



**HAL**  
open science

# Pragmatiser la santé publique en formation infirmière : entre savoir à enseigner et pratiques professionnelles

Sandrine Monnier, Emmanuel Triby

## ► To cite this version:

Sandrine Monnier, Emmanuel Triby. Pragmatiser la santé publique en formation infirmière : entre savoir à enseigner et pratiques professionnelles. 6ème colloque international de didactique professionnelle, Lausanne, 2022, 2022, Lausanne, Suisse. hal-03752550

**HAL Id: hal-03752550**

**<https://hal.science/hal-03752550>**

Submitted on 16 Aug 2022

**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.

## **6<sup>ème</sup> Colloque International de Didactique Professionnelle 2022**

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec la HETSL de Lausanne et  
l'Université de Genève  
15 au 17 juin 2022, à Lausanne, Suisse

### **PRAGMATISER LA SANTE PUBLIQUE EN FORMATION INFIRMIERE : ENTRE SAVOIR A ENSEIGNER ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Sandrine MONNIER, LISEC, Université de Strasbourg, France, [sandrine.monnier@ghso.fr](mailto:sandrine.monnier@ghso.fr)  
Emmanuel TRIBY, LISEC, Université de Strasbourg, France, [triby@unistra.fr](mailto:triby@unistra.fr)

#### **Types de communication**

Recherche empirique

#### **Axes de la conférence**

Axe 1 : Croiser la perspective des acteurs

#### **Objectifs de la conférence**

Apporter de la visibilité aux réalités empiriques de la formation professionnelle

#### **Résumé**

*Notre communication présente les premiers résultats d'un travail de thèse en sciences de l'éducation et de la formation reposant sur la didactique professionnelle et portant sur l'enseignement de la santé publique (SP) en formation infirmière. Afin d'identifier des situations potentielles d'apprentissage et des savoirs d'action en SP, nous avons enquêté dans les milieux de soins généraux en combinant des observations semi-participantes et des entretiens semi-directifs auprès de 10 infirmiers. Les résultats montrent que l'hôpital, comme les soins à domicile constituent de bons terrains d'apprentissage pour la SP, à condition d'accompagner et d'outiller les pratiques d'enseignement et d'encadrement clinique avec des méthodes pédagogiques permettant la réflexivité et l'analyse de l'expérience.*

#### **Mots-Clés**

Santé publique, Formation infirmière, Didactique professionnelle.

## Contenu de la communication

### Introduction

La santé publique (SP) est un *concept social et politique* (OMS, 1988) défini comme « *un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes* » (Bourdillon et al., 2016, p.4). Il s'agit donc d'un paradigme complexe qui correspond à la fois - à une *finalité*, la santé des populations - à une *organisation*, le système de santé - et à une *démarche d'intervention* pluriprofessionnelle... Mais la SP est aussi *un état d'esprit* (Dozon & Fassin, 2001), une manière de considérer la santé et le soin dans leurs dimensions collectives, politiques, économiques et in fine, éthiques. Elle implique un point de vue et des perspectives macrosociales tandis que les infirmiers (IDE), exerçant majoritairement à l'hôpital, sont habitués à envisager le soin dans sa singularité et dans le contexte microsocial du service. La complexité de la SP la rend donc difficile à appréhender dans une perspective globale, à fortiori à enseigner... Elle fait parfois paradoxe pour les étudiants en soins infirmiers (ESI), et du fait de son incompréhension partielle, l'économie de la santé (ES) peut leur paraître dissonante, en effet, *la santé n'a pas de prix*, comment pourrait-elle alors, faire l'objet d'économies ? En tant que cadre de santé formateur au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de la région Strasbourgeoise, et ayant la responsabilité des enseignements de SP nous avons fait le choix d'explorer la question de la didactique de la SP dans la formation infirmière dans le cadre d'une recherche en thèse de sciences de l'éducation et de la formation qui trouve ancrage dans le champ de la *didactique professionnelle, l'analyse du travail en vue de la formation* (Pastré, 2015).

### Problématique

Si la dernière réforme française des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de 2009 visait à répondre à l'évolution des besoins de santé impliquant des compétences en SP, sa véritable intégration dans le parcours de formation relève davantage de l'intention que d'une réalité observable. En effet, dans le référentiel de formation actuel, les Unités d'Enseignements (UE) de SP restent référencées comme contributives et non constitutives du cœur de la profession. Elles représentent 75h de cours magistraux et travaux dirigés et 50h de travail personnel répartis aux semestres 2 et 3. Elles sont validées par un contrôle de connaissances en 1<sup>e</sup> année et la pertinence d'une démarche d'analyse d'un problème de SP en début de 2<sup>e</sup> année. Ces UE fragmentent et superposent une grande variété de concepts : prévention, promotion de la santé, éducation à la santé, santé communautaire, veille sanitaire, ES... - et appartenant à de nombreux champs disciplinaires nouveaux : épidémiologie, droit, politique, économie... - mais selon une architecture académique qui ne permet pas de créer du liant entre chacune des thématiques. Si les objectifs pédagogiques de ces enseignements sont de sensibiliser les ESI à leur rôle d'acteur en SP, et de leur permettre d'identifier leur place au sein du système, en s'appropriant les concepts fondateurs d'un état d'esprit, les UE de SP n'en restent pas moins *hors sol* en regard des situations de travail observables durant les stages. La SP ne fait pas partie du parcours clinique obligatoire, alors qu'elle l'était dans le programme

de formation de 1992 et les ESI ont rarement l'occasion de réaliser des stages dans des établissements et services de SP jugés souvent peu formateurs.

Ainsi, nous avons fait le constat d'un désintérêt des ESI, voire d'un rejet plus ou moins assumé mais parfois déclaré, des enseignements de SP : « *je n'suis pas sûre que dans la pratique, on utilise beaucoup de SP* »<sup>1</sup>. Durant les stages cliniques, majoritairement hospitaliers, la SP est difficilement observable, elle n'est pas parlée, souvent *non sue* et la compétence 5, *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*, est rarement évaluée. La jugeant trop théorique, parfois inutile, les ESI font l'économie de l'effort de travail qu'elle exige, au profit des savoirs biomédicaux qui leur apparaissent plus essentiels et davantage évalués sur le terrain, les résultats aux évaluations sont alors souvent décevants et la validation en stage de la compétence 5 est parfois un obstacle. Globalement, la SP a mauvaise réputation parmi les ESI.

En Suisse, des constats similaires ont été observés. En effet, d'après une recherche portant sur les conceptions de la promotion de la santé des nouvelles infirmières diplômées HES (Abed, 2011), la formation initiale semble moins professionnalisante dans le champ de la promotion de la santé que dans celui du modèle biomédical, notamment en raison d'un manque d'exploitation de l'alternance avec les stages où elle « *demeure dans ses balbutiements* » (Abed, 2011, p. 122).

La SP reste donc un savoir formel détaché des pratiques professionnelles à l'hôpital comme en formation académique et les professionnels ne parviennent pas à lui donner corps, ni comme pratique ni comme questionnement.

Pourtant, les besoins en prévention et en éducation à la santé n'ont jamais été aussi présents et reconnus et l'expérience de la pandémie de covid-19 a montré le rôle essentiel des IDE en matière de SP. D'un autre côté, les tensions qui pèsent sur l'équilibre du budget de la santé, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, ont fait de la recherche de l'efficacité des soins une condition sine qua non de la pérennité du système. Il convient donc pour les IDE comme pour l'ensemble des professionnels de la santé d'interroger désormais les dimensions collective et économique du soin et de leur agir, dans les situations professionnelles.

Comment dès lors, concilier et où, réconcilier les niveaux micro du soin et macro de la SP et lui donner du sens à l'horizon des pratiques professionnelles ? Qu'en est-il de la SP *sur le tas* ? Est-elle réellement inexistante où une entité abstraite *qui se fait sans le savoir* ? Autrement-dit, peut-on *pragmatiser* la SP et transformer des savoirs théoriques en *savoirs expérimentés* ? Dans cette perspective, la référence à la didactique professionnelle nous paraît un « détour » indispensable pour comprendre la production du savoir dans l'activité et l'analyse du travail et, rapprocher des murs de l'hôpital un savoir qui en semble trop distant.

---

<sup>1</sup> Commentaire écrit d'une ESI de la promotion 2017/2018, lors d'un bilan d'UE au printemps 2018

## Cadre théorique

La formation infirmière est construite selon une logique d'alternance visant l'acquisition progressive des 10 compétences de base permettant d'exercer la profession à un niveau de novice. Cette alternance est dite intégrative, elle permet non seulement, de mobiliser en stage les savoirs théoriques acquis en formation académique, mais aussi de développer des savoirs d'action à partir de l'analyse de l'expérience. Dès lors, « *il s'agit d'apprendre des situations, au double sens que, l'expression dans son ambiguïté, permet de signifier* » (Pastré, 2002, p.10). Concernant la SP, ce sont ces situations (ou plus vraisemblablement) leur analyse qui font défaut, or pragmatiser la SP, c'est justement considérer la SP comme élément entrant dans les *caractéristiques des situations* (Mayen, 2012) et donc l'intégrer dans l'évaluation des situations cliniques. Il s'agira alors de passer d'une *conception épistémique* (le savoir enseigné) à une *conception pragmatique*, c'est-à-dire « *sélectionner ce qui dans la situation est vraiment pertinent* » (Pastré, 2002, p.13) en matière de SP.

### La SP comme caractéristique des situations de soin

Considérant, dans la complexité des situations de travail, le soin au chevet du malade comme le niveau micro (triptyque patient, soignant, acte), incluant les conceptions et valeurs... et le contexte de l'hôpital ou du lieu de vie, au niveau méso (service, collaborateurs, normes et règles institutionnelles, familles, voisins, aidants...), la SP ne peut s'appréhender qu'au niveau macro, c'est-à-dire de celui des caractéristiques de la situation. Elles correspondent à « *tout ce qui affecte ou peut affecter, directement ou indirectement l'activité de celui qui agit avec elle et tout ce qui peut être affecté par l'action de celui-ci* » (Mayen, 2012, p.64).

La situation de travail est alors pensée comme un *environnement* dynamique au sein duquel des individus interagissent et toute situation est structurée autour d'un certain nombre de caractéristiques ou propriétés (Mayen, 2012). Nous en avons identifié 6 qui concernent particulièrement la SP.

En premier lieu, la SP a *une fonction*, une finalité, ici soigner, entendu dans sa fonction résolument sociale. Pourtant, l'organisation de la SP sous la forme de politiques sanitaires et sociales, qui n'est qu'un objectif, et sa fonction sociale, le soin, sont parfois confondues et résonnent alors comme 2 entités en tension.

Ensuite, la SP a *un but*, là encore, le soin mais dans sa dimension microsociale, celui que l'IDE va se fixer en fonction de ses valeurs et de ses conceptions. Le but dépend nécessairement des fonctions sociales et politiques et des objectifs de l'institution. La question qui se pose alors c'est « *soigner oui... mais comment* » ? Soigner en incluant le patient dans une dynamique d'éducation, d'autonomisation et de promotion de la santé ? A condition d'en avoir le temps... Soigner en économisant les ressources dans une logique d'efficacité et arbitrer sans cesse entre les normes institutionnelles et ses propres valeurs ? En effet, « *tout acte de travail est arbitré par un soi : un corps (partie du vivant) ; être social (en débat avec le milieu) ; être psychique (singularisé par son histoire privée)* » (Schwartz & Durrive, 2003, p.196). Enfin, se maintenir en compétence dans une perspective de qualité, mais aussi se battre en permanence pour faire reconnaître un besoin et libérer du temps de formation continue, d'analyse de la pratique, de recherche... ?

En troisième lieu, la SP se réfère aux *conditions*, particulièrement temporelles, matérielles et spatiales. A l'hôpital comme dans tous les milieux de soins, le temps, est à la fois une contrainte, une ressource et une prescription dans certaines situations. La notion du temps est alors complexe parce qu'elle superpose et concilie, parfois difficilement, différents niveaux de temporalités : celui du patient et celui du soignant à court et moyen terme et celui de la SP à plus ou moins long terme.

La SP se manifeste également dans les *systèmes d'instruments*, notamment sémiotiques, qui guident l'agir « *Des jeux de langage, des modes d'action, des formes de comportement sont requis et, comme les règles, sont plus ou moins impératifs ou ouverts* ». Ils constituent les signes et les indices qui permettent la visibilisation des conditions de la situation et participent à son fonctionnement. Ils représentent aussi tous les savoirs matérialisés dans l'organisation normée de l'espace et du temps, dans celle de la répartition du travail et des tâches et dans les relations de pouvoir. Les transmissions ciblées, standardisation écrite du discours, des actes et du raisonnement qui les guide, ou encore le fameux planning du roulement de travail, en sont des exemples concrets.

La cinquième caractéristique des situations qui permet d'identifier ce qui fait sens en termes de SP correspond aux *règles d'actions*, aux aspects normatifs et réglementaires qui encadrent le système de santé (Code la Santé Publique, référentiels de compétences, nomenclature des actes, Tarification A l'Activité, T2A...).

Enfin, *les autres personnes* constituent une dernière caractéristique des situations où la SP nous a paru structurante ; elle correspond à la dimension collective de l'activité, celle où il s'agit de travailler en collaboration avec une variété de professionnels, *le sixième ingrédient de la compétence* (Schwartz, 2018), c'est-à-dire, la capacité à mettre ses compétences au service d'un collectif synergique : un enjeu de SP pour les professionnels de santé, à fortiori pour les IDE, amenés à jouer un rôle de leadership en matière de SP.

## **Les situations potentielles de développement pour l'apprentissage de la SP et les concepts pragmatiques qui forment leur structure conceptuelle**

*Les situations potentielles de développement* désignent « *ce par quoi les caractéristiques d'une situation donnée peuvent engendrer (ou pas) des processus d'apprentissage et de développement, lorsqu'elles entrent dans le champ de l'activité d'un professionnel ou futur professionnel* » (Mayen & Olry, 2012, p. 93). En effet, une situation se pense avant tout dans l'interaction d'une personne avec son environnement : avec quoi, ce par quoi, et pourquoi elle a fait, ou fait une expérience (Mayen, 2012). Par exemple, la pluriprofessionnalité à l'hôpital considérée comme situation favorisant le partage du savoir donne-t-elle une place particulière à la SP ? Existe-il d'autres thématiques situationnelles potentiellement apprenantes pour la SP ? Plus profondément, il convient de se demander si les situations de soins généraux permettent la problématisation de la SP en leur cœur. En effet, la didactique des situations, même lors de l'apprentissage clinique ne se limite pas à une transmission de savoirs entre un expert et un novice par exemple, elle implique la construction de ces savoirs par l'apprenant lui-même, en étant confronté aux situations et aux problèmes qu'elles posent. Dans cette perspective, la situation doit être d'un niveau de complexité minimum afin de permettre à ce dernier d'être confronté à un problème et de le résoudre, pour ensuite analyser comment il a procédé pour être efficace (ou pas). Les situations potentiellement apprenantes doivent donc permettre de

mobiliser et/ou construire un ensemble de concepts pragmatiques et pragmatisés qui forment leurs *structures conceptuelles*.

Les *concepts pragmatiques* (Pastré, 2002), sont des concepts opératoires mobilisés dans l'action et sur lesquels reposent les stratégies au travail, ils constituent avec les concepts pragmatisés (les théories en action), la structure conceptuelle des situations qui orientent l'action. Il faut se demander dans quelle mesure et pour quoi la SP peut *mobiliser les acteurs* dans leurs *stratégies* : cela pourrait-il relever des normes de métiers ou des valeurs de la profession ?

Par ailleurs, un concept pragmatique a 3 propriétés (Pastré, 2011). La première est liée à son origine, il est issu de l'action et ne peut être antécédant à elle : c'est donc bien du côté de l'analyse des situations professionnelles qu'il est possible de l'identifier. Ensuite, le concept pragmatique a une fonction opérationnelle : il permet d'orienter l'action sur la base d'un diagnostic situationnel. Enfin, il a une dimension sociale, il sert la communication et la collaboration. S'il est mal défini, sans vraiment être implicite, tous les acteurs expérimentés et possédant un niveau de conceptualisation suffisant savent de quoi on parle dans le concret de l'activité. De quels concepts pragmatiques dispose-t-on en ce qui concerne le soin et en quoi sont-ils empreints de la SP ? Le raisonnement clinique représente le volet diagnostique de la démarche de projet de soin qui oriente l'agir infirmier. Il repose sur l'analyse des besoins de santé et aboutit à la formulation d'hypothèses diagnostiques, le jugement clinique. Se peut-il que la SP, à considération équivalente des problèmes biomédicaux, soit aussi partie prenante du diagnostic des situations et à ce titre permettre l'observation en actes des concepts théoriques associés à la SP. Autrement-dit, les diagnostics infirmiers de *manque de connaissances*, de *stratégies d'adaptation inefficace* ou de *non adhésion*, par exemple, peuvent-ils être reliés à la SP et peuvent-ils être considérés comme des concepts pragmatiques de SP ? Si oui, à quelles conditions ?

## Démarche méthodologique

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les soins généraux offrent une variété de situations potentielles d'apprentissage dont l'analyse permettrait de mobiliser les concepts en SP abordés lors des enseignements théoriques
- La SP est transversale à l'activité de soins mais elle est *non sue*, elle n'est pas visible directement et est peu mobilisée dans l'encadrement des ESI lors des stages cliniques
- Les activités en lien avec la SP sont peu valorisées par les IDE au profit d'activités mieux reconnues par l'institution

Pour les vérifier, nous avons réalisé une double enquête qualitative combinant observations et entretiens avec des IDE exerçant en structure et à domicile dans le domaine des soins généraux.

En termes d'objectifs, il s'agissait d'/de :

- Identifier et décrire les activités et les situations que les IDE de soins généraux associent à la SP
- Identifier et décrire des activités et des situations en lien avec la SP mais que les IDE ne se représentent pas comme telles

- Comprendre le point de vue et le rapport que les IDE de soins généraux entretiennent avec la SP et le soin et comment s'opèrent leurs articulations
- Identifier et formaliser des savoirs d'action portant sur la SP

L'enquête a été organisée en 2 phases. La première, en juin et juillet 2021 concernait 5 IDE exerçant en structures de soins publiques et privées dans plusieurs villes alsaciennes (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD), médecine interne, oncologie, urgences). La 2<sup>e</sup> phase, en octobre et novembre 2021 concernait 5 IDE exerçant au domicile du patient dont 1 IDE en Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et également au niveau de plusieurs communes, dont une en milieu rural et 1 en maison pluriprofessionnelle de santé; Nous avons volontairement exclu les services de soins spécialisés (santé au travail, santé scolaire...) où la SP est peut-être beaucoup plus visible, mais qui ne constituent pas des lieux d'apprentissage clinique et où une faible proportion d'IDE exercent, à fortiori en début de carrière. Les IDE ont été recrutés sur la base du volontariat, après présentation du projet aux cadres de santé et aux directions, qui ont ensuite relayé l'information dans les services de soins - ou directement au sein du réseau professionnel pour les IDE libéraux. Le seul critère d'inclusion était d'avoir obtenu le diplôme depuis au moins 1 an, mais notre souci était de constituer un panel représentatif de la démographie professionnelle. Au final, il sera constitué de 8 femmes et 2 hommes (l'un exerçant à l'hôpital, l'autre à domicile), 5 IDE sont issus de promotions ayant bénéficié du référentiel de formation actuel, 3 IDE de celui de 1992 et 2 de programmes antérieurs. Tous avaient au moins 5 ans d'expérience, l'IDE la plus jeune a 26 ans et la plus âgée 55 ans, pour une moyenne de 39 ans. Nous avons opté pour des observations de type *shadowing* (McDonald, 2005) ou *observation par ombrage*, ce sont des observations semi-participantes continues, où le chercheur *suit la personne observée comme son ombre* tout au long ou une partie de son poste de travail. L'intérêt était de pouvoir vivre l'activité dans sa globalité, incluant tous les soins directs et indirects, mais aussi les échanges informels, les temps de pause... tout en ayant la possibilité de poser des questions ou d'échanger à propos d'un geste ou d'une situation mais sans interagir avec elle ou la transformer. Les observations ont duré de 4 à 12h selon les secteurs pour une moyenne de 5h30.

Pour recueillir les données, nous avons utilisé une grille d'observation ouverte permettant de prendre note des informations concernant les situations dans une première colonne, et de formuler des remarques ou des questions en lien avec les situations dans une autre colonne pour, dans un second temps pouvoir les explorer lors des entretiens. Il s'agit d'une méthode relativement intrusive, qui en contexte de soins, porte le double inconvénient d'impliquer souvent un patient et d'entrer dans son intimité. Etant IDE expérimentée, et en accord avec les directions des établissements nous ayant accueilli, nous avons fait le choix de porter la blouse blanche et de nous présenter d'abord comme infirmière aux patients pour les rassurer. Les conditions d'hygiène imposées par la pandémie de covid-19 ont été une limite notamment en raison du port du masque (communication non verbale altérée), de même, dans les 2 services d'EHPAD, l'état des patients était très dégradé (précisons qu'il s'agissait également d'une période de canicule).

Chaque séquence d'observation a été suivie d'un entretien plus ou moins distant, soit en fin de poste de travail, soit à quelques jours d'intervalle afin de faciliter le travail de réminiscence. La 1<sup>e</sup> partie était de type semi-directive et s'appuyait sur un guide explorant les conceptions, représentations, valeurs et connaissances des IDE et en lien avec la SP ainsi que leurs rapports



aux savoirs, à la formation et au métier. La 2<sup>e</sup> partie de l'entretien portait sur les observations, nous souhaitions échanger sur les situations potentiellement apprenantes qui pouvaient en être extraites. Ce sont les théories du cours d'action qui ont inspiré notre démarche pour cette dernière partie de l'enquête et notamment *l'entretien d'auto confrontation de remise en situations par les traces matérielles* (Theureau, 2010) comme outil pour confronter les données observées en situation au point de vue des IDE et mettre leur expérience en histoire « *l'expérience vécue n'est accessible aux sujets que lorsqu'elle est renouvelée par la traversée du contexte où elle est revécue* » (Clot, 2015, p. 21-22). Nous souhaitions pouvoir accéder au vécu de l'expérience et à la subjectivité de l'activité observée en revenant sur des moments clé des périodes d'observation, où selon nous, de la SP pouvait être extraite. L'objectif général était d'identifier des savoirs d'action portant sur la SP et les rapports à ces savoirs. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits sous forme de verbatims. Ils ont duré en moyenne 1h.

Notre protocole de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Strasbourg.

Les données issues des entretiens ont été analysées selon la méthodologie d'analyse de contenu (Bardin, 2013) puis croisées avec les données des observations.

## **Synthèse des résultats**

### **Les soins généraux : des activités et des situations pour apprendre la SP**

Pour analyser le travail infirmier de manière quantitative, nous avons classé à partir de la grille d'observation, chaque séquence de travail ou de soin en fonction de la compétence qu'elle mobilisait de façon dominante dans l'activité. Nous nous sommes basés sur le référentiel des 10 compétences infirmières. Chaque activité a donc été codée de C1 à C10.

Les 3 compétences infirmières majoritairement mobilisées dans l'activité sont, dans l'ordre: C4, *mettre en œuvre des actions à visée diagnostiques et thérapeutiques*, qui correspond à la réalisation des actes sur prescription médicale, souvent techniques ; C9, *organiser et coordonner les interventions soignantes*, qui correspond aux activités de planification, de collaboration interprofessionnelle et de transmissions ; et C5, *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*, la compétence qui nous intéresse en particulier. L'activité infirmière dans les soins généraux mobilise donc bien une partie de la SP sous l'angle des dimensions éducatives et préventives des soins, et même de manière dominante dans une majorité de secteurs. En effet, seuls les 2 IDE exerçant en EHPAD ne mobilisent pas C5 de façon dominante. La domination de C4, pour une majorité d'IDE, témoigne que les soins sont encore largement déclinés autour de l'organisation médicale du travail, mais les entretiens montreront eux, que ce n'est pas pour autant une compétence valorisée par les IDE. Par ailleurs, C4 peut être mise en lien avec la SP sous l'angle de la prévention de l'iatrogénie, des recommandations de bonnes pratiques, de la qualité.... S'agissant de C9, elle peut être mise en lien avec la SP sous l'angle de la collaboration interprofessionnelle dans une perspective d'efficacité, de la formation des professionnels de santé, de la sécurité et de la veille sanitaire ou encore de la prévention des risques...

Nous avons pu identifier 35 situations potentiellement apprenantes pour la SP et issues de toutes les observations. Tous les secteurs d'activités sont donc porteurs de situations en SP. Les situations apprenantes peuvent être classés en 5 thèmes :

- *Prise en soins globale*, ce thème regroupe plus de la moitié des situations. Il correspond en très grande majorité à des situations observées à domicile (16 situations/17). Ce sont des situations où les soins relèvent d'un accompagnement dans toutes les sphères de la santé (polyhandicaps, fin de vie, pathologies mentales...). Ces situations sont transversales à d'autres thématiques, elles incluent souvent la prévention par exemple.
- *Prévention*, le thème correspond exclusivement à des situations observées en structures (7 situations). Les situations relèvent par exemple de la prévention des risques (escarres, dénutrition, chutes, déshydratation...).
- *Conseil-éducation* apparaît 7 fois sans grandes disparités selon les modes d'exercice si ce n'est qu'il n'apparaît pas pour les IDE exerçant en EHPAD. Il correspond à des situations où les IDE prodiguent des conseils ou des informations sur les soins où plus largement dans le domaine de la santé, en général dans une perspective de prévention également (conseils en vue d'éviter les complications liées à la mise en place de plâtres de contention aux urgences, en vue d'éviter ou atténuer les effets secondaires aux chimiothérapies ou à la prise d'opiacés en oncologie et à domicile).
- *La promotion de la santé* et de l'autonomie qui apparaît dans 2 situations aussi bien observées en structure et à domicile. Le thème correspond à des situations où les IDE encouragent les personnes prises en soins à avoir des comportements plus favorables à la santé où à participer aux soins pour conserver ou retrouver leur autonomie
- *La prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile*, apparaît de façon très logique uniquement chez l'IDE exerçant au SMUR.

Toutes les situations permettent d'appréhender les dimensions globale, collective et économique de la santé et des soins dans une perspective macro analytique. Elles peuvent toutes être mises en lien avec - l'organisation du système de santé - l'épidémiologie - au moins un niveau de prévention (primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire) – l'ES et un certain nombre d'autres concepts qui balayent de façon assez large l'ensemble des savoirs abordés en formation académique (politiques de santé, formation des professionnels de la santé, interdisciplinarité, qualité, sécurité et veille sanitaire...).

## **Des conceptions et des valeurs professionnelles en adéquation avec l'esprit de la SP**

D'une manière générale, les conceptions de la santé et du soin des IDE sont assez proches des définitions qu'en donne l'OMS. Elles sont donc tout à fait en adéquation avec l'esprit SP qui considère la santé au sens large et dans toutes ses dimensions physiques, psychologiques, sociales, spirituelles...Seules 2 IDE proposent une définition biomédicale de la santé et 1 IDE une définition curative du soin.

Concernant les conceptions de la compétence infirmière, elles varient en fonction des secteurs d'activités et ne correspondent pas toujours aux compétences qui ont été majoritairement mobilisées lors des observations. C4 par exemple, en lien avec le rôle prescrit et dominante dans l'activité observée, n'est pas du tout valorisée dans le discours, elle aurait même tendance à être minimisée au profit de compétences relevant davantage du rôle propre : l'adaptation, le

maintien des compétences et le respect des bonnes pratiques, la réflexivité ou l'observation clinique..., par ailleurs peu observées ou observables.

Le modèle biomédical ne semble pas exercer une grande influence sur les conceptions de la compétence et les pratiques, davantage orientées vers l'humain dans toutes ses dimensions, que vers un schéma curatif qui serait centré sur le rôle prescrit. Au contraire, les IDE semblent en quête d'affirmer la plus-value infirmière dans les prises en charge et notamment celle apportée par les activités en lien avec le rôle propre, le raisonnement clinique, l'éducation, la coordination... Une opportunité à saisir alors, aussi bien pour développer un esprit SP en formation initiale que pour promouvoir le champ d'autonomie de la profession au niveau des pratiques professionnelles.

De la même manière, nous avons pu identifier 3 familles de valeurs professionnelles qui semblent concorder avec l'esprit éthique de la SP : Les valeurs reliées au *care* (écoute, respect, empathie...) et que l'on peut relier à la finalité de la SP, le soin. Les valeurs reliées au professionnalisme (adaptabilité, compétence, formation...) que l'on peut relier à la qualité, la sécurité et l'efficacité et enfin, les valeurs liées à la déontologie professionnelle (honnêteté, confidentialité...) également reliées à la qualité, aux bonnes pratiques, à la réglementation professionnelle, composantes des situations de SP.

### **Des représentations et des connaissances assez floues dans le domaine de la SP et de l'ES et des points de vue différents sur le système de formation**

D'une manière générale, les IDE ont une vision qui balaie assez largement les différents champs d'intervention en SP (prévention, promotion de la santé, éducation) mais elle reste floue, constituée de certains exemples sans vraiment de relations entre eux. Le vocabulaire spécifique n'est pas mobilisé. Certains IDE mentionnent les dimensions collectives et politiques de la santé mais sans développer ou établir de liens avec la pratique professionnelle, à l'exception d'IDE exerçant en partie dans des contextes particuliers (réseau de soins palliatifs ou d'addictologie, formation). Tous en revanche la considèrent comme relevant des missions infirmières bien que leur rôle où leur place précise soit difficile à définir.

Concernant l'ES, les représentations sont tout aussi floues, elle est la plupart du temps associée aux coûts des soins et une grande majorité d'IDE font référence à la dimension économique de la prévention pour la définir. En revanche, nous n'avons pas vraiment repéré de dissonance ou de tension particulière. Seule une IDE évoque des objectifs qui peuvent être parfois *à contre sens*. Parmi les différentes thématiques abordées au sujet de l'ES, la prévention du gaspillage des biens publics a particulièrement retenu notre attention (gestion du matériel et des péremptions, recyclage, efficacité du temps humain en coordination, abus du système...), en effet, certains IDE semblent prendre position assez fermement en faveur d'un bon usage des produits et des services de santé incluant les questions économiques et même civiques, notamment en regard des consultations aux urgences inadaptées. Cela nous semble une piste de réflexion intéressante qui peut être transférée à une majorité de situations parmi les 35 observées.

Les savoirs associés à la SP sont majoritairement considérés comme utiles pour l'exercice professionnel, (8 IDE/10) mais ils ne le seraient pas forcément en formation et en début de carrière, où d'autres savoirs seraient prioritaires (pharmacologie, processus pathologiques, hygiène, ergonomie, techniques de soins...). La SP relèverait davantage d'un certain niveau

d'expertise permet par la maîtrise des bases et une capacité à prendre du recul sur les pratiques. Les souvenirs marquants de la formation en SP relèvent davantage d'expériences pratiques comme les stages ou les actions concrètes. Les cours théoriques ont laissé très peu de traces, probablement du fait du manque de liant que nous tentons d'explorer. La réputation négative des UE de SP est évoquée par plusieurs IDE.

D'une manière plus générale à propos de la formation, il existe des confusions dans la compréhension de la logique compétence sur laquelle repose le programme de formation et les points de vue sont assez variables selon les parcours de formation initiales et complémentaires. Les IDE les plus jeunes et/ou ayant complété leurs parcours en ont une perception plus positive, tandis que ceux qui ont connu un paradigme différent y voient davantage de failles. Plusieurs regrettent notamment les mises en situations professionnelles, (MSP) et une trop grande importance accordée aux soins techniques. En réalité, ce n'est pas le programme de formation, qui leur accorde cette valeur, mais les ESI eux-mêmes, et paradoxalement peut-être uniquement parce qu'ils s'imaginent que c'est ce qu'on attend d'eux. En effet, pour une majorité, l'acquisition des gestes techniques relève d'un sentiment de contrainte qui procure un stress et non de l'expression d'un intérêt particulier ou d'une forme de valorisation. Certains IDE jugent la formation trop théorique et préféreraient le système d'organisation modulaire du programme de 1992. Ils trouvent qu'il y a trop de concepts théoriques en première année alors que les ESI viennent démunis en techniques de soin, ce qui leur est d'ailleurs souvent reproché. Le manque de diversité des stages est évoqué comme frein à la professionnalisation, il explique notamment l'attention portée par les ESI aux actes techniques dans les rares services où ils peuvent les mettre en œuvre et les acquérir. Les IDE issus du programme actuel de formation et/ou ayant suivi des formations de type DU/L3 formalisent davantage les liens entre l'architecture de la formation, les modalités d'évaluation et la logique de construction des compétences mais tous mobilisent des méthodes réflexives dans leur encadrement. En revanche, la SP, l'ES et les concepts associés n'y sont pas mobilisés à l'exception de la prévention et de l'éducation, mais sans toutefois les relier plus largement à la SP ou dans des perspectives collectives et économiques.

### **Des pratiques non sues et des situations variablement identifiées comme potentiellement apprenantes pour la SP mais une ouverture à l'innovation**

Des situations sont variablement identifiées comme potentiellement apprenantes, qu'elles soient générales dans l'activité ou en lien avec les séquences d'observations. Globalement se sont plutôt des thématiques que des situations précises qui sont proposées : la prévention des effets secondaires des traitements ou l'éducation dans le cadre de la maladie chronique par exemple. Les IDE ont du mal à visualiser leurs activités de SP, du moins en début d'entretien. Pour certains, les échanges en cours d'observation, mais surtout en cours d'entretien permettent de faire évoluer les points de vue et de proposer des actions plus situées dont un certain nombre avait été répertorié. La majorité des IDE reconnaissent le potentiel apprenant des situations proposées par le chercheur et seule une IDE a tendance à minimiser son rôle éducatif et préventif dans la réalité du contexte de son travail. Tous néanmoins s'accordent, en fin d'entretien, sur la possibilité de mobiliser davantage les liens entre la SP et l'ES dans leur encadrement à condition de disposer de moyens (notamment de temps) pour adopter une posture réflexive.

Nous n'avons pas vraiment identifié de concepts pragmatiques dans le discours des IDE. Le vocabulaire spécifique de la SP est peu mobilisé et la partie de l'entretien portant sur les observations a occasionné peu d'explicitation et peu de commentaires, probablement en lien avec la lourdeur de la démarche de l'enquête et la place de la partie auto confrontation de l'entretien dans le protocole. Peut-être aussi en lien avec le manque d'expérience du chercheur pour cette méthode. Nous avons néanmoins pu mettre en évidence, grâce à l'analyse des verbatims, 13 concepts théoriques pragmatiques dans les situations. Par ordre d'occurrence : *Prévention – Information, Conseil – Collaboration, Coordination interprofessionnelle – Priorisation, planification – Education, ETP – Santé, soin global – Qualité – Organisation, continuité des soins, réseaux, filières, parcours de soins - Promotion de la santé, de l'autonomie – Accompagnement – Risque – Adhésion, non adhésion, refus de soins – Observance, non observance*. Les 2 derniers sont des diagnostics infirmiers, peu utilisés, mais qui offrent des possibilités pour intégrer la SP et l'ES à la démarche de raisonnement clinique.

### **Une démarche d'enquête qui implique une posture réflexive et fait évoluer le regard porté à la SP : un premier pas vers une synthèse provisoire**

D'une manière générale, notre démarche semble avoir placé les personnes en posture réflexive dans la mesure où elle a impliqué une prise de distance et un questionnement de l'activité et de son sens, notamment dans une perspective de SP. Certains IDE n'identifient aucun ou peu de liens entre notre objet d'étude et leur activité, en début d'entretien et parviennent à son terme à entrevoir qu'en réalité leur activité est traversée par la SP. La position et les informations apportées par le chercheur a nécessairement influencé l'évolution des points de vue, et involontairement, l'entretien s'est voulu symétriquement formateur. Cela démontre néanmoins le potentiel apprenant de l'entrée par les situations sous l'angle de ses caractéristiques qui permet de mettre les concepts théoriques à l'épreuve de la pratique.

## **Discussion**

### **Les soins généraux : un terrain fertile de mobilisation de la didactique professionnelle pour l'apprentissage de la SP**

Les soins généraux y compris hospitaliers offrent donc de multiples opportunités d'apprentissage pour la SP, que ce soit en regard de la construction de la compétence 5 ou qu'il s'agisse de mettre les concepts théoriques à l'épreuve de l'analyse des situations de travail. La SP est transversale à l'activité et aux compétences qu'elle mobilise, elle fonctionne en harmonie avec les conceptions et les valeurs professionnelles et est considérée comme une mission infirmière. Le modèle biomédical influence l'organisation du travail mais peu les conceptions de soins et de la compétence au profit d'une valorisation du rôle propre et notamment du rôle éducatif. Il n'existe donc pas d'incompatibilité entre l'état d'esprit qu'incarne la SP et l'environnement des soins généraux. Au contraire, il semblerait que le travail en interprofessionnalité et sa coordination représentés par une mobilisation dominante de la compétence 9 dans l'activité soient un levier pour donner du sens à la SP dans la pratique. L'entrée par les situations de travail est adaptée à la pragmatisme de la SP sous l'angle de

leurs caractéristiques, où peuvent être mis en lumière les différents savoirs théoriques abordés en formation académique, et ainsi dynamiser les apprentissages selon la logique *comprendre-agir-transférer* qui fonde le principe d'alternance. En effet, la complexité des situations de soin, de par justement leurs aspects micro et macrosociaux et de par les dimensions holistes qui les traversent et en constituent les caractéristiques les rend précisément apprenantes. Dès lors, les caractéristiques des situations « *forment, d'une part, ce qui est à maîtriser et d'autre part, ce dont il faut faire l'expérience pour le maîtriser, et occupe donc aussi un statut de condition d'apprentissage* » (Mayen & Gagneur, 2017, p.77). Les tuteurs du terrain sont volontaires pour innover et à adapter au domaine de la SP les techniques réflexives qu'ils utilisent habituellement pour enseigner la clinique.

### **La réflexivité pour analyser le niveau macro du soin et donner du sens à la SP**

Malgré sa transversalité, la SP est le plus souvent non sue, sa visibilité implique une posture réflexive pour s'extraire des niveaux micro et méso du soin et avoir un regard beaucoup plus large. Dans cette perspective, il paraît nécessaire de mettre à la disposition du terrain des outils et un accompagnement pour analyser les situations de travail avec les ESI qu'ils encadrent et questionner eux-mêmes leurs pratiques en regard de la SP. En effet, « *il ne suffit ni que les personnes reviennent sur leur travail ni qu'elles en parlent pour que le potentiel d'apprentissage par l'analyse de l'expérience soit positif. Il faut des conditions et des compétences qui ne sont pas toujours réunies* » (Mayen, 2018, p.151). Plusieurs outils déjà expérimentés dans la formation d'autres professionnels de la santé ou plus largement dans les domaines de la formation des enseignants ou des travailleurs sociaux peuvent être adaptés à l'apprentissage de la SP à l'IFSI comme sur le terrain. Nous pouvons citer *l'approche multi référentielle* (Ardoino, 2000) pour des analyse de situation sous la forme de debriefing en clinique ou de TD à l'IFSI, les pratiques de simulation et les jeux de rôle qui seraient associés à une auto confrontation croisée, ou encore les groupes d'analyse de la pratique professionnelle. Il s'agira aussi de développer des méthodes qui permettent de comprendre l'activité d'analyse interprofessionnelle et son potentiel d'apprentissage.

Une telle ambition nous semble impliquer un travail en synergie avec le terrain et de construire un dispositif qui intègre les encadrants, à la fois dans la formulation des objectifs pédagogiques, et à la mise en œuvre des actions de formation qu'elles soient académiques ou cliniques. Cela permettrait de mieux accompagner les IDE dans la compréhension des modèles pédagogiques et didactiques sous-tendus par le programme de formation et d'apporter dans le même mouvement une plus grande légitimité à la formation théorique. Si la place des IDE lors des TD à l'IFSI nous semble une évidence, nous pensons également, et c'est une demande du terrain, que les formateurs de l'IFSI ont aussi une place à prendre pour l'analyse des situations de SP lors des stages et dans la formation continue afin de rappeler sa dimension macrosociale.

### **L'approche expérientielle pour conceptualiser les situations de SP**

L'analyse des entretiens a montré que les liens entre la pratique professionnelle et la SP s'étaient formalisés avec l'expérience et une certaine prise de recul qui permet de questionner les pratiques en regard des conceptions et des valeurs. Les IDE n'ont pas mobilisé les savoirs

en SP durant leur formation et en début de carrière parce qu'ils étaient dans l'impossibilité de l'expérencier dans les deux sens du terme, c'est-à-dire d'en faire l'expérience et d'apprendre de cette expérience. Les approches réflexives que nous avons proposées plus haut permettent-elles de développer plus rapidement des capacités à conceptualiser les situations dont les acteurs ont fait l'expérience ? Les *stratégies* qui précèdent l'agir dépendent du *niveau de conceptualisation* de la situation et plus il est élevé plus le diagnostic de situation est pertinent et efficace, c'est cette particularité qui distingue notamment le novice de l'expert (Pastré, 2002). En effet, construit d'expérience accumulée et de formation efficace, le degré de maîtrise est fonction d'une aptitude réflexive (y compris la capacité de nommer) liée à toutes les situations d'apprentissage vécues. C'est aussi ce que démontre pour partie le caractère réflexif de notre enquête et les effets sur l'évolution des points de vue et le rapport à la SP, auprès d'IDE qui sont habitués à endosser cette posture et l'érigent même parfois en valeur.

### **Des concepts pragmatiques pour la SP ?**

Nous n'avons pas vraiment identifié de concepts pragmatiques pour la SP, le vocabulaire professionnel en lien avec la SP reste centré sur de grands concepts théoriques qui balayent tout de même assez largement les champs de la SP. Ce constat nous apparaît plutôt logique dans la mesure où la SP ne peut s'appréhender que dans une perspective macrosociale distanciée de la pratique quotidienne. Nous en avons recensé 13 qui peuvent être mobilisés dans l'analyse des caractéristiques des situations. Il s'agit davantage de concepts pragmatiques ou pragmatifiables que de concepts pragmatiques. Parmi eux, 2 diagnostics infirmiers ont été repérés et permettent d'envisager la mobilisation du raisonnement clinique dans l'analyse des situations de SP. Ce résultat nous apparaît fondamental dans une perspective de pragmatisme de la SP.

### **Limites de l'enquête**

La première limite que nous avons identifiée tient au panel enquêté. D'abord en raison de sa taille réduite et par ailleurs de par sa constitution. En effet, nous avons réalisé le recueil de données en période de pandémie, alors que les soignants étaient d'une manière générale épuisés et pour certains, en colère. Nous avons fait appel au volontariat pour participer à notre recherche, mais nous n'avons eu que très peu de propositions après de nombreuses relances. Les 10 IDE qui se sont portés volontaires font donc partie d'une catégorie de soignants particulièrement curieux, impliqués dans la formation des ESI et prêts à remettre leurs pratiques en cause dans le cadre d'un protocole de recherche relativement lourd. Nous nous posons la question du regard plus général porté sur la SP par l'autre part des IDE (plus conséquente probablement), celle qui aujourd'hui se pose des questions sur la profession, sur son sens. Tous les IDE sont-ils prêts à questionner ce qui fait tension entre leurs pratiques et les politiques de santé, la formation et plus généralement le milieu de la santé ? Dans le bilan d'UE d'avril 2022, nous avons repéré le témoignage anonyme suivant, à propos de l'identification des situations de SP en stage : « *J'ai eu des difficultés à faire des liens, j'ai demandé à l'équipe, qui m'a répondu qu'ils ne faisaient pas de santé publique en Ehpad* ». Une re didactisation des savoirs impliquera donc nécessairement l'accompagnement des équipes

du terrain dans sa compréhension et invite à explorer la question dans le cadre d'une enquête quantitative à portée nationale.

Toujours en regard du panel, nous n'avons pas pu accéder aux services de santé mentale du fait des restrictions liées à la pandémie. Nous pensons et, plusieurs IDE interviewés l'ont suggéré, que c'est un environnement porteur de SP qui offre un potentiel apprenant significatif et qu'il serait intéressant d'y poursuivre la recherche. Toutefois, un certain nombre d'ESI a rapporté des situations émanant de ce type de services lors de leur retour de stage en mars 2022 et leur analyse a démontré leur potentiel formateur. Les thématiques étaient portées sur la prévention du risque suicidaire, de l'isolement social, des conduites addictives ou encore sur l'aide au sevrage tabagique, alcoolique et toxicomane.

La deuxième limite que nous avons repérée tient à notre implication dans la démarche d'enquête. Si l'observation semi-participante interdit, en principe, au chercheur d'interagir avec les situations, la particularité du contexte des soins et des tranches de vies sensibles qui y sont vécues (probablement également la posture d'infirmière dont on ne parvient jamais véritablement à se détacher) nous a, par moments amenés à y déroger, notamment lors d'un entretien d'admission en oncologie qui s'est transformé en un entretien d'aide dans lequel nous avons été impliqué, et par le patient lui-même, et par l'IDE qui le menait.

## Conclusion

Au sein de notre IFSI, un certain nombre de modifications du projet d'enseignement de l'UE de SP du semestre 2 a été apporté pour la promotion 2021/2022. Le cours d'introduction aux concepts a été réalisé pour la première fois sous la forme d'un cours magistral interactif reposant sur les représentations des ESI et les expériences de santé et s'est clôturé par un quizz inspiré d'un célèbre jeu télévisé. Ce format ludique et participatif a été largement apprécié et a rassuré l'entrée dans un nouveau paradigme, qui rappelons-le avait mauvaise réputation. Nous avons également introduit 3 nouveaux TD qui ont remplacé des travaux de groupes habituellement rébarbatifs et infructueux autour des plans et des instances de SP. L'un de ces nouveaux TD portait sur l'analyse d'articles de presse en lien avec des thématiques de SP, ce qui a permis de mettre en évidence les liens avec l'actualité et les aspects collectifs d'un questionnement professionnel. Les 2 autres TD portaient sur l'analyse des situations cliniques. Pour le premier, nous avons sélectionné 6 situations sur les 35 référencées dans notre recherche et les avons soumises à l'épreuve de la pratique dans le cadre d'un travail d'analyse de situation emblématique en groupe. L'objectif était d'explorer les caractéristiques des situations et leur structure conceptuelle à l'aide d'un guide d'analyse orienté sur la mobilisation des concepts. Pour le suivant, ce sont les ESI qui ont rapporté les situations à leur retour de stage, afin de les analyser également en groupe. L'évaluation de ces innovations est en cours mais nos premières impressions et le bilan post-enseignements vont dans le sens d'un rapport à la SP et à l'UE qui s'en trouvent nettement changés par rapport aux promotions précédentes et nous invitent à poursuivre notre démarche.

D'autres perspectives sont à envisager : promouvoir l'interprofessionnalité et l'apprentissage en groupe d'analyse interdisciplinaire, ce qui pourrait se concevoir dans les UE 3.3 *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité*, ou dans le cadre du service sanitaire. Plus généralement, mobiliser davantage la SP dans toutes les UE, notamment celles portant



sur le raisonnement clinique, les processus (épidémiologie, prévention), la qualité et la recherche. Enfin, promouvoir la SP en encourageant des thématiques de mémoire de fin d'étude qui s'y rapportent. Le programme de formation, amené à évoluer dans les prochaines années et les tensions qui pèsent sur la gestion du personnel de santé nous permettront-ils d'atteindre l'ensemble de nos objectifs ?

## Bibliographie

- Abed, N. M.-A. (2011). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 120-129.
- Arduino, J. (2000). Approche multiréférentielle. *Education et formation*, 254-260.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Bourdillon, F., Brücker, G., Tabuteau, D., & Ménard, J. P. (2016). *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1(1), 165-177.
- Clot, Y. (2015). Théorie en clinique de l'activité. In Y. Clot, D. Faïta, & B. D. de publication Maggi, *Interpréter l'agir: Un défi théorique*. Presses universitaires de France.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (Éds.). (2001). *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique*. Éditions Balland, DL 2001.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles: Un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1(1), 59-67. <https://doi.org/10.7202/1006484ar>
- Mayen, P. (2018). S'écarter du travail pour mieux l'apprendre. Une réflexion pour l'ingénierie de formation en situation de travail et pour la conception d'organisations apprenantes. *Éducation permanente*, n° 216, 141-158.
- Mayen, P., & Gagneur, C.-A. (2017). Le potentiel d'apprentissage des situations: Une perspective pour la conception de formations en situations de travail. *Recherches en éducation*, 28, Article 28. <https://doi.org/10.4000/ree.6050>
- Mayen, P., & Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche et formation*, 70, 91-106. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1872>
- McDonald, S. (2005). Studying actions in context: A qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, 5(4), 455-473. <https://doi.org/10.1177/1468794105056923>
- Pastré. (2011). La didactique professionnelle. Un point de vue sur la formation et la professionnalisation. *Education sciences & society*, 2(1), 83-95.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17.
- Pastré, P. (2015). *La didactique professionnelle: Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Presses universitaires de France.
- Schwartz, Y. (2018). Les ingrédients de la compétence: Un exercice nécessaire pour une question insoluble. In R. Wittorski (Éd.), *La professionnalisation en formation: Textes*

*fondamentaux* (p. 169-202). Presses universitaires de Rouen et du Havre.  
<http://books.openedition.org/purh/1530>  
Schwartz, Y., & Durrive, L. (2003). *Travail et ergologie*. Octarès éd.  
Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, n° 2(2), 287-322.