

- une deuxième vision est davantage interactionniste. Dans ce paradigme, tout ne se décide pas par les structures et le tout ne se décide pas par une vision individualiste. C'est la posture de J.-P. Sartre :

« L'important n'est pas ce qu'on a fait de moi mais ce que je fais moi-même de ce qu'on a fait de moi ».

Le déterminisme paralyse car tout est écrit ; et l'individualisme méthodologique renvoie à un sujet rationnel, acteur stratégique, maître de son temps et de son œuvre. Le curseur est à placer entre la détermination sociale et le libre arbitre, ce qui renvoie à la « capacité » de P. Ricoeur (2004) au sens de se saisir des ressources et des contraintes du contexte pour être responsable des situations.

Les dynamiques identitaires intègrent la question du contexte car l'identité est toujours située dans une interaction sociale, elle-même contextualisée dans un contexte politique, économique, etc. Il est donc important de prendre en compte ces données pour notre recherche sur le terrain.

Nous écartons les inégalités de l'accès à l'identité dues à la surdétermination sociale. R. Sainsaulieu (1997) a investigué ces aspects mais nous posons là une limite à notre recherche afin de rester centré sur les comportements à proprement parler des acteurs.

En synthèse du concept **d'identité chez le cadre de santé formateur**, il ressort un possible phénomène d'identisation lié à la rupture par rapport à l'activité clinique et à la détention des savoirs. En lien avec les différentes évolutions évoquées au sein de la problématique initiale, qui viennent impacter l'identité professionnelle du cadre de santé formateur, différentes logiques identitaires qui peuvent être mobilisées en fonction des tensions intra subjectives et des tensions intersubjectives viennent enrichir notre problématique. De même, en fonction des enjeux portés par les individus et les enjeux portés par les institutions, le cadre de santé formateur choisit des stratégies identitaires ; celles-ci sont à intégrer dans une cohérence recherchée entre le projet d'autrui sur soi et le projet de soi sur soi.

Finalement ces dynamiques identitaires du cadre de santé formateur questionnent les postures professionnelles du cadre de santé formateur.

6. Les postures professionnelles du cadre de santé formateur

De par ses différentes fonctions⁸¹ (ingéniériques, pédagogiques et d'accompagnement), le cadre de santé formateur peut investir différentes postures professionnelles. Il convient alors de spécifier ce que nous entendons par postures. Quelle est la différence avec le positionnement professionnel ?

Le positionnement professionnel est un :

⁸¹ Ces fonctions peuvent être approfondies au sein de la thèse de Doctorat de l'auteur.

« Processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini^{B2} ».

Il permet de dire notre position, où nous sommes (dans l'espace et dans l'organisation) « par rapport à... ». Tel que l'évoque T. Ardouin (2008) dans sa note de synthèse pour son l'Habilitation à Diriger des Recherches, la position correspond à la :

« Symbolisation de l'endroit où se trouve la personne, c'est-à-dire où elle se place et là où l'organisation la met^{B3} ».

Quant à la posture, nous pensons qu'elle correspond à la manière de faire vivre un positionnement. Toujours pour T. Ardouin, il s'agit de :

« La façon dont l'individu se tient dans la position repérée, donnée et/ou prise. La posture renvoie alors aux attitudes et comportements dans le rôle professionnel^{B4} ».

Nous sommes en accord avec cette définition qui donne à voir la manière dont le positionnement est mis en action dans l'interaction avec Autrui au sein de l'environnement professionnel. Nous comprenons donc que la posture peut varier d'une situation à une autre, selon les circonstances. Il n'est ici pas question de se situer « par rapport à... » mais « avec ». Par ailleurs, nous rejoignons aussi M. Paul, pour qui, la posture :

« Définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique (...). Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui^{B5} ».

Dès lors le positionnement professionnel renvoie à la place prise dans l'organisation par une personne et la place attribuée par cette même organisation, en rapport avec le statut, les fonctions et les missions dévolues à cette personne. Tandis que la posture renvoie à la manière d'habiter le positionnement, dans l'interaction avec les autres et en adéquation avec ses valeurs. Nous choisissons donc d'adopter le mot posture en le considérant comme facette comportementale de la notion d'attitude au sens où l'a défini G.-W. Allport.

« Une attitude est un état mental et nerveux de préparation (a mental and neural state of readiness), organisé à partir de l'expérience, exerçant une influence directive ou dynamique sur les réponses de l'individu à tous les objets ou situations auxquels il est confronté^{B6} ».

Cette définition met l'accent sur le rôle de l'attitude dans l'orientation et l'expression de tout comportement humain. Par ailleurs, l'attitude trouve son origine dans l'expérience acquise. Il nous semble important de souligner que l'attitude est un état à la fois « mental et neural » du fait de ses composantes émotives et corporelles.

82 Jouffray, C. (sd). *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social*, p. 1. Récupéré le 26 Octobre 2013 de <http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf>

83 *Opus. Cit.* Ardouin, T. (2008), p. 13.

84 *Ibid.* Ardouin, T. (2008), p. 13.

85 Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan, p. 153.

86 Allport, G.-W. (sd). Récupéré le 27 Octobre 2013 de : <<http://www.psychoweb.fr/articles/divers/12-allport-gordon-willard-1897-1967.html>>.

6.1. Des postures à investir en lien avec la pédagogie socioconstructiviste

La formation initiale infirmière et la posture du cadre de santé formateur sont étroitement liées. En effet, la formation amène l'étudiant à penser, distancier et transformer ses pratiques professionnelles. Il en est de même, pour le cadre de santé formateur qui, s'il investit cette posture réflexive par rapport à ses propres pratiques de formation, va permettre à l'étudiant de s'inscrire dans cette même posture. C'est ainsi que nous pouvons identifier que la professionnalisation de l'étudiant passe par une pédagogie socioconstructiviste qui demande de reconsidérer les postures du cadre de santé formateur (M. Boissart, 2011).

Nous considérons que la posture du cadre de santé formateur est multiforme. Elle peut varier car elle s'inscrit en situation et en regard des intentionnalités du cadre de santé formateur et des demandes ou des besoins de l'étudiant. Le cadre de santé formateur a pour rôle d'impulser l'auto-positionnement de l'étudiant, en le guidant dans le bilan à réaliser concernant ses ressources et ses objectifs d'amélioration qui en découlent.

Partant de ces principes-là, le cadre de santé formateur conçoit, donne forme, fait émerger, organise, planifie, fait faire, amène à développer des habiletés, des capacités, des techniques, des méthodes qui positionnent l'étudiant dans un processus de professionnalisation. Ces diverses postures coïncident avec les intentionnalités et les objectifs pédagogiques qui consistent à aller où l'étudiant va en même temps que lui.

6.2. Des postures au croisement des croyances, des intentions et des actions

Les travaux de D. Pratt (1997), d'A. Jorro (2000) et de F. Gomez (1997) vont nous servir de référence pour étudier la notion de posture.

De ces travaux, D. Pratt a dégagé, telle que nous le montre la Figure 2.9, trois dimensions inhérentes à la posture de l'enseignant :

- **la croyance** : ce que l'enseignant croit qu'il fait en tant qu'enseignant ;
- **l'intention** ; ce que l'enseignant a l'intention de faire du point de vue pédagogique ;
- **l'action** : ce qu'il fait dans son rôle pédagogique.

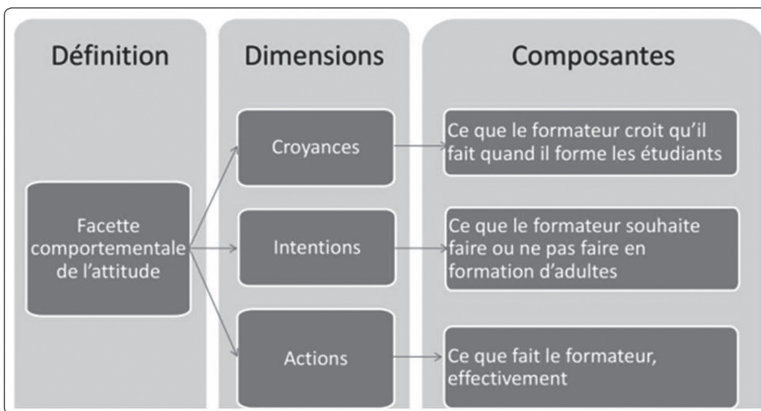


Figure 2.9 - La posture du cadre de santé formateur⁸⁷

87 Nagels, M. (2012, Mai). En quoi la logique compétence change la posture du formateur ? Journées nationales CEFIEC, Nevers, France.

À partir de ces trois dimensions de la posture, D. Pratt dégage cinq perspectives d'enseignement (la perspective d'une personne résulète, pour l'auteur, de l'expression de croyances personnelles et de valeurs liées à l'enseignement) :

- perspective de transmission ;
- perspective d'apprentissage ;
- perspective de développement cognitif ;
- perspective de réalisation de soi ;
- perspective de réforme sociale.

Nous pouvons, à partir de ces cinq perspectives d'enseignement synthétisées, dans le tableau 2.5, repérer les notions clés en rapport avec les croyances, les intentions et les actions de l'enseignant-formateur tout en y afférant en parallèle la posture qui en ressort.

Perspectives d'enseignement - formation	Croyances	Intentions	Actions	Posture
Perspective de transmission	Le formateur est un expert de contenu. Les objectifs prédéterminés améliorent la qualité de l'enseignement.	L'enseignement est efficace s'il permet aux étudiants de réussir ses examens.	Les objectifs donnés par le formateur sont précis, explicites. Le contenu est enseigné de façon précise, ordonnée, planifiée.	Animateur
Perspective d'apprentissage	Les connaissances et leur application ne peuvent pas être dissociées. L'environnement d'apprentissage doit proposer un contexte réel d'application.	Le formateur se veut être un modèle que les étudiants peuvent imiter pour bien comprendre les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être qui lui sont reliés.	Le formateur cherche à modéliser des habiletés associées à une bonne pratique.	Modèle
Perspective de développement cognitif	Le formateur soutient le développement de la réflexion des étudiants. L'enseignement prend en compte les connaissances antérieures des étudiants et favorise le dialogue.	Le formateur développe des façons plus complexes et nouvelles de raisonner à propos des objets d'enseignement.	Le formateur privilégie le questionnement comme stratégie d'enseignement et d'apprentissage, et ce, dans une perspective de confrontation entre étudiants.	Médiateur

Perspective de réalisation de soi	Les apprentissages ont lieu en développant une perception positive du soi.	Le formateur développe la confiance et l'estime de soi des étudiants. Relation et climat sont primordiaux.	Le formateur favorise l'expression des sentiments et des émotions. Il favorise la valorisation et les encouragements.	Accompagnateur
Perspective de réforme sociale	Le changement social et la construction d'un monde meilleur passe par l'apprentissage et par les institutions d'enseignement.	Le formateur amène les étudiants à réfléchir sur leurs valeurs et à s'engager à améliorer les pratiques.	Le formateur privilégie les valeurs sur les connaissances. Il tisse des liens entre les buts d'apprentissage et les changements à opérer dans les pratiques.	Agent de changement

Tableau 2.5 - Synthèse des postures possibles du cadre de santé formateur en regard des perspectives d'enseignement-formation de D. Pratt

Ainsi nous pouvons dire que le cadre de santé formateur peut se situer tour à tour dans ses différentes postures. Néanmoins, l'approche sociocognitive et socioconstructiviste du référentiel de formation infirmière invite à investir surtout la posture de médiateur qui correspond à la perspective de développement cognitif.

Il n'empêche que la posture d'animateur peut être tenue lorsque l'étudiant a besoin de connaître de manière explicite les objectifs d'enseignement posés, même si cette dernière s'apparente, il est vrai, à une approche plus traditionnelle de type behavioriste.

La posture d'accompagnateur, propre à une approche humaniste, est aussi une réalité dans la mesure où le cadre de santé formateur, notamment au travers de son activité de suivi pédagogique, crée les conditions propices à une relation de confiance dans la relation pédagogique ; il est convaincu que la valorisation et le développement de l'estime de soi et de la confiance en soi sont moteurs pour les apprentissages. Par son aide, il vise la résolution de problèmes par l'étudiant en lui facilitant la compréhension de sa situation et la mobilisation de ses propres ressources.

La posture d'agent de changement, relative à une approche éclectique et pragmatique, peut avoir son utilité pour développer une pensée critique à condition que celle-ci soit témoin d'une remise en cause fondée sur des résultats probants et non sur une analyse purement revendicatrice. Quant à la posture de modèle, issue d'une approche behavioriste et cognitivobehavioriste, elle ne nous semble pas convenir dans le sens où l'étudiant n'a plus à partir uniquement des connaissances pour les appliquer en situation mais plutôt à partir des situations pour en déduire les connaissances antérieures qu'il a mobilisées et celles qu'il a construites.

Au regard de ces perspectives d'enseignement-formation, quelles sont alors les principales postures d'évaluateur du cadre de santé formateur ?

Les postures de l'enseignant définies par A. Jorro (2000) vont ici nous aider à clarifier les actions de l'enseignant-formateur dans une visée d'évaluation.

Elle détermine quatre postures de l'enseignant qui sont celles de :

- contrôleur ;
- entraîneur ;
- conseiller ;
- consultant.

Dans l'optique de la posture de **contrôleur**, l'enseignant-formateur serait proche de la perspective de transmission de D. Pratt. Il s'agit, par une posture d'animateur, de transmettre via des cours magistraux, des savoirs et de contrôler en fin de séquence d'enseignement, l'acquisition de ces savoirs. Ce contrôle est noté, et c'est la mesure du produit fini qui est évaluée. Les notes de la classe sont réparties selon une courbe de Gauss et les meilleures notes sont montrées en exemples avec un discours très empreint de réussite et de dépassement de soi. Il n'existe pas de remise en question de la logique de transmission des savoirs.

Dans l'optique de la posture **d'entraîneur**, l'enseignant-formateur serait plus proche de la perspective d'apprentissage de D. Pratt (posture de modèle), bien qu'elle intègre également des aspects de la perspective de transmission (posture d'animateur). Il s'agit, à partir d'objectifs globaux, intermédiaires et spécifiques, de réaliser des contrôles continus et configus. Une remédiation s'opère en fonction des résultats des exercices donnés en intermédiaire qui gardent une valeur diagnostique. La répétition, l'effort et la persévérance représentent les clés de la réussite.

Ces deux postures ne rentrent guère dans la philosophie du questionnement du sens des situations et se rapprochent davantage d'une approche behavioriste voire sociobehavioriste où la place laissée à l'étudiant consiste seulement à être dans le registre applicatif des connaissances transmises. L'auto-évaluation de l'étudiant n'est pas privilégiée.

Dans l'optique de la posture de **conseiller**, l'enseignant-formateur serait plus proche de la perspective de réalisation de soi de D. Pratt. Par une posture d'accompagnateur, il valorise les réussites, accueille l'erreur, conseille, pratique le compagnonnage. Il différencie le parcours des étudiants et il a l'avantage de réfléchir sur ses pratiques. Il répertorie les compétences mobilisées en situation et l'évaluation a pour dessein de réguler les apprentissages. Pour ce faire, il incite à l'auto-évaluation en faisant émerger chez l'étudiant le processus mis en œuvre, les raisons de ce processus et les stratégies d'amélioration. Il s'agit d'une analyse conjointe qui permet de dégager les critères de réussite facilitant ainsi l'auto-évaluation de l'étudiant. Dans une logique d'accompagnement, tout comme la réussite de l'étudiant est valorisée pour ancrer les efficacités. L'erreur est également analysée, de façon bienveillante, car elle est considérée comme une étape dans l'apprentissage.

Dans l'optique de la posture de **consultant**, l'enseignant-formateur serait plus proche de la perspective de développement cognitif de D. Pratt. Par une posture de médiateur, il fait exprimer les représentations des étudiants en accueillant leurs désirs, leurs craintes, leurs demandes. En instaurant une communauté de pairs, il favorise la parole questionnante des étudiants tout en reconnaissant la parole singulière. Attribuant à la connaissance une fonction émancipatrice, il est soucieux de rester en retrait dans l'émergence du sens.

Ces deux dernières postures trouvent toute leur légitimité dans le référentiel de formation infirmière. La première, notamment dans une logique d'accompagnement individuel de l'étudiant : lors d'analyses de pratiques en relation duelle avec le cadre de santé formateur ou lors des suivis pédagogiques qui permettent de faire le point, le bilan situationnel de là où en est l'étudiant dans ses apprentissages (d'un point de vue des UE, des compétences et des activités). La seconde, notamment dans une logique d'accompagnement collectif : lors d'analyses de pratiques en groupes par exemple. Ces deux postures nous semblent à valoriser pour se situer au service de l'accompagnement de l'étudiant dans le but de rendre ce dernier acteur voire auteur de sa formation.

Pour finir, nous nous appuyons sur les travaux de F. Gomez (1997), qui, grâce à une revue de littérature fait ressortir sept postures possibles pour le formateur d'enseignants : l'ingénieur, l'expert, le chercheur, le modèle, le clinicien, le perturbateur et le mentor. Bien que ces postures soient tenues par le formateur d'enseignant, des similitudes peuvent être rapportées au cadre de santé formateur en termes d'intentions pédagogiques, de stratégies et d'impacts sur la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant.

L'ingénieur : l'utilisation d'instruments scientifiques garantit l'efficacité pédagogique. Il s'agit d'une approche « méthodologique » de la fonction de formateur qui donne à voir les différentes manières de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer un enseignement. Nous nous rapprochons de l'aspect technique de l'ingénierie de formation. Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle d'instrumenter la pratique.

L'expert : il s'agit du formateur qui, par son observation, son analyse de pratique, réalise une évaluation diagnostique et donne des conseils pour viser une progression. Contrairement à l'ingénieur, qui reste dans une approche globale, l'expert recherche la personnalisation de son intervention. Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle d'analyser et conseiller la pratique de l'étudiant. Étant reconnu comme sachant construire et gérer un processus (ensemble d'opérations dont l'enchaînement est logique), il se centre sur le problème que rencontre l'étudiant. Il apporte des éclairages et des hypothèses inspirées de son champ disciplinaire ; à savoir que ses sources relèvent souvent du modèle médical technique.

Le chercheur : le formateur réalise des travaux de recherches de manière concomitante à sa pratique. L'intérêt, de prime abord, consiste à se familiariser avec les méthodes, méthodologies de recherche. Cet engagement dans la recherche marque la volonté de produire des connaissances, de problématiser, d'interpréter les résultats obtenus et de les mettre en confrontation avec d'autres praticiens-chercheurs (expression que nous empruntons à M. Altet (1994)). À l'instar de cette auteure, qui lors de l'introduction des mémoires professionnels dans la formation d'enseignants, s'est positionnée en militant sur la nécessité de produire des recherches en tant qu'enseignant, nous pensons que les recherches dans le domaine des sciences de l'éducation ou toute autre discipline connexe aux Sciences Infirmières par les cadres de santé formateurs, sont gages d'innovation et :

« De rapprocher ainsi deux mondes opposés : celui de la rationalité scientifique qui s'intéresse au "pourquoi" et celui de la pragmatique des praticiens qui vise le "comment" et la solution à des problèmes immédiats⁸⁸ ».

88 Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. Paris : PUF, p. 245.

Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle de susciter l'intérêt de l'étudiant pour la recherche, enjeu majeur depuis l'intégration de la formation infirmière au circuit LMD.

Le modèle : Pour A. Bandura (1976), notamment, la modélisation apparaît comme un moyen d'apprentissage qui sert de guide, de référence à l'action. F. Gomez (1997) met toutefois en garde les lecteurs par rapport à cette posture car l'idéalisation de la personne servant de modèle, dans une logique d'identification, entraîne l'incorporation et l'assimilation de certains éléments de la personnalité du formateur. Néanmoins, des effets très positifs peuvent découler de l'imitation et d'une identification partielles car elles peuvent faciliter l'intégration à une culture professionnelle qui est nouvelle pour l'étudiant. En formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle d'être support d'imitation.

Le clinicien : toute situation pédagogique étant singulière, le formateur clinicien est celui qui apprend à repérer en soi les implications psychiques dans le métier exercé. Ainsi, l'étudiant est engagé à réaliser un travail intérieur pour prendre conscience de son fonctionnement psychique. L'accent est porté sur le questionnement éthique à partir de situations analysées d'où ressortent les connaissances et expériences vécues. Un travail de lucidité sur soi en ressort. Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle de clarifier les relations interpersonnelles.

Le perturbateur : ce formateur initie des stratégies qui visent à mettre l'étudiant en situation donnant à voir l'habitus qui contrôle les actions professionnelles. Son objectif consiste à faire évoluer l'habitus et favoriser la conscientisation du fonctionnement propre de l'étudiant. De cette manière, les actions « spontanées » peuvent être analysées en lien avec les connaissances procédurales. En proposant des situations nécessitant la mise en œuvre d'autres actions que des routines, le formateur favorise la prise de conscience des actions utilisées et par voie de conséquence, le développement du stock de réponses disponibles. Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle de déstabiliser pour faire progresser.

Le mentor : c'est à partir des travaux de l'auteur J.-H.-C. Vonk (1995) que la posture de mentor est proposée. Des rôles divers sont tenus par le mentor (conseiller, observateur, pourvoyeur de feed-back, instructeur, évaluateur) dans une visée de guidage (mentoring). Il s'installe entre un professionnel expert et le novice (étudiant) un processus réciproque d'apprentissage au sein de l'environnement de travail. Nous nous rapprochons ici finalement de la pratique tutorale (comme la définissent plusieurs auteurs tels que R. Wittorski (1996)) qui mobilise des compétences variées (communication, réflexion, questionnement, analyse, transmission de normes et de valeurs) ainsi que des métacompétences (regard sur soi, sur ses pratiques, ses capacités d'action, ses compétences) ; ceci dans une logique de travail sur l'identité professionnelle et sur les habiletés professionnelles. Bien que cette posture s'apparente davantage à celle du tuteur, la notion sous-jacente de réciprocité d'apprentissage nous intéresse car elle peut aussi éclairer notre problématique d'instauration par le référentiel de formation infirmière d'une posture du formateur, qui en double boucle, impulse chez l'étudiant une posture réflexive, laquelle, engendre également chez le formateur une posture réflexive : la posture de l'un agissant sur l'autre. Ramenée à la formation infirmière, cette posture du cadre de santé formateur a pour principal rôle de guider et d'accompagner.

Nous le constatons, la cartographie ainsi choisie, au travers des typographies des trois auteurs retenus, montre des enchevêtrements possibles et des similitudes de postures ; bien que complexifiant l'approche de ces postures possibles en situation pédagogique, elle rend intelligible les sens visibles et cachés des intentions sous-jacentes du cadre de santé formateur.

6.3. Vers la question de l'altération du cadre de santé formateur ?

Comme nous l'avons vu au sein de nos travaux et tout au long de la construction de la problématique dans cette thèse, de nombreux changements s'opèrent pour le cadre de santé formateur en lien avec l'instauration du référentiel de formation infirmière. Les changements touchent tout autant ses activités, ses missions et le cadre partenarial dans lequel il se met scène. En particulier, l'universitarisation et la culture qualité que le cadre de santé formateur découvre dans le système de la formation remettent en cause sa place au sein de ce système. De même, le changement de paradigme pédagogique et de philosophie fondatrice du référentiel de formation invitent le cadre de santé formateur à une certaine acculturation pédagogique et à repenser ses pratiques. De facto, une montée en charge de l'offre de formation en Masters pour cette population professionnelle s'effectue. Quelles sont alors les conséquences sur le soi professionnel du cadre de santé formateur ? Dans quelle mesure la machinerie enclenchée par ce système engendre-t-elle une altération du cadre de santé formateur ?

En tant qu'altération, nous pensons au processus décrit par J. Ardoino :

« Processus par lequel l'autre exerce une influence sur nous, nous affecte, et contribue ainsi à notre transformation, à notre évolution. (...) Plus généralement : effets plus ou moins réciproques d'influences entre des personnes, donc modifications⁸⁹ ».

Bien que l'altération soit souvent synonyme de dénaturation, J. Ardoino élargit cette vision en incluant une connotation positive de transformation de la personne, transformation des façons de penser, des croyances, des valeurs, etc.

Les multiples changements évoqués pour le cadre de santé formateur impliquent une appropriation de toutes les nouveautés engendrées. Or, l'appropriation ressort dans la littérature comme un processus déformant. M. Bataille (1996) nous dit à ce propos que l'acceptation de la nouveauté implique son adaptation donc sa déformation. La déformation provient de son incorporation dans un système déjà en place (système composé de connaissances et de pratiques), lequel se modifie par l'acceptation de cette nouveauté.

En partant de l'étude de M.-P. Trinquier (2005) sur la formation continue des enseignants et la question de l'altération des formateurs, nous nous interrogeons, par transposition, sur des similitudes possibles pour le cadre de santé formateur lorsqu'il est en situation pédagogique avec l'étudiant, tenant compte de la posture critique à faire développer chez l'étudiant. Dans son étude, M.-P. Trinquier (2005) déduit que l'altération du formateur est effective lorsque ce dernier amène les formés à construire une pensée qui s'appuie sur le contexte et qui analyse la complexité de la situation pédagogique. Ceci

89 Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*. Collection Éducation et Formation, pédagogie théorique et critique. Paris : PUF.

est rendu possible grâce à une posture d'accompagnement de la part du formateur et non d'injonction. De surcroît, cette altération est aussi effective dans la mesure où les formés participent à donner leur avis sur l'opérationnalité des méthodes, et outils mis en place. Ces données de construction de pensée axée sur l'étude de situations de soins de plus en plus complexes pour l'étudiant, la place à accorder à l'étudiant en tant que partenaire à part entière du dispositif pédagogique et la posture prédominante d'accompagnement du formateur ne sont pas sans nous faire penser au référentiel de formation infirmière. Ces éléments invitent le cadre de santé formateur à s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue et de formation. Mais si la visée recherchée est bien d'altérer le cadre de santé formateur, les formations à caractère interstructurant où l'accent est mis sur la réflexion par le cadre de santé formateur concernant la pertinence des nouveaux outils ou recherches, l'évolution de sa professionnalité, la transformation de leurs dispositions (J.-M. Barbier, 1996) semblent à favoriser.

6.4. Le cadre de santé formateur (dé)professionnalisé ?

Du fait de la nécessité pour les cadres de santé formateurs de se former à un niveau Master (M. Boissart, 2011), du choix qui semble vouloir être laissé aux Directeurs d'IFSI de recruter des cadres de santé formateurs ou des infirmiers avec un niveau Master (la question de savoir s'il fallait être obligatoirement cadre de santé a été posée au sein du CEFIEC PACA le 02 Octobre 2013 : 75% sont en faveur de formateurs à la fois cadres de santé et titulaires d'un Master II) et des démarches qualifiées fortement suggérées, les cadres de santé formateurs ne risquent-ils pas de se trouver confrontés à une brutale déconstruction de leur mode de professionnalisation et de leur professionnalité ?

L'emploi du terme de déprofessionnalisation peut paraître sociologiquement difficile. Il revêt un caractère polysémique (L. Demailly et P. De La Broise (2009)). Il convient alors de clarifier le sens que nous lui donnons au regard de notre problématique. Nous exploitons le terme de « déprofessionnalisation » dans un seul sens : celui de l'inverse de « professionnalisation » dans l'approche théorique que nous avons traitée. À savoir selon les trois niveaux de la professionnalisation :

- **Le niveau pédagogique** en lien avec le dispositif de formation (« *l'espace des organisations* ») ;
- **Le niveau des acteurs** qui concerne la professionnalisation des personnes par rapport à leurs compétences et identités (« *l'espace des individus et des groupes sociaux* ») ;
- **Le niveau social** qui concerne la « professionnalisation-profession » en lien avec la constitution de la profession, la reconnaissance du métier (« *l'espace politique et social* »).

Tout comme l'indique L. Demailly (2003), le processus de professionnalisation ainsi conçu, admet une pluralité des formes de construction sociale d'une autonomie individuelle et collective au travail. Nous pouvons penser, comme le démontre l'étude menée par cette auteure auprès des enseignants-chercheurs, des postiers ou des médecins psychiatres, qu'une certaine déprofessionnalisation vue en tant qu'inversion d'un mode spécifique de professionnalisation, pourrait provenir d'une perte de créativité, d'autonomie dans l'exercice du métier (du fait d'une « hyperréférentialisation » ou de prescriptions très strictes des modalités pédagogiques à suivre) et d'un assujettissement aux démarche

qualités qui, tout comme dans le monde des entreprises, visent l'excellence. Pour autant, l'avènement du référentiel de formation a tout de même élargi, enrichi les activités du cadre de santé formateur du point de vue des TD nécessitant un panel de compétences en analyses des pratiques mais les partenaires pédagogiques avec qui il travaille à présent (universitaires pour les UE contributives et les professionnels des stages) prennent une place à part entière dans l'évaluation de la formation de l'étudiant. Quelle est alors la part d'autorité de cet acteur dans son rapport au travail et aux autres ? C'est pourquoi, la déprofessionnalisation du cadre de santé formateur, en fonction du cadre spatio-temporel, comme contexte de la déprofessionnalisation pourrait se dévoiler aux trois niveaux sociologiques : macro, méso ou micro en regard des politiques publiques, des transformations d'une organisation ou du quotidien du travail.

En faisant un parallèle avec le monde des entreprises, nous assistons dans le monde de la formation infirmière, à une accélération des flux de données, une utilisation fortement suggérée des Technologies de l'Information et de la Communication en Éducation (TICE) et les exigences de maîtrise de la formation qui introduisent un grand nombre de nouveaux points de contrôle et ajoutent des couches de complexité au sein des organisations. Le résultat en est un besoin de compétences accru en même temps qu'une standardisation des processus. Il résulte également de cette situation un paradoxe entre les suscitations à innover et les temps de normalisation et de documentation des activités. Nous émettons là un point de vigilance sans vouloir tomber dans la critique des évolutions de fond. Il convient d'identifier qu'une navigation entre deux pôles opposés pourrait présenter un effet pervers, celui d'oublier le métier derrière le process.

Un sentiment de déprofessionnalisation peut être possible s'il n'existe pas de processus de congruence avec l'expérience construite, ce qui renverrait à la négation de la construction de l'expérience.

La professionnalisation relève d'une volonté des organisations qui s'accompagne d'un projet de changements à propos des activités ou des compétences en lien avec un projet de changements des institutions. La proposition de changements, pour rester professionnalisante, a besoin d'être perçue positivement. Si les intentions sont perçues comme dérangeantes, il peut s'en suivre un sentiment de déprofessionnalisation. Les vécus de déprofessionnalisation peuvent se retrouver ainsi (R. Wittorski, 2012) :

- la professionnalisation, au niveau social (professionnalisation-profession) : la déprofessionnalisation correspondrait à une perte de gestion par le groupe ;
- la professionnalisation, au niveau pédagogique (professionnalisation-formation) dont le souhait est de développer des compétences par les organisations, de « fabriquer un professionnel » doté des caractéristiques de la profession : la déprofessionnalisation correspondrait au fait de se trouver dans un dispositif avec des activités que l'acteur ne souhaite pas travailler.
- la professionnalisation, au niveau des acteurs (professionnalisation-efficacité du travail) qui tend à promouvoir des dispositifs concurrentiels pour être efficace : la déprofessionnalisation correspondrait à un développement de compétences qui se trouvent en contradiction des caractéristiques des compétences attendues.

Toujours d'après R. Wittorski (2007), des différences existent entre le point de vue de celui qui met en œuvre la formation et de celui qui est engagé dans le dispositif. Le sujet lui-même peut sous le coup du référentiel (injonction de compétences) considérer qu'il y a négation de l'expérience antérieure. Le dispositif, peut-il alors avoir tendance à dire implicitement que ce qui était fait antérieurement n'est pas bon ?

Ces considérations renvoient à l'intentionnalité du processus de professionnalisation : S'agit-il d'un objectif de maîtrise du processus ou d'un objectif de maîtrise du produit du travail ? Tout dépend, semble-t-il, si nous nous plaçons du point de vue du sujet ou de l'activité.

De ce fait, en quoi l'analyse des pratiques du cadre de santé formateur peut-elle participer du processus de professionnalisation et éviter les tribulations d'une déprofessionnalisation ? Afin d'y réfléchir, nous poursuivons avec l'analyse des pratiques du cadre de santé formateur.

6.5. À propos de l'analyse des pratiques du cadre de santé formateur

Concernant l'analyse des pratiques des enseignants, J.-M. Barbier écrit :

« Il est probable que les processus de mentalisation et de formalisation de ces processus permettent une affirmation plus forte de leur espace réel de responsabilité dans le fonctionnement social⁹⁰ ».

L'affirmation d'un espace réel de responsabilités dans le fonctionnement social, pourrait constituer un des enjeux majeurs si nous nous référons aux résultats de notre enquête (M. Boissart, 2011) qui mettait en évidence la méconnaissance des contours nouveaux de la profession cadre de santé par les autres acteurs de la formation. Les représentations mettaient à jour des questionnements sur ce que les cadres de santé formateurs font dans les IFSI tant la responsabilité qui incombe aux professionnels des stages est grande par rapport à l'évaluation.

Par ailleurs, l'enquête menée par C. Bikter (2010) dans le cadre de son mémoire à l'EHESP portant sur l'évolution du métier et des compétences des cadres de santé formateurs en IFSI, témoigne de l'efficacité des équipes pédagogiques dans les IFSI ; efficacité qui relève de l'expertise circulant dans les pratiques professionnelles. La création d'analyses de pratiques en groupes permettrait, selon l'auteure, de mutualiser les compétences ; ceci car ces analyses, s'appuyant sur le concept de « communautés de pratiques », permettent un apprentissage fondé sur des réflexions et des travaux communs. Il s'agit d'instaurer des échanges via un dialogue entre théories et pratiques pédagogiques.

Il en résulte une élaboration de savoirs en commun et une adaptation collective aux évolutions. Cette pratique développe une prise de recul et un apprentissage continu qui peuvent ensuite être transférés dans des situations pédagogiques futures. Il s'agit bien de partir de situations réelles de travail pour développer des raisonnements, et des actions pertinentes en situations toujours plus complexes ; ce qui revient à professionnaliser les cadres de santé formateurs. Ces propos rejoignent amplement ceux de R. Wittorski (2002), lorsqu'il explique les enjeux des analyses de pratiques professionnelles. Dans le contexte qui nous concerne, où il est nécessaire de s'adapter à des situations de travail changeantes, de développer de nouvelles compétences et de nouvelles activités pour les cadres de santé formateurs (M. Boissart, 2011), l'analyse de pratiques semble intéressante pour endosser une fonction d'outil de professionnalisation à trois dimensions :

- une dimension de professionnalisation des personnes : construction de connaissances sur l'action et développement de compétences favorisées par la prise de recul par rapport à l'action ;

⁹⁰ Barbier, J.-M. (1996). L'analyse des pratiques : questions conceptuelles. In Blanchard – Laville, C. Fablet, D. *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan, p. 28.

- une dimension de professionnalisation des activités : repérage et structuration des nouvelles pratiques pour redéfinir les contours de la profession ;
- une dimension de professionnalisation des organisations : production d'un système d'expertise et d'un socle de connaissances partagées (le « knowledge management »), au sein de l'organisation.

L'analyse de pratiques professionnelles décrite par R. Wittorski (2002), constitue les voies de la réflexion rétrospective sur l'action et de la réflexion anticipatrice de changement sur l'action (soient les voies 3 et 4 de la professionnalisation telles qu'il les a modélisées). Ainsi, assimilées, les analyses de pratiques représentent à nos yeux, une plus-value considérable.

En effet, l'analyse rétrospective a pour première fonction de donner à voir des pratiques professionnelles souvent méconnues par l'organisation de travail dans son entité mais aussi par l'acteur. Il en découle la mise en perspective d'un système d'expertise d'une profession. L'analyse rétrospective revêt pour deuxième fonction d'impulser la production de savoirs partagés (entre les acteurs du collectif) et des apprentissages individuels (à partir de l'explicitation de sa propre pratique). Concernant l'analyse anticipatrice de changements sur l'action, il en ressort comme première fonction, celle de production d'une identité de groupe. Une deuxième fonction consiste à définir de nouveaux savoirs d'action professionnels qui composent les contours d'une nouvelle professionnalité. En tous les cas, comme nous le montre le tableau « Pour une typologie des processus de développement des compétences » de R. Wittorski (2002), qu'elle soit rétrospective ou anticipatrice, l'analyse des pratiques contribue au développement des compétences de processus permettant de gérer les pratiques. Ces analyses de pratiques représentent des moyens de professionnalisation voire de « reprofessionnalisation », telle que R. Wittorski (2002) la nomme au niveau des individus et des activités.

Au vu de ces différents propos, la question de la professionnalité du cadre de santé formateur reste à soulever. Nous l'explorons dans l'enquête qui laisse entrevoir les enjeux d'une future formation de cadre de santé formateur ; enjeux qui convergent tous vers l'incarnation et la stabilisation d'une posture réflexive comme base d'une identité professionnelle de formateur. Le positionnement de ces modèles de professionnalité nous questionne sur le type de dispositif de formation qui sera le plus opérant. La réingénierie du diplôme de cadre de santé est donc en marche.

7. Pour une réingénierie du diplôme de cadre de santé ?

L'année 2013 a été marquée par la volonté du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de travailler sur les missions, la formation et le positionnement des cadres de santé. Trois groupes de travail, en interrelations, ont été constitués pour avancer sur ces réflexions qui font suite à plusieurs rapports ministériels, tels la mission De Singly (2009) ou le rapport Yahiel-Mounier (2010). Ces trois groupes sont⁹¹ :

- Un groupe de production ;
- Un groupe de réflexion ;
- Un comité de pilotage.

⁹¹ Les missions de ces groupes peuvent être consultées dans la thèse de Doctorat de l'auteure.