nous reste à convaincre nos collègues sur les terrains (dans les services de soins).	4	Les habitudes des étudiants vont être chamboulées. Est-ce qu'ils accepteront de nous suivre ? Ce n'est pas certain.
D (n=20)	17	Je crois que nous avons compris que ce que nous pouvions faire de nos vieilles vidéos pour développer les compétences.	3	Le portfolio (livret d'évaluation des compétences des étudiants en cours et en fin de formation qui est imposé par la réforme) est trop complexe. On ne voit pas comment on pourra certifier des compétences.
E (n=24)	20	L'analyse de l'activité, c'est du concret. On va pouvoir s'appuyer sur l'expérience quotidienne.	4	On arrivera toujours à recycler nos cours.
Ensemble (n=109)	90 (83 %)		19 (17 %)	

Si l'on en juge par le nombre d'énoncés positifs qui augmente globalement, de 72 % à 83 %, sur l'ensemble des IFSI et celui des énoncés négatifs qui diminue d'autant, l'auto-efficacité collective s'améliore. Il est à noter tout de même que l'IFSI B n'a pas connu d'évolution et que le nombre d'énoncés positifs décroît d'un point pour l'IFSI D. La progression n'est donc pas constante pour les cinq IFSI.

Les énoncés peuvent parfois changer de nature entre le prétest et le posttest.

Les énoncés positifs prétest portent majoritairement sur des ressources supposées être partagées par le collectif, celles qui permettront de se préparer à la réforme, ou sur des qualités d'engagement ou d'innovation jugées intrinsèques à l'équipe. Posttest, l'auto-efficacité collective s'appuie plutôt sur des ressources liées à la didactique professionnelle.

Les premiers énoncés négatifs mettent l'accent sur des contraintes extérieures qui empêchent la mobilisation, des expériences mal vécues ou des manques de cohérence présumés de l'équipe. Posttest, ces obstacles demeurent et se conjuguent avec des contraintes externes : étudiants jugés peu matures, arrêté de formation catalogué comme « mal conçu », organisation perçue comme peu performante.

Les interventions ont été réalisées avec des équipes qui n'avaient pas été formées auparavant à la didactique professionnelle. De plus, rares sont les formateurs experts en pédagogie qui ont suivi une formation universitaire de haut niveau, néanmoins, le sentiment de compétence collective augmente après l'intervention. Ce résultat semble montrer que l'analyse de l'activité soit un facteur d'auto-efficacité au travail, individuelle et collective.

L'auto-efficacité collective a été mesurée avant et après l'intervention de sensibilisation à la didactique professionnelle. Le score de chaque équipe a été déterminé par la moyenne des scores individuels. Les tableaux 3 et 4 rendent compte de ces mesures.

Tableau 3 Prétest – Mesure de la tendance centrale de l'auto-efficacité collective

IFSI (nombre de cadres formateurs)	Score mini	Score maxi	Score moyen	Mode	Score médian	Écart-type
A (n=15)	17	35	27,13	28	28	4,91
B (n=20)	24	40	30,20	30	30	3,91
C (n=30)	20	40	32,00	32	32	4,68
D (n=20)	25	37	31,00	32	32	3,81
E (n=24)	17	40	28,75	29	29	5,80
Ensemble (n=109)	17	40	30,10	32	30	4,92

Tableau 4 Posttest – Mesure de la tendance centrale de l'auto-efficacité collective

IFSI (nombre de cadres formateurs)	Score mini	Score maxi	Score moyen	Mode	Score médian	Écart-type
A (n=15)	25	35	30,93	32	32	3,17
B (n=20)	25	35	31,25	32	32	2,83
C (n=30)	25	40	33,47	32	33	3,96
D (n=20)	19	40	32,65	32	33	5,49
E (n=24)	25	40	30,96	31	31	3,85
Ensemble (n=109)	19	40	32,01	32	32	4,07

Sur une échelle de 10 à 40 points, le score minimum augmente de deux points et le score maximum est tout de suite atteint avec 40 points.

D'une manière générale, les modes, moyennes et scores médians sont groupés mais leurs valeurs peuvent sensiblement différer selon les IFSI et le moment de la mesure. Modes et scores médians accompagnent l'évolution de la moyenne, c'est-à-dire de l'auto-efficacité collective. Chaque IFSI a vu augmenter son score d'auto-efficacité collective.

En matière d'auto-efficacité collective, la mesure de l'écart-type renseigne sur la cohérence du groupe dans les réponses individuelles. Un écart-type faible, à moyenne d'auto-efficacité égale, laisse présager d'une auto-efficacité collective plus consistante. Chaque écart-type a diminué après l'intervention.

Il est à noter que les IFSI A et E dont les scores étaient les plus bas et inférieurs à 30 points ont connu l'augmentation la plus importante, voir le tableau 5.

Tableau 5 Évolution des scores d'auto-efficacité collective –Prétest, posttest

IFSI (nombre de cadres formateurs)	Score moyen initial	Score moyen final	Évolution
A (n=15)	27,13	30,93	+ 3,08
B (n=20)	30,20	31,25	+ 1,05
C (n=30)	32,00	33,47	+ 1,47
D (n=20)	31,00	32,65	+ 1,65
E (n=24)	28,75	30,96	+ 2,21
Ensemble (n=109)	30,10	32,01	+ 1,91

La valeur de 30 points représente une valeur de référence avec cette échelle, tant pour l'auto-efficacité individuelle (FOLLENFANT A., MEYER T., 2003; NAGELS M., 2008) que pour l'auto-efficacité collective au travail (PIGUET C., 2008) : « L'ensemble de la population analysée présente un sentiment d'efficacité personnelle élevé avec une moyenne de 29.94 sur 40.00 ainsi qu'un sentiment d'efficacité collective élevé avec une moyenne de 29.67 sur 40.00 ». Il en est de même pour l'auto-efficacité mesurée avec des échelles plus générales (SCHWARZER R., JERUSALEM M., 1995) pour 17 000 personnes. Ainsi, nous pouvons considérer qu'une forte auto-efficacité est établie au-delà de 30 points.

Pourquoi avons-nous constaté une augmentation de l'auto-efficacité collective suite à ces phases d'analyse de l'activité ? Il semblerait que la formation à l'analyse de l'activité pour ces cadres formateurs représente un facteur de construction de l'auto-efficacité collective parce qu'elle contribue à générer un triple processus, au-delà même de l'augmentation des connaissances sur l'analyse du travail.

Le premier est un processus de généralisation et de reconstruction de sens. Il intègre les expériences antérieures de pédagogie active, d'approche par problèmes, voire des tentatives de simulation en laboratoire, mais la didactique professionnelle donne un surcroît de sens, par l'étayage théorique, à ces pratiques qui apparaissent finalement très empiriques aux participants eux-mêmes.

Le deuxième augmente le niveau d'abstraction dans la compréhension de ses comportements de formateurs et dans les logiques d'apprenance. Or, les cadres formateurs de ces IFSI étaient majoritairement à la recherche de renouvellement des pratiques et surtout d'une plus grande cohérence et solidarité d'équipe face à la réforme annoncée. Réinterroger leurs pratiques en les réinterprétant à la lumière d'une ingénierie des compétences a favorisé ce processus d'abstraction.

Enfin, l'analyse des expérimentations qui ont été réalisées spontanément en cours d'intervention, le travail autour des cas concrets, les échanges dans le groupe qui ont permis de se constituer une culture commune autour des compétences et de la didactique professionnelle, tout cet ensemble a produit un effet d'attribution des actes et des résultats au groupe, et à soi-même dans le groupe. Parce que l'efficacité collective représente un élément

de la structure sociale de l'équipe de formateurs, les premiers succès sont analysés comme le reflet de la compétence perçue du groupe et comme une promesse de succès à l'avenir sans que les échecs ne soient attribués directement au groupe.

Ces trois processus observés en cours des interventions sont vraisemblablement des facteurs du développement de l'auto-efficacité collective appliquée à la formation en soins infirmiers.

Conclusion

Lorsqu'à l'issue de l'intervention, nous avons interrogé quelques cadres formateurs ou directeurs d'instituts, ils nous ont rapporté quelques changements observés.

Les formateurs se disent plus persévérants et plus engagés dans la réforme proposée par le ministère de la santé. Leur résilience s'est accrue face aux difficultés de conception d'un dispositif de formation orienté vers les compétences.

Les signes d'une augmentation de l'auto-efficacité collective sont perceptibles et nous pouvons attendre que ces équipes se fixent des objectifs plus élevés. Collectivement, ces équipes devraient mieux coordonner leurs efforts et décider de manière plus convergente des réajustements à apporter au démarrage du nouveau plan de formation, ces prochains mois.

Aux directeurs des soins qui dirigent ces établissements de prendre le relai aujourd'hui. Les objectifs de management, de gestion du changement, sont là, présents devant eux : « La réussite de l'efficacité collective nécessite des méthodes convaincantes réunissant les intérêts partisans dans un projet commun. Les projets unificateurs doivent être explicites et accessibles grâce à un effort concerté » (BANDURA A., 2003). Nous leur souhaitons pleine réussite.

Bibliographie

BANDURA A. (2001). Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1 - 26

BANDURA A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles: De Boeck.

BOURGEOIS É. (2009). Motivation et formation des adultes. In CARRÉ P., FENOUILLET F. (Dir.), *Traité de psychologie de la motivation*. Paris: Dunod.

CAPRARA G., BARBARANELLI C., BORGOGNI L., PETITTA L., RUBINACCI A. (2003). Teachers, school staffs and parents efficacy beliefs as determinants of attitudes toward school. *European journal of psychology of education*, 18(1).

CARRÉ P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle ? *Savoirs : revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes*, N° Hors-série Autour de l'œuvre de Bandura

CHOUANIERE D. (2006). Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. *Documents pour le médecin du travail*(106).

ESTRYN-BÉHAR M. (2001). Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels et l'activité de travail réelle des soignants *Actualité et dossier en santé publique* (35).

ESTRYN-BÉHAR M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'EHESP.

ESTRYN-BÉHAR M., FOUILLOT J.-P. (1990). Étude de la charge mentale et approche de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans dix services de soins. *Documents pour le médecin du travail*

- FOLLENFANT A., MEYER T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In CARRE P., CHARBONNIER O. (Dir.), *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan.
- GIST M. (1987). Self-efficacy: implications for organizational behavior and human resource management. *Academy of Management Review*, 12
- JASSERON C., ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., RAHHALI I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherches en soins infirmiers*(85).
- LAHMOUZ K., DUYCK J-Y. (2008). Le stress professionnel, l'implication organisationnelle et l'auto-efficacité : cas d'une restructuration – les apports d'une étude quantitative. In *Actes du congrès de l'AGRH*. Dakar.
- LINDSEY D., MATHIEU J., HEFFNER T., BRASS D. (1994). Team efficacy, potency, and performance: A longitudinal examination of reciprocal processes. In *Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology*, . Nashville.
- NAGELS M. (2008). *Analyse de l'activité et développement de l'auto-efficacité. Contribution à une théorie agentique de la formation des compétences critiques des cadres et dirigeants de la santé publique*. Thèse pour le doctorat, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Sciences de l'éducation, Nanterre.
- NAGELS M., JAJKIEWICZ N. (2008). La formation infirmière à la croisée des chemins. Efficacité et équité dans le management des directeurs des soins. In CREAD, *Actes du Colloque « Efficacité et équité en formation » CREAD, Rennes, 19/21 novembre 2008*. Rennes: Université de Haute Bretagne.
- PASTRÉ P., MAYEN P., VERGNAUD G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154
- PIGUET C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières. Contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. Thèse pour le doctorat, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Université catholique de Louvain-la-Neuve, Sciences de l'éducation, Nanterre, Louvain-la-Neuve.
- PIGUET C., NAGELS M. (2006). Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de la santé en France et en Suisse. In ENFA, *7e colloque européen sur l'Autoformation - Faciliter les apprentissages autonomes*. Auzeville.
- SAVOYANT A. (2005). *La professionnalisation des personnels infirmiers*. Marseille: EQUAL - TRANSFERS.
- SCHWARZER R., JERUSALEM M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In WEINMAN J., WRIGHT S., JOHNSTON M., *Measures in health psychology : a user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor: NFER - NELSON.
- SELIGMAN M. (1975). *Helplessness : On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- SHAMIR B. (1990). Calculations, values, and identities: The resources of collectivistic work motivation. *Human Relations*, 43
- SPINK K.S. (1990). Collective efficacy in the sport setting. *International Journal of Sport Psychology*, 21 (Special Issue: The group in sport and physical activity).
- TROLLAT A-F. (2007). Vers l'autoformation à l'école : nécessité d'un travail en équipe des enseignants et sentiment d'efficacité collective. In AECSE, *Congrès AECSE. Actualité de la Recherche en Education et en Formation*. Strasbourg.
- VERGNAUD G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en didactique des mathématiques*, 10 (2/3).

VERGNAUD G. (1999). Le développement cognitif de l'adulte. In CARRÉ P., CASPAR P. (Dir.). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris: Dunod.

ZACCARO S., BLAIR V., PETERSON C., ZAZANIS M. (1995). Collective efficacy. In MADDUX J., *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application* New York: Plenum Press.